

ACTIONS SPEAK LOUDER THAN WORDS

Non-reflectieve muziektherapie bij een cliënt met een
anti-sociale persoonlijkheidsstoornis

Student:	Tom Enders
Studentnummer:	0637696
Opleiding:	Creatieve Therapie Muziek
Instelling:	Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg
Datum van verschijning:	03 Juni 2010
Begeleider:	Harry van den Born

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inleiding	2
1. De doelgroep	4
1.1 De volwassenen psychiatrie	4
1.2 Persoonlijkheidsstoornissen	4
1.2.1 Persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen	4
1.2.2 Epidemiologie	5
1.2.3 De persoonlijkheidsstoornissen in het DSM-IV-TR	5
1.3 De anti-sociale persoonlijkheidsstoornis	6
1.3.1 De anti-sociale persoonlijkheidsstoornis in het DSM-IV-TR	7
1.3.2 Psychopathy Checklist	7
1.3.3 Comorbiditeit	8
1.3.4 Behandeling (algemeen)	8
2. Muziektherapie en de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis	9
2.1 Indicatie	9
2.2 Werkwijze en doelstellingen	10
2.3 Methoden	11
2.4 Werkvormen	11
3. De cliënt	12
3.1 Relevantie achtergrondinformatie over de cliënt	12
3.2 Indicatie	13
3.3 Doelstellingen	14
3.4 Werkvormen	14
4. Theorieën, visies en verklaringsmodellen	16
4.1 Transfer	16
4.2 Bas Kast	17
4.3 Antonio Damasio	18
4.4 Daniel Stern	19
4.5 Henk Smeijsters: De kunsten van het leven	19
4.6 De rol van het gesprek in verschillende muziektherapeutische stromingen	20
4.7 Het gesprek in muziektherapie	21

5. De casestudy	23
5.1 Onderzoeksofzet	23
5.2 Resultaten	25
5.2.1 Samenvatting muziektherapie met Charles van Dommelen	25
5.2.2 Samenvatting muziektherapie met mij / eigene observatie	25
5.2.3 Beschrijving van de kerncategorieën	26
5.3 Discussie	27
5.3.1 Structuur	27
5.3.2 Grenzen	29
5.3.3 Acceptatie	30
5.3.4 Emoties	32
5.3.5 "Present Moment"	34
5.3.6 Bespreking van de resultaten	37
5.3.7 Nabespreking en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	41
5.4 Samenvatting	42
 Literatuuropgave	43
Bijlage 1: Begrippenkader	46
Bijlage 2: Interview met Charles van Dommelen	48
Bijlage 3: Interview met drie muziektherapeuten van de Rheinische Kliniken Düsseldorf	56
Bijlage 4: Analyse van de bronnen uit hoofdstuk 4	61

Voorwoord

“Talking about music is like dancing about architecture” (Frank Zappa).

Dit vaak gebruikte citaat van de Amerikaanse componist en rockmusicus Frank Zappa lijkt op de eerste blik absurd en grappig, maar het brengt toch de uitspraak van deze scriptie op hun essentie. Het was in mijn stagejaar 2009, dat ik voor de eerste keer de ervaring heb gemaakt dat alleen het samen maken van muziek zo een positief effect op een cliënt had, dat een nabespreking van de muzikale improvisatie eigenlijk overbodig, als niet zelfs contraproductief, geweest zou zijn. Uitgaand van deze ervaring heb ik mijzelf de vraag gesteld waarom in de muziektherapie zo veel waarde aan het gesprek besteed wordt en of het mogelijk zou zijn om binnen een psychiatrische setting een vorm van muziektherapie aan te bieden, bij die de klassieke muziektherapeutische nabespreking ontbreekt. Ik wilde dus een nieuw werkmodel ontwikkelen, dat zoveel als mogelijk gesteund is op actuele onderzoeken en wetenschappelijk bewezen feiten. Echter was het voor mij duidelijk dat het niet zou lukken - en dat het misschien nooit zou lukken - om de werking van muziek met “harde” feiten te ondersteunen. Hoe wij muziek beleven is moeilijk te begrijpen en nog moeilijker in woorden te vatten – ik zou zelfs stellen dat het onmogelijk is. Maar hoe meer gebaseerd een werkmodel is, hoe beter wordt het opgenomen door andere therapeuten en hoe duidelijker is het voor buitenstaanders, die kritisch naar nieuwe werkmodellen kijken.

A propos kritiek: Ook lijkt het soms bij het lezen van dit verslag erop, het is niet de bedoeling dat ik de meest gebruikelijke manier van muziektherapie in de psychiatrie kritiseer en vanaf nu van een verbale nabespreking afzie. Ik twijfel niet aan de werkzaamheid van een muziektherapeutisch gesprek, ook ik heb tijdens mijn stagejaar de meeste sessies op deze manier opgebouwd en goede resultaten bereikt. Echter heb ik tijdens mijn stage ook gezien, dat de muziek op zich al een grote positieve invloed op het therapeutische proces van cliënten kan hebben. Ook in de recente literatuur vind ik steeds meer aanwijzingen ervoor, zodat ik ervan uitga dat het onder bepaalde voorwaarden raadzaam kan zijn, om van een muziektherapeutische nabespreking af te zien. De redenen ervoor vindt u in dit verslag. Ik hoop dat de lezer van dit verslag zich niet te zeer op de tenen getrapt voelt, als hij vooral de muziektherapeutische nabespreking gebruikt en mijn gedachten en redeneringen probeert te snappen. Het liefste zou ik hem echter laten voelen hoe het is zonder verbale nabespreking te werken, zodat hij het aan de eigen lijf voelt en begrijpt wat deze vorm van muziektherapie voor een impact kan hebben. Zoals de titel van deze scriptie – eigenlijk een Engelse spreekwoord – het al impliceert: Daden zeggen meer dan woorden. Helaas ben ik gedwongen het fenomeen op een rationele, cognitieve en talige manier te beschrijven. De mens is nu eenmaal zo dat hij dingen die hij wil begrijpen moet overdenken, opschrijven en bewijzen. Ook als hij weet dat dit niet kan lukken.

Het bovengenoemde citaat van Zappa heeft hij trouwens gepikt van Elvis Costello. Die zei in het jaar 1983:

“Writing about music is like dancing about architecture - it's a really stupid thing to want to do.”

Hoewel het schrijven van deze scriptie niet zo erg was als ik heb gedacht: Het was moeilijk en zonder de hulp van sommige mensen zou het nog veel moeilijker geweest zijn. Ten eerste wil ik de docenten Juliane Tissen, Kathinka Poismans, Ingrid Penzes danken, zij hebben op verschillende manier tot het welslagen van deze scriptie bijgedragen. Maar de meeste dank spreek ik uit naar mijn scriptiebegeleider Harry van den Born, die tijdens het hele proces meedacht en mij zinvolle, kritische commentaar gaf. Hij moedigde mij vaak genoeg aan en was altijd open voor mijn vragen. Speciale dank geldt Henk Smeijsters: Zonder “De kunsten van het leven” te lezen, was ik misschien nooit aan deze scriptie begonnen.

Verder dank ik mijn ouders, omdat zij mij altijd hebben ondersteund. Niet alleen tijdens het schrijven van deze scriptie, maar ook bij mijn studiekeuze en het op en af van mijn proces als student. Net als mijn partner Karo stonden zij altijd achter mij en vingen mij altijd op als ik aan mijzelf heb getwijfeld. Ten slotte dank ik alle andere familieleden en vrienden bij wie ik altijd terecht kan en die ook nu weer voor mij klaarstonden.

Rest mij alleen nog de lezer te bedanken voor de interesse in mijn werk. Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze scriptie!

Tom Enders
Juni 2010

Inleiding

De inleiding bestaat uit twee paragrafen. Ten eerste de probleemstelling inclusieve de vraag- en doelstelling van dit onderzoek en ten tweede de beknopte beschrijving van de daaropvolgende hoofdstukken en de opbouw van deze scriptie.

Probleemstelling

Ik ben stage gelopen in een psychiatrische instelling in Nederland, waar de verbale reflectie een basaal deel van de muziektherapie heeft gevormd. De cliënten kwamen naar binnen, er werd een gesprekje gehouden hoe het momenteel is, dan werd er een muzikale werkvorm aangeboden en tot slot werd erover gereflecteerd. Dit was de gewone gang van zaken en daarmee heeft de muziektherapeut (en uiteindelijk ook ik) succes gehad. Door de snuffelstage, die ik voordat ik de studie begon in Duitsland ben gelopen, weet ik dat deze methodiek heel verbreid is in psychiatrische instellingen in Duitsland. Zij werd ook in de instelling gebruikt bij die ik stage ben gelopen. Hier was de nadruk nog sterker op het gesprek dan in Nederland. Het kwam ook voor, dat er alleen maar werd gepraat als de therapeut dit voor nodig bevond.

Hoewel deze vorm succesvol was bij de cliënten: Sommige waren in hun patronen vastgelopen, zij wisten gewoon in de verbale reflectie niet verder en ook in hun muzikaal spel was er niet echt een ontwikkeling te zien. Bij sommige cliënten had ik ook het gevoel, dat een diepgaande verbale reflectie niet nodig was en de muziek al genoeg zei. Bij andere weerom vond ik dat zij door hun verbale reflectie hun eigenlijke proces remden. Zij zeiden dan dingen die echt niet gebeurd waren in de therapie en draaiden dingen zo behendig om dat zij (voor hen dan) toch een proces hebben gemaakt tijdens de therapie. Echter waren zij geen stuk veranderd. Dan waren er nog cliënten die hun eigenlijke gevoelens hebben “overspeelt”, zowel verbaal als ook in de muziek. Toen zij langer in de muziek bezig waren en er geen behoefte was voor een nabespreking, kwamen zij wel tot hun werkelijke gevoelens en hun spel was veel expressiever.

Voor deze scriptie zal ik zo een casus beschrijven en proberen te verklaren waarom het bij deze man zo bevorderend voor zijn therapeutisch proces was, dat er juist geen verbale reflectie plaats vond. Het betreft een man die kernmerken van een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis vertoonde en van daaruit een probleem met zijn agressiehuishouding had. Op verbale weg was het bij hem absoluut niet mogelijk om tot een werkelijke verandering te komen, ook was ze maar nog zo klein. Echter toen ik hem een vorm van muziektherapie aanbod, die vooral uit het actieve maken van muziek bestond en die bij hem aansloot, had ik het gevoel dat zijn gedrag daardoor veranderde, ook buiten de therapiesessies.

Deze en ook andere ervaringen met dit onderwerp hebben mij erg bezig gehouden tijdens mijn hele stage. Ik kreeg toen ook de gelegenheid om zelf dingen uit te proberen en te onderzoeken in hoeverre een verbale reflectie nuttig was en in hoeverre niet. Maar ik was er nog lang niet uit toen de stage gedaan was. Het onderwerp bleef mij bezig houden en heeft mij uiteindelijk ertoe gedreven over dit onderwerp mijn scriptie te schrijven. Voordat ik uiteindelijk met de echte scriptie begon, moest ik echter kijken in hoeverre al over dit onderwerp was geschreven. Wat ik tijdens mijn recherche merkte was, dat er blijkbaar ook muziektherapeuten bestaan, die niet zo veel aandacht aan het gesprek besteden en dat bijna alle therapeuten situaties kennen waar woorden te veel zijn. Als reden geven de therapeuten aan, dat er improvisaties zijn die alleen belevingsgericht waren, het proces al in de muziek plaats vond of die zo bevredigend waren dat woorden storend zouden zijn. Dit betekent dat de meeste therapeuten de situaties kennen in die woorden te veel zijn, wanneer de cliënten hun proces “kapot praten” en dat er misschien wel behoefte is om zulke cliënten een aparte vorm van muziektherapie aan te bieden.

Ik kwam te weten dat er ook cliënten zijn die vooral moeite hebben met de nabespreking. Als reden geven zij aan, dat zij gewoon wilden laten werken wat er in de muziek gebeurde, zonder het gevoel met woorden kapot te maken. Sommige zeiden ook dat zij meer tijd ervoor nodig hadden om het beleefde te verwerken. Dit bevestigt mijn indruk dat er cliënten zijn, die moeite hebben met de transfer, d.w.z. het vertalen van muziektherapeutische processen naar processen, die in hun dagelijkse leven plaatsvinden. Dit kan een aanwijzing ervoor zijn dat het gesprek voor hun transfer eerder hinderlijk dan bevorderend is.

In deze scriptie gaat het ook om het spanningsveld tussen verbaal georiënteerde therapeuten, die de verbale reflectie als essentieel achten en de muziektherapeuten, die ervan uitgaan dat de werking van de muziek al genoeg waarde voor de cliënt heeft. Wat mijn stelling betreffend deze vraag is, merkt de lezer het beste als hij deze scriptie. Misschien kan zich niet iedereen in mijn beschrijvingen vinden, ik hoop echter dat iedere geïnteresseerde lezer mij de kans geeft mijn standpunt toe te lichten en open staat voor de door mij beschrevene dingen

Ik ben zeker dat alle muziektherapeuten van de helende kracht van de muziek overtuigd zijn, echter durven soms niet uit hun patronen te stappen en nieuwe dingen uit te proberen. Daar kan ik ook inkomen en het is ook niet mijn bedoeling om aan de methodiek “muziek maken – nabespreken” te twijfelen. Daarvoor weet ik zelf te goed hoe krachtig deze vorm van muziektherapie is. Maar ik heb het gevoel, dat deze manier van muziektherapie bij sommige cliënten niet goed werkt en dat het beter zou kunnen zijn om van een verbale reflectie af te zien. Als therapeut is het voor mij een verplichting een zo goed als mogelijke behandeling te bieden. Dat is ook de **doelstelling** van deze scriptie: Het ontwikkelen van een nieuw werkmodel, dat rechtvaardigt om met bepaalde cliënten non-reflectief te werken. Ik ben al altijd open geweest voor nieuwe dingen en ik hou ervan nieuwe dingen uit te proberen. Misschien is dat, als ik langer in dit beroepsveld heb gewerkt, niet meer het geval. Ik kan mij goed voorstellen, dat dan het uitvoeren van de beroep te veel tijd en energie kost zodat onderzoeken en experimenten minder worden. Nu heb ik de tijd en de kans, om een door mij beleefd fenomeen uitgebreid onder de loep te nemen. En deze kans wil ik grijpen. Of deze vorm van behandeling werkelijk tot verbetering leidt, is af te wachten en zou zeker niet binnen mijn onderzoek te bewijzen zijn. Maar het is een stap in de juiste richting. Door het door mij beleefde fenomeen met de ervaringen van andere, gerenommeerde muziektherapeuten te toetsen en vanuit een theoretisch kader te beschrijven, kan uiteindelijk door mij een passend werkmodel ontwikkeld worden. Dit werkmodel kan dan hopelijk door zo veel mogelijk cliënten, die problemen met de transfer hebben, geaccepteerd worden en biedt ook een meerwaarde voor therapeuten die eraan twijfelen of verbale reflectie bij alle cliënten in een psychiatrische setting vereist is.

Mijn uiteindelijke **vraagstelling** is:

“Hoe kan actieve muziektherapie, waarin van een muziektherapeutisch gesprek wordt afgezien, bevorderlijk zijn voor de transfer bij een cliënt met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis?”

Hoewel mijn stage-ervaringen doorslaggevend voor het vastleggen op deze vraagstelling en het schrijven van deze scriptie waren, haalde ik ook veel inspiratie en onderbouwing uit actuele literatuur. Voor een meer uitgebreide kijk naar literatuur, die voor deze scriptie belangrijk is, verwijs ik u naar hoofdstuk 4.

Het belangrijkste boek en ook min of meer de uitgangspunt van deze scriptie is “De kunsten van het leven” van Henk Smeijsters. In dit boek stelt Smeijsters (2008 a) dat kunstvormen in zijn algemeenheid (daaronder ook muziek) een middel kan zijn dat ons in staat stelt in het actuele moment negatieve emoties door positieve te vervangen. Zodoende verhoogt kunst de psychische kwaliteit van leven. Daardoor ontdekken cliënten hoe het is om anders te voelen en als vervolg ervan leren zij ook anders te handelen, zowel binnen de muziektherapie als ook buiten, in het dagelijkse leven. Dat klinkt voor mij echt als een legitimatie ervoor, dat ik met mijn vermoeden juist was. Ik merkte ook dat het mij echt motiveert als ik dit boek lees, omdat het helemaal overeenkomt met de ervaringen die ik tijdens mijn stage heb gemaakt. Het boek is vrij actueel en gebaseerd op recente neurologische onderzoeken, die allemaal het vermoeden verstevigen dat er niet gepraat hoeft te worden om het therapeutische proces van bepaalde cliënten positief te beïnvloeden. In hoofdstuk 4 ga ik het uitgebreid over de relevante literatuur voor deze scriptie hebben en deze ook ter onderbouwing van deze scriptie gebruiken. Het is niet gebruikelijk, dat je tijdens een kwalitatieve casestudy zo uitgebreid op literatuur kijkt, maar voor dit onderzoek is dit van uiterste belang. Het uitleggen van de door mij beschreven fenomenen is moeilijk en de beschreven literatuur draagt in hoge mate ertoe bij, dat de lezer mij beter kan volgen. Uit deze reden vindt u ook een begrippenlijst in bijlage 1, op die je een oogje kan laten vallen als je twijfels over de door mij gehanteerde begrippen hebt.

Opbouw van de scriptie

De scriptie begint met een beschrijving van de doelgroep “cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis”. Ik vindt het belangrijk dat de lezer een precieze overzicht over deze doelgroep krijgt, omdat hij zo een beter beeld ervan kan schetsen hoe zich de cliënt uit mijn casestudy gedraagt en wat de algemene behandeling van deze stoornis is. In hoofdstuk 2 beschrijf ik de algemene muziektherapeutische behandeling van deze stoornis, ook dit dient ter beteren oriëntatie op de casus en bereidt de lezer al voor op hoofdstuk 3. In dit deel van de scriptie beschrijf ik de cliënt en geef algemene achtergrondinformatie over hem en zijn muziektherapeutische behandeling. Deze hoofdstukken vormen samen met de inleiding de probleemstelling van deze scriptie. Het volgt een apart hoofdstuk over de door mij bestudeerde literatuur. Zoals al eerder in de inleiding gezegd, is dit vrij onconventioneel voor een kwalitatieve casestudy, maar toch van uiterst groot belang om het volgende hoofdstuk in zijn geheel te begrijpen, omdat belangrijke begrippen worden gedefinieert. Het is een beetje een brug tussen de probleemstelling en het eigenlijke onderzoek. In het laatste hoofdstuk ga ik – nadat ik mijn onderzoeksopzet nader heb gedefinieert – de resultaten van mijn casestudy presenteren, discuten en nabespreken. Naar het materiaal, dat zich in de bijlagen bevindt, wordt in het verloop van de scriptie waar nodig verwezen.

1. De Doelgroep

Inleiding

In dit hoofdstuk ga ik de doelgroep die ik heb gekozen nader beschrijven. Ik zal eerst in het algemeen het werkveld van de volwassenen psychiatrie beschrijven, om mij dan meer specifiek op de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis te concentreren. Dit hoofdstuk dient ter verbeterden overzicht over de probleemstelling van deze scriptie.

Ik ben in het derde jaar van de opleiding stage gelopen in de volwassen psychiatrie en ook voordat ik met de studie begon heb ik mijn eerste ervaring met de psychische gezondheidszorg in een psychiatrische instelling gemaakt. Toen was ik – in de kader van de vervangende dienstplicht – ook al, als chauffeur voor de cliënten van een psychiatrische instelling, in deze sector werkzaam. Ik vond het altijd boeiend om in deze omgeving te werken en vooral het werken met cliënten, die last hebben van een persoonlijkheidsstoornis, vond ik altijd interessant. Om de lezer een goede impressie te geven van deze doelgroep, schreef ik dit hoofdstuk. Het schrijven van zo een hoofdstuk betekent ook, dat ik mij op bepaalde dingen concentreer en dus andere dingen weg moet laten. De historische aspect van persoonlijkheidsstoornissen wordt door mij evenals weggelaten, als het complexe proces van de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis en het daarmee verbondene probleem van stigmatisatie. Hier worden alleen de voor het (muziek-)therapeutische werk belangrijke aspecten toegelicht. Nadat ik een algemene samenvatting over de volwassenen psychiatrie en de persoonlijkheidsstoornis algemeen heb gegeven, volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis, inclusieve de algemene behandeling van deze problematiek. Voor een overzicht van de muziektherapeutische behandeling van deze stoornis verwijs ik u naar het volgende hoofdstuk, waar dit aspect uitbreidt aan de orde komt.

1.1 De volwassenen psychiatrie

In de volwassenen psychiatrie kunnen mensen vanaf het 18de levensjaar terecht, als zij last hebben van een psychiatrische problematiek. In de regel worden binnen een volwassenen psychiatrie mensen vanaf hun 18de tot hun 65de levensjaar binnen de groep van volwassenen cliënten geteld. Cliënten boven het 65de levensjaar wordt als “ouderen” beschouwd en meestal specifiek behandeld. De behandeling van de cliënten gebeurt in een multidisciplinair team. De bandbreedte van de te behandelende psychische ziektebeelden is groot: psychosen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, verslaafdheid, acute psychische conflicten en psychosomatische klachten horen erbij. Er wordt zowel stationaire therapie (behandeling en verblijf in de psychiatrische instelling) als ook ambulante therapie (alleen behandeling in de instelling) aangeboden. Elk cliënt heeft een eigen behandelplan in welk eventuele medicaties vermeld zijn en elke interventie van het multidisciplinair team wordt vermeld.

1.2 Persoonlijkheidsstoornissen

De **persoonlijkheid** is een dynamisch en georganiseerd geheel van karakteristieken die aan een persoon kunnen worden toegekend. Dit geheel van eigenschappen bepaalt dan weer de manier waarop een persoon in verschillende situaties zal reageren, de manier waarop hij denkt en waardoor hij gemotiveerd zal worden. De manier waarop iemand met uiteenlopende situaties omgaat of het karakteristieke gedragspatroon dat iemand in verschillende situaties vertoont, noemt persoonlijkheid.

1.2.1 Persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornis

Van een persoonlijkheidsstoornis wordt in de regel gesproken wanneer bepaalde persoonlijkheidskenmerken, zoals het voelen, handelen en denken verstoord zijn. De mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben moeite zich aan te passen aan veranderingen of situaties en verantwoordelijkheid te nemen voor hun gedrag, waardoor hun eigen functioneren en de interactie met anderen wordt belemmerd. Persoonlijkheidskenmerken worden gewoonlijk eerst met het etiket “persoonlijkheidsstoornis” belegd, wanneer zij de betrokkene persoon belasten of tot dat het gedrag van deze personen “opvallend” wordt, meestal in de richting van anti-socialiteit of deviant gedrag (Fiedler, 2007).

1.2.2 Epidemiologie

Er wordt geschat dat er tussen de 5 en 10 percent van de wereldbevolking aan een persoonlijkheidsstoornis lijdt. Onderzoeken uit de Verenigde Staten vermelden dat 9,4% (Langner en Michael, 1963), c.q. 11,1% (Reich, Yates & Nduaguba, 1989) van de bevolking aan de criteria van een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen voldoet. In Duitsland liet een representatief onderzoek zien dat 10 percent van de bevolking volgens het "Structured Clinical Interview for DSM-III(-R) Disorders, Axis II" - een betrouwbaar meetinstrument ter diagnose van persoonlijkheidsstoornissen - aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis voldoen (Maier, Lichtermann, Klinger, Heun, & Hallmayer, 1992). Er waren 9,6% van de mannen en 10,3% van de vrouwen betroffen, er is dus geen bijzonder verschil tussen de genders. Opvallend was dat oudere proefpersonen doorgaan minder betroffen waren dan jongere proefpersonen. Bij de jongere proefpersonen was de kans hoger om van een tweede co-morbide persoonlijkheidsstoornis last te hebben.

In totaal werd bij 2,4% van de proefpersonen twee co-morbide persoonlijkheidsstoornissen diagnosticeert. In een internationale intercontinentale steekproef werd vastgesteld dat 51,1% van de cliënten in de psychiatrie aan de criteria voldoen. Persoonlijkheidsstoornissen zijn dus de meest gegeven diagnose in een psychiatrische setting (Girolamo & Reich, 1993). Hoewel deze onderzoeken aan de hand van criteria uit het DSM-III-R plaats hebben gevonden, kunnen de resultaten nog steeds als representatief beschouwd worden.

1.2.3 De persoonlijkheidsstoornissen in het DSM-IV-TR

Het DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) is een handboek en classificatiesysteem voor psychische aandoening en dient in veel landen, daaronder ook Nederland, als standaard voor psychiatrische diagnostiek. Volgens het DSM-IV-TR moet een cliënt aan de volgende criteria voldoen, voordat iemand bij hem de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis kan stellen:

DSM-IV-TR-Diagnosecriteria voor een persoonlijkheidsstoornis

A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:

- cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)
- affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties)
- functioneren in het contact met anderen
- beheersing van de impulsen

B. Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.

C. Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.

E. Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.

F. Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma).

(American Psychiatric Association, 2000)

Als niet aan deze criteria wordt voldaan, mag men volgens de richtlijnen van het DSM-IV-TR niet van een persoonlijkheidsstoornis spreken. Het DSM-IV-TR vermeldt tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen, die in drie verschillende clusters (groepen) zijn verdeelt:

Een overzicht over de verschillende persoonlijkheidsstoornissen

Cluster A (vreemd of excentriek gedrag)

- Paranoïde persoonlijkheidsstoornis
- Schizoïde persoonlijkheidsstoornis
- Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Cluster B (theatraal, emotioneel of grillig gedrag)

1. Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis
2. Borderline-persoonlijkheidsstoornis
3. Theatrale persoonlijkheidsstoornis
4. Narcistische persoonlijkheidsstoornis

Cluster C (gespannen of angstig gedrag)

- Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
- Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

(American Psychiatric Association, 2000)

Voor deze verschillende persoonlijkheidsstoornissen gelden aparte criteria, die vervuld moeten worden, voordat men van een specifieke persoonlijkheidsstoornis kan spreken.

1.3 De anti-sociale persoonlijkheidsstoornis

Inleiding

De anti-sociale persoonlijkheidsstoornis wordt vaak in verbinding gebracht met criminaliteit, de forensische psychiatrie en het inmiddels verouderd begrip "psychopathie" c.q. "sociopatie". Deze begrippen werden ook door de psychologen veel jaren gebruikt - zij waren zelfs in de eerste twee edities van het DSM te vinden - dit is echter met de invoering van het DSM-III-R veranderd. Sinds dit tijdstip wordt van een anti-sociale (soms ook: dissociale) persoonlijkheidsstoornis gesproken. Cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis kunnen niet voldoen aan sociale normen of de wet en kunnen geen rekening houden met de wensen en gevoelens van anderen. Er is vaak sprake van impulsiviteit. Beslissingen worden genomen zonder rekening te houden met de gevolgen, zodat zij vaak in de problemen komen (zij verliezen bijvoorbeeld hun relaties of banen of moeten in het gevangenis). Ze zijn vaak snel geïrriteerd en agressief en vaak betrokken bij een vechtpartij, waarbij ze geen rekening houden met het gevaar voor zichzelf en voor anderen. Er kan sprake zijn van roekeloos autorijden, gevaarlijk seksueel gedrag of drugsmisbruik en ze komen vaak in financiële problemen. Hun gedrag is vaak onverantwoordelijk ten aanzien van de werkgever, familie en vrienden en ze hebben meestal weinig berouw over hun daden. Zelf vinden ze dat het wel terecht was wat ze hebben gedaan. Ze voelen zich vaak verheven boven andere mensen en hebben geen realistisch beeld van zichzelf. De klachten die ze zelf ervaren zijn vaak: gespannenheid, ontevredenheid, een depressieve stemming en zich snel vervelen. Soms zijn er angstklachten en verslavingsproblemen. Het beloop is vaak chronisch, hoewel er vaak een afname van crimineel gedrag is op latere leeftijd. In epidemiologische onderzoeken werd vastgesteld dat ongeveer 1 tot 3 percent van de bevolking aan de criteria van een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis voldoet. Als verklaring voor dit psychologische verschijnsel wordt een mengeling tussen genetische aanleg en de invloed van de omgevingsfactoren aangegeven. Vooral de invloed van de ouders, c.q. hun opvoedingsstijl, wordt als belangrijke veroorzaker genoemd. Daarbij spelen drie omgevingsfactoren een rol, als deze niet alleen de kindertijd, maar ook de adolescentie van de cliënt hebben beïnvloed:

- (1) zelf beleefde ouderlijke geweld, die als model voor latere eigene gewelddadige daden overgenomen wordt om eigene, meestal spontane behoeftes te bevredigen
- (2) een gebrek aan ouderlijke modellen voor aanleren van een sociaal accepteerde oriëntatie aan maatschappelijke normen
- (3) een opvoedingsmilieu dat tot ontwikkeling van een fundamentele tussenmenselijke argwaan leidt

Deze werden o.a. 1999 van Marshall & Cooke wetenschappelijk bewezen.

1.3.1 De anti-sociale persoonlijkheidsstoornis in het DSM-IV-TR

Volgens het DSM-IV-TR kan bij een cliënt een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis diagnosticeert worden als volgende criteria van toepassing zijn:

DSM-IV-TR-Diagnosecriteria voor een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis

A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:

- cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)
- affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties)
- functioneren in het contact met anderen
- beheersing van de impulsen

B. Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.

C. Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.

E. Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.

F. Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma).

(American Psychiatric Association, 2000)

Punt C laat zich aan de hand van het DSM-IV-TR (F.91.8 c.q. 312.8 "Gedragsstoornis") nader definiëren. De vier hoofdcriteria voor een gedragsstoornis in kindertijd en adolescentie zijn:

- Agressie gericht op mensen en dieren
- Vernieling van eigendom
- Leugenachtigheid of diefstal
- Ernstige schending van regels

Er bestaat al lang discussie erover of deze criteria daadwerkelijk toereikend zijn. Psychologen en psychiaters vorderen al sinds de jaren 70 een optimalisering van de DSM-criteria voor een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis. Er wordt vooral kritiseerd dat de huidige vorm niet in staat is tussen door de persoonlijkheid vereiste en niet door de persoonlijkheid vereiste criminaliteit te differentiëren (Fiedler, 2007).

1.3.2 Psychopathy Checklist

Een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis betekent niet automatisch dat de cliënt crimineel gedrag vertoont. Om tussen criminele en niet-criminele cliënten te onderscheiden werd door Hare (1985) de zogenoemde "Psychopathy Checklist" ontwikkeld. Aan de hand van twintig criteria wordt tussen een cliënt met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis en dat wat wij (vandaag!) en psychopaat - dus een gewelddadige criminele - noemen onderscheidt. Dit is niet alleen van groot belang voor een goede gedifferentieerde diagnose, maar dient ook ter meer gedifferentieerdere karakterisering van de cliënt uit deze casestudy. Op de volgende pagina vindt u een overzicht over de criteria van de "Psychopathy Checklist".

Psychopathy Checklist (PCL; Hare, 1985)

1 Welbespraaktheid en oppervlakkige charme	11 Willekeurig seksueel gedrag
2 Overdreven gevoel van eigenwaarde (egocentrisme)	12 Gedragsproblemen in de vroege jeugd
3 Prikkelhongerig / neiging tot verveling	13 Ontbrekende realistische doelen op lange termijn
4 Pathologisch liegen	14 Impulsief
5 Sluw en manipulatief	15 Onverantwoord gedrag
6 Gebrek aan berouw of schuldgevoel	16 Niet in staat om verantwoordelijkheden voor eigen daden te nemen
7 Oppervlakkig affect (oppervlakkige emotionele ontvankelijkheid)	17 Huwelijken / samenleven van korte duur
8 Ongevoelige en ontbrekende empathie	18 Jeugddelinquentie
9 Parasitaire levensstijl	19 Schending van voorwaardelijke invrijheidsstelling
10 Zwakke controle van het gedrag	20 Crimineel veelzijdig

1.3.3 Comorbiditeit

Er bestaat een aanmerkelijke comorbiditeit tussen de anti-sociale, de Borderline, de narcistische en de theatrale persoonlijkheidsstoornis (Morey, 1988; Widiger, Trull, & Hurt, 1987). Dit komt vooral door de criteria van deze verschillende vormen van persoonlijkheidsstoornissen, die alle eveneens impulsieve handelingen, onvoorspelbaar gedrag bevatten en zich allemaal vrij externaliserend presenteren.

Een ander belangrijk aspect is overmatig alcohol- en drugsgebruik. Hier stelt zich de bekende “kip of ei” vraag: Wat was er voor het eerst? Leidt een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis tot een versterkt middelengebruik of wordt een mens anti-sociaal omdat hij overmatig middelen gebruikt? Omdat kinderen steeds vroeger alcohol of drugs gebruiken, vervaagd ook de belangrijkste criteria voor de diagnose van een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis, het al boven beschrevene punt C. Bovendien kunnen bij cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis depressieve storingen optreden, meestal omdat innerlijke leegte en verveling moeilijk geduld worden. Het suïciderisico is duidelijk verhoogd.

1.3.4 Behandeling (algemeen)

Ten eerste moet hier vermeld worden dat bij de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis een bepaalde therapiepessimisme overheerst. De anti-sociale persoonlijkheidsstoornis werd – en wordt soms ook nog steeds – met “gewoonlijke” criminaliteit vereenzelvigd. Dit heeft tot gevolg gehad dat in de onderzoeken naar behandelingen van cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis vooral de therapeutische invloed op geweld, delinquentie en criminaliteit wordt onderzocht en niet de beïnvloeding op de ontwikkeling van adequate persoonlijkheidskenmerken (Fiedler, 2007).

Cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis worden zowel psychodynamisch als ook gedragstherapeutisch behandeld. Als hoofddoelen worden meestal het verbeteren van tussenmenselijke en sociale competenties, het ontwikkelen van empathie en het aanleren van een zelf gestuurde terugvalpreventie. Als werkvormen worden onder andere therapeutische rollenspellen, het leren van “sympathiewerving”, “anger management” en het maken van “terugvalpreventielijsten”. Op deze lijsten worden risicofactoren verzameld onder die het tot een terugval kan komen en besproken. Voor en na leert de cliënt alternatief gedrag om met deze risicosituaties om te gaan. Hier is het vooral belangrijk dat de cliënt weet waarvoor deze werkvormen dienen en wat de zin van de behandelingen is. Hoe transparanter de therapie is, hoe meer gemotiveerd zijn de cliënten om actief deel te nemen. Echter zijn behandelingsconcepten die op bestraffing, sancties, afschrikking of intimidatie zetten weinig of zelfs helemaal niet effectief (Fiedler, 2007).

Een belangrijke variabele voor een succesvol therapieverloop is vooral – zo verrassend dat misschien voor sommigen klinkt – het therapieoptimisme van de therapeut. Een hoog succespercentage bij anders moeilijk te behandelende cliënten hangt in aanmerkelijke mate samen met de therapieoptimisme die de behandelende therapeut naar binnen en buiten uitstraalt (Meloy, 1995). Dat betekent dus:

Therapeuten die aan hun succes geloven zijn op lange termijn ook meer succesvol.

2. Muziektherapie en de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis

Inleiding

Voordat ik in het volgende hoofdstuk aandacht aan verschillende verklaringsmodellen en theorieën besteed, ga ik in dit hoofdstuk in het algemeen de muziektherapeutische behandeling van cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis beschrijven. Ten eerste volgt een hoofdstuk over de indicatie van muziektherapie ter behandeling van een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis. Deze kennis baseer ik zowel op literatuur, alsook op mijn eigene ervaring. Daarna volgen hoofdstukken over algemene werkwijzen en doelstellingen, methoden en werkvormen betreffend deze doelgroep. Ook dit hoofdstuk heeft als doel om de problematiek, die van groot belang is voor de probleemstelling, nader te omschrijven. Ik beperk mij in dit hoofdstuk op de algemene muziektherapeutische hantering van cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis, voor meer specifiekere uitleg wat mijn persoonlijke muziektherapeutische interventies¹ met de casus betreft verwijs ik u naar de hoofdstukken 3 en 5.

2.1 Indicatie

Volgens Smeijsters (2003) zijn de algemene indicatiecriteria voor muziektherapie problemen rond de emotionele beleving en expressie, relationele problematieken en beperkte cognitieve capaciteiten of overmatig intellectualiseren. Ik persoonlijk zou nog het interactionele aspect aanvullen en ook het werken aan het zelfbeeld van de cliënt als essentieel bestanddeel van de muziektherapie opnoemen. In een klinische setting moeten de indicatiecriteria echter specifiekere doorlopen worden om echt te redeneren dat vaktherapie voor een cliënt geïndiceerd is. Daarom heeft Smeijsters (2003) een stappenplan opgesteld die zich in de praktijk als nuttig heeft bewezen:

- Er moet sprake zijn van afstemming op de psychische stoornis, handicap of probleemgebied.
- De vorm van creatieve therapie moet aansluiten bij een overdraagbaar zijn naar de (multidisciplinaire) behandelwerkwijze.
- Er moeten gegevens aanwezig zijn waaruit blijkt dat creatieve therapie effect heeft en zich hierin van andere vormen van therapie onderscheid.
- De effecten moeten theoretisch verklaarbaar zijn.
- De creatief therapeut dient de creatieve therapie af te stemmen op de resources van de cliënt en daar waar de cliënt over onvoldoende resources voor creatieve therapie beschikt, afzien van behandeling. (Smeijsters, 2003, p. 139)

Omdat er over het muziektherapeutische werken met cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis nauwelijks iets in de literatuur te vinden is, wat niet vanuit het forensische kader vertrekt, ga ik in dit deel van de scriptie ook mijn eigen ervaringen met verschillende cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis beschrijven. Dit doe ik vooral uit de ervaringen, die ik binnen de psychiatrische instellingen die ik ken, heb gemaakt. Wanneer ik deze ervaringen op literatuur baseer zal ik dit vermelden. Vanuit mijn eigen ervaringen kan ik zeggen dat muziektherapie bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis vaak geïndiceerd wordt omdat emotionele belevingen erin een grote rol spelen. Muziek werkt direct in op de emoties van de cliënt. Maar de cliënt kan ook een directe invloed hebben op de muziek en van daaruit ook weer op zijn emoties. Bij cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis spelen vooral energierijke emoties een grote rol, vooral de emotie “woede” krijgt een grote plek in de (muziek)therapie. De cliënten hebben meestal moeite om met deze emotie om te gaan en “ontploffen” regelrecht, als zij met woede in aanraking komen. Zij worden regelrecht van hun woede overweldigd, zonder dat er een dynamisch proces van opbouw plaats vindt. Dan hebben zij een kortsluiting en reageren impulsief vanuit deze emotie, soms met ernstige gevolgen. In de muziektherapie kunnen de cliënten leren, om binnen een veilig kader met deze emotie om te gaan. Het actief muziek maken, vooral op luide, energierijke instrumenten kan hun een kans bieden om hun woede te uiten en te kanaliseren. Zij kunnen in een eerste fase in de muziek “stoom afblazen”, om dan later, als de eerste heftige laag woede verdwenen is, te leren de energie van de woede dynamischer te uiten en misschien zelfs deze energie voor positieve dingen te gebruiken.

¹ Lees a.u.b. mijn definitie van het begrip “interventie” in bijlage 1.

Muziek kan als middel tot expressie gebruikt worden als men verbaal beperkt is. Dat is bij cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis ook op een bepaalde manier het geval. Hier is de woordenschat maar op een bepaald gebied beperkt, ik zou dit gebied als “sociaal-interactioneel” beschrijven. Bij de cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis (en ook bij sommige andere cliënten met de diagnose “persoonlijkheidsstoornis cluster B”) kon ik observeren dat deze vaak op dezelfde manier dingen bekijken en een conversatie aangaan. Cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis zijn met hun uitspraken vaak betrokken op henzelf. Zij steken niet onder stoelen of banken dat alleen zichzelf (en maximaal nog hun familie) belangrijk zijn. De rest “boeit niet”, meer nog: “De rest” wil hun kwaad doen. De cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis die ik ben tegengekomen neigen heel sterk tot het externaliseren van hun problemen, bij hun zijn altijd de anderen schuldig: “Zij hebben mij probeert, zij mogen niet dat en dat doen, etc.”. Via de muziek kan ik dit aspect aanspreken, zonder dat de cliënt dit direct merkt. Samen muziek maken is interactie, samenwerking, geven en nemen, afstand en nabijheid. Dit zijn allemaal factoren met die iemand met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis weinig ervaringen heeft en met die wij gezamenlijk direct aan te slag kunnen gaan.

Cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis hebben vaak moeite om met autoriteiten om te gaan. Via werkvormen, die gericht zijn op leiding geven en ontvangen, kan ik heel gericht aan deze vaardigheid werken. Er bestaat daarenboven een gebrek aan structuur bij de meeste cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis. Muziek kan cliënten een bepaalde vorm van structuur geven en biedt hun de kans om structuur te ervaren. Ook het samen muziek maken verlangt van alle medespelers, dat zij zich met structuur bezig houden, willen zij een hoorbaar resultaat bereiken. Via trainingsgerichte werkvormen kan de cliënt zo aangeleerd worden beter te structureren en zijn handelingen beter vooruit te plannen. Een meer uitgebreide kijk op de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis en structuur vindt u in hoofdstuk 5.

2.2 Werkwijzen en doelstellingen

Ik vat deze twee elementen uit de therapeutische behandeling in een hoofdstuk samen omdat deze vaak samenhangen. Volgens Smeijsters (2003, p. 53) zijn “werkwijzen categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen”. Het lijkt mij dus zinnig om deze dan ook binnen één hoofdstuk te formuleren.

De doelstellingen die muziektherapie, in overleg met een behandelteam formuleert zijn vaak gericht op gedragsveranderingen (Hakvoort, 2006). De voornamelijk gehanteerde werkwijze bij cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis is de zogenoemde *re-educatieve* werkwijze. Deze werkwijze richt zich op het beïnvloeden van probleemgedrag en de daarmee verbondene problematieken. De werkvormen zijn vaak gestructureerd en trainingsgericht. Het wordt voornamelijk in het hier-en-nu gewerkt waarbij de relatie en de daarmee verbondene interacties tussen cliënt en therapeut centraal staan (Smeijsters, 2003). De bij deze werkwijze passende doelstellingen, die relevantie voor cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis hebben, zijn:

Relevante muziektherapeutische doelstellingen

1. uiten en reguleren van emoties
 2. vergroten van de frustratietolerantie
 3. afremmen van impulsief gedrag
 4. verbeteren van de realiteitsoriëntatie
 5. verbeteren van de sociale interactie en de interpersoonlijke vaardigheden
 6. uitbreiden van het gedragsrepertoire
- (Smeijsters, 2003)

Er wordt zowel receptief als ook actief gewerkt, er wordt dus zowel naar muziek geluisterd als ook actief muziek gemaakt. Er kan individueel aan te slag worden gegaan of in een groep. Mijn ervaring is dat bij deze doelgroep individueel wordt gewerkt en dat actieve werkvormen meer ingezet worden dan receptieve. Dan wordt eerst muziek gemaakt, waarbij de cliënt in de muziek zijn emoties, gedachten en gedrag met de muziektherapeut deelt. Als de cliënt een voldoende mate van reflectief vermogen beschikt, vindt achteraf een nabespreking plaats, waarin de muziektherapeut en de cliënt hun belevingen bespreken en eventueel tot exploratie van nieuwe mogelijkheden komen. Deze exploratie vindt dan weerom in de muziek plaats en wordt daarna weer besproken. Zo manifesteert zich voor en na een verandering bij de cliënt en hij maakt nieuwe ervaringen. In het algemeen kan je zeggen dat muziektherapie met cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis belevings- en ervaringsgericht is.

Deze ervaringen en belevingen kunnen de cliënt helpen inzicht te geven in zijn eigen functioneren (Hakvoort, 2003). Echter wordt het echte doorwerken, zoals dit in bijvoorbeeld de reconstructieve muziektherapie gehanteerd wordt, niet toegepast. Dit is meestal te dichtbij en krijgt zo snel een negatief karakter voor de cliënt, zodat hij direct afblokt en het behandelingsproces stagneert.

2.3 Methoden

Evenals in de verbale psychotherapie gebruiken ook verschillende muziektherapeuten verschillende methoden die vanuit verschillende behandelmodellen vertrekken. Meestal werken ze vanuit de cognitief-gedragmatige² behandelvisie (Hakvoort, 2006). Hier staat vooral het experimenteren van nieuwe gedrag patronen op de voorgrond. De cliënt krijgt de mogelijkheid om binnen de muziektherapie nieuw gedrag te oefenen en te ervaren wat het met hem doet. Daarbij is bij cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis vooral het evenwicht tussen frustrerende en ontspannende situaties van belang. Te veel frustratie kan contraproductief werken, maar te veel ontspanning kan het proces vertragen. De muziektherapeut moet goed rekening kunnen houden en zich ervan bewust zijn wat zijn handelingen bij de cliënt op kunnen roepen. Zijn taak is de situatie te manipuleren, zodat de cliënt in een situatie terecht komt waarin hij problemen met zijn gedrag krijgt. Doordat de muziek tussen cliënt en therapeut staat richt de cliënt zijn emoties niet direct op de therapeut, maar legt zij "in de muziek". Dit draagt vooral bij emoties van woede en agressie bij tot de veiligheid van de therapeut (Hakvoort, 2003). Via deze methodiek worden cognitieve disfuncties van de cliënt ontdekt en gecorrigeerd, hoewel de kern van deze methode belevingsgericht is.

Trouwens toch is agressie- en impulsregulatie als methode bij muziektherapeuten, die cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis werken sterk verbreidt, vooral omdat zij de ervaring hebben gemaakt dat zich agressie goed via muziek laat kanaliseren. Patiënten blijken spanning en woede zowel in muziek beter te kunnen ervaren, alsook af te kunnen bouwen (Hakvoort, 2002). Verdere onderwerpen, aan die concreet gewerkt kunnen worden zijn afstand/nabijheid en het (on)vermogen van de cliënten tot interactie te komen. Waarbij ook hier weer het onderzoeken en uitbreiden van nieuwe copingstrategieën een grote plek inneemt.

2.4 Werkvormen

Er is weinig bekend over concrete werkvormen van muziektherapeuten, die met cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis werken. In het algemeen kan men ervan uitgaan dat vooral werkvormen rond het onderwerp "agressie en woede" een grote rol spelen, wat erop wijst dat de meeste muziektherapeuten actieve werkvormen toepassen, dat wil zeggen werkvormen waarbij de cliënt actief muziek maakt. Bij actieve werkvormen waarin de cliënt veel energie kwijt wil raken, c.q. waar het energieniveau van de cliënt hoog is, wordt vooral met ritmische instrumenten gewerkt. Vanuit mijn ervaring is dit ook de groep instrumenten die de cliënten het eerste kiezen. Een drumwerkform, die eigenlijk uit de forensische psychiatrie komt en het onderwerp "grenzen en frustratie" heeft, heeft Hakvoort (2006, p. 246) beschreven:

"Hierbij start een patiënt met het spelen van een aangenaam metrum op een trommel. De therapeut vraagt toestemming om mee te mogen spelen. Zodra die verkregen is doet de therapeut mee, maar begint naar enkele maten het patroon te verstoren. De patiënt moet op een adequate wijze zijn grens hierbij aangeven (muzikaal of verbaal)."

Ook gebruikt zij deze werkwijze in een omgekeerde versie, om patiënten via de muziek met momenten van onmacht en afwijzing te confronteren (Hakvoort, 2006). Dit wil zeggen dat de therapeut de cliënt in een situatie brengt waar hij zich hulpeloos voelt (omdat de therapeut over muzikale stabiliteit beschikt en het niet toelaat dat de cliënt zijn spel verstoort) en hem zo kan leren met machteloosheid (die vaak tot agressiviteit kan leiden) om te gaan. Hoewel deze werkvorm voor cliënten met een criminele achtergrond werd ontwikkeld, laat zij zich ook op cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis toepassen, voor zover bij de cliënt een agressieproblematiek bestaat. Hetzelfde geldt voor werkvormen bij die het voelen van lichamelijke sensaties (bijv. spanning) een grote rol speelt, om zo eventuele signalen die een woede-uitbarsting vooruit gaan te herkennen en te reageren voordat de situatie escaleert. Maar ook interactionele werkvormen spelen een rol. Bij cliënten die een probleem met autoriteiten hebben worden vaak zogenaemde "statusspellen" gebruikt. Dat wil zeggen dat er in de werkvormen bepaalde rollen geoefend kunnen worden, zoals "leider" en "volger". Daarbij speelt het aftasten en respecteren van grenzen evenals het waren van een adequate afstand een grote rol, iets waarmee de cliënten vaak moeite hebben. De cliënten leren zo zich beter op de buitenwereld af te kunnen stemmen.

² A.u.b. niet verwisselen met de cognitieve gedragstherapie.

3. De cliënt

Inleiding

In dit hoofdstuk ga ik de cliënt voorstellen en uitleggen hoe ik met hem aan de slag ben gegaan. Ik concentreer mij echter op algemene beschrijvingen, zoals de relevante achtergrondinformatie, de indicatie en algemene doelstellingen en werkvormen. Hier wordt de probleemstelling expliciet aan de casus duidelijk gemaakt. Deze casus dient als basis voor de rest van deze scriptie. Een meer specifiekere beschrijving van de door mij gepleegde muziektherapeutische interventies vind u in hoofdstuk 5, waar ik deze interventies met behulp van de door mij beschreven theorieën en verklaringsmodellen uit hoofdstuk 4 ga beredeneren. De cliënt wordt in deze scriptie Rob genoemd. Deze naam is fictief.

3.1 Relevante achtergrondinformatie over de cliënt

In het dossier van Rob vindt je volgende informatie over zijn psychiatrische ontwikkelingsgang van hem:

Achtergrondinformatie over de cliënt

Het betreft een thans 41 jarige alleenstaande matig verzorgde, laag gemiddeld intelligente, wat primitief imponerende man, welke in verleden veel gepest is en mogelijk dientengevolge een survivalstrategie heeft ontwikkeld waarbij zijn agressieregulatie weleens te wensen overlaat. Een en ander lijkt deels ingeslepen te zijn in zijn karakter waarbij de vraag gesteld kan worden of cliënt in staat blijkt te zijn om te kunnen komen tot wezenlijke veranderingen in het leren omgaan en hanteren van zijn gevoelens. Verbaal frustreert hij zich graag aan de overheid of buitenlanders, dit fungeert voor hem als een manier om zijn frustraties naar buiten te laten. Cliënt geeft zelf aan het gevoel te hebben door de jaren heen wat rustiger te zijn geworden en zich ook wat beter onder controle te hebben. Tekent daarbij wel aan dat er ook omstandigheden kunnen zijn dat hij zich niet onder controle kan houden en dat staat dan veelal in verband met thema's rondom zijn kinderen en familie. Zijn kinderen waren de eigenlijke reden waarom hij in behandeling is gegaan, want zijn ex-vrouw wilde hem niet in de beurt van hun laten. Hij was zelf bang dat hij tegen de kinderen of zijn vrouw geweld zou gebruiken. Nu leeft hij tijdelijk samen met zijn stiefzoon. Zijn andere kinderen mag hij niet meer zien omdat hij geen geld aan zijn ex-vrouw overmaakt. Dhr. is momenteel zonder werk en heeft financiële problemen. Hij is gefascineerd door vechtsport, Amerikaanse auto's en metalmuziek.

2004 heeft hij zijn vrouw geslagen nadat zij hem had uitgedaagd. Na dit incident heeft hij zelf aangifte gedaan bij de politie van de mishandeling van zijn vrouw en heeft hij 2 jaar voorwaardelijk gekregen.

2007 kreeg hij toen hij het in een bus met collega's aan de stok over de muziekkeuze. Hij wilde zijn eigen cd opzetten, maar de een collega haalde de cd uit de wisselaar en maakte een negatieve opmerking over zijn muziekkeuze. Toen is hij geflipt en hield een mes aan de keel van deze collega. Er zijn geen mensen gewond geraakt, maar de passagiers waren wel erg onder de indruk ervan. Op die dag werd hij ontslagen door zijn baas. Hij heeft spijt van de gevolgen die zijn agressie met zich brengt en heeft zich daarom weer aangemeld bij het RCGGZ. Toen is hij ook begonnen met individuele muziektherapie.

Cliënt is vanaf 2008 met tussenpozen onder behandeling geweest waarbij hem de gelegenheid werd geboden om te kunnen ventileren over zijn gevoelens en problemen. Grote veranderingen heeft dit echter niet gebracht. Afgelopen jaren heeft cliënt ook steun gekregen van een gespecialiseerde thuiszorgmedewerker waarvan de indruk bestaat dat hij hier tot op heden meeste steun aan heeft ervaren.

Concluderend kan gezegd worden dat cliënt ondanks langdurige ondersteuning en behandeling niet echt in staat zal zijn om te kunnen komen tot grote verandering van gedrag daar ook zijn intellectuele vermogens hem hierin beperken. Vinger aan de pols waarbij hij de ruimte krijgt om zijn zaken te bespreken lijkt voldoende te zijn om hem die steun te geven die noodzakelijk is en het risico tot heftige impulsdoorbraken mogelijk verminderd.

Zijn officiële diagnose is:

- As I Periodieke explosieve stoornis
- As II Diagnose of aandoening op As II uitgesteld
- As III Sarcoidosis (een chronische ontsteking in de longen)
- As IV Financiële problemen
- As V 61

Hoewel de diagnose op AS II uitgesteld is, zijn er aanwijzingen voor een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Echter is de cliënt geen “psychopaat”, zoals hij door de “Psychopathy Checklist” definieert wordt. Hij is ook geen chronisch crimineel, alleen zijn bij hem de voorwaarden gegeven om snel over de grenzen te gaan, daarmee ook de grenzen van maatschappelijk-culturele waarden en normen. De belangrijkste aanwijzing voor deze stoornis, is dat zowel zijn omgeving als ook hijzelf last heeft van zijn gedrag. De hoofdcriteria voor een persoonlijkheidsstoornis zijn van toepassing, evenzo als de criteria voor een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis. Vanuit dat wat de cliënt mij over zijn kindertijd kon vertellen is de stoornis ook al in zijn kindertijd en adolescentie zichtbaar geweest. Ook Charles van Dommelen, die Rob al langer kent als ik schreef op navraag van mij: “Er is inderdaad nooit een officiële AS II diagnose gesteld, toch denk ik met jou dat er hier wel degelijk sprake is van een anti-sociale persoonlijkheid.” (C. van Dommelen, persoonlijke mededeling, 28 April 2010). Ook de uitdrukking “lijkt deels ingeslepen te zijn in zijn karakter” (uit het dossier van Rob, zie boven), die de hoofdbehandelaar gebruikt wijst op een persoonlijkheidsstoornis. In oudere dossiers is regelmatig in diagnoses op AS II “trekken van persoonlijkheidsstoornis cluster B” terug te vinden. Maar Rob kreeg nooit de officiële diagnose “anti-sociale persoonlijkheidsstoornis”. Toch ga ik hem in het verloop van dit verslag “cliënt met anti-sociale persoonlijkheidsstoornis” noemen. Dit doe ik zowel uit reden van leesbaarheid (“cliënt met kenmerken van een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis” zou de correcte benaming zijn), maar ook omdat ik persoonlijk ervan overtuigd ben dat Rob over duidelijke kenmerken van deze diagnose beschikt. Ik ben echter geen psychiater en beschik dus niet over de vaardigheden en de bevoegdheid om deze diagnose bij Rob te stellen. Ik gebruik dus deze term niet klassiek diagnostisch, maar ter verduidelijking van Rob's problematiek. Het is meer een label of etiket, dan echt een officiële DSM-IV-diagnose. Dat moet de lezer altijd in de gaten houden.

3.2 Indicatie

Rob heeft veel moeite ermee om zijn agressiehuishouding te reguleren. Hij zocht vanuit zichzelf via de huisarts hulp bij het RCGGZ, omdat hij bang is dat het uit de hand zou lopen bij hem en hij iemand “rechtstreeks het graf in zou slaan”. Hij is daardoor ook met de justitie in aanraking gekomen en heeft spijt ervan dat hij nu een taakstraf heeft gekregen. Een belangrijke reden voor hem is, dat hij op de rechtbank heeft gezegd dat hij voor zijn driftbuien in behandeling zou gaan. Hij zoekt via de therapie een uitlaatklep om zijn frustraties kwijt te raken. Woede aan zich is geen reden om in behandeling te gaan, echter als het zo je leven beperkt en je er constant gevolgen van moet dragen is het handig professionele hulp te zoeken. Via therapie wil Rob zijn driftbuien leren herkennen, kanaliseren en eventuele onderliggende gevoelens exploreren.

Bij de cliënt is muziektherapie geïndiceerd omdat het voor hem de laagste drempel heeft. Hij is dagelijks met muziek bezig en zegt dat hij met muziek goed zijn agressie kwijt kan. Zo is hij zo gemotiveerd om regelmatig te verschijnen. Hier leert hij zijn agressie constructief te gebruiken en op een manier die voor hem en anderen adequaat is, te uiten. Ook het feit dat hij geen medicatie wil om zijn driftbuien onder controle te houden is een indicatiepunt. Rob kan zijn agressie via verbale therapie ook niet zo goed uiten als in een medium. Bovendien kan hij in de muziektherapie op een speelse, maar realistische manier aan zijn frustratietolerantie werken en werkelijk met zijn hele lichaam bezig zijn.

Ook het interactionele aspect wordt bij de muziektherapie in aanmerking genomen. Zoals uit zijn geschiedenis blijkt, heeft de cliënt moeite met het sociaal omgaan met mensen die de hele tijd over zijn grens gaan. Hij beschikt over een lage “sociale intelligentie” en is niet in staat om eigen verantwoordelijkheid voor zijn gedrag te nemen. Hij snapt de samenhangen tussen zijn gedrag en de reacties van zijn medemensen niet. Via gestructureerde werkvormen kan hij leren zijn grenzen te benoemen en de grenzen van anderen aan te voelen. Dit zou niet alleen de omgang met andere mensen gemakkelijker maken, maar ook zijn werkrelatie verbeteren.

3.3 Doelstellingen

Als hulpvraag heeft de cliënt zelf aangegeven: “Ik wil leren driftbuiën onder controle te houden en leren hoe ik mijn uitbarstingen het beste aan kan pakken”. Vanuit deze hulpvraag formuleert de muziektherapeut zijn eigen doelstellingen, deze zijn vaak meer gedifferentieerd en laten zich beter in werkvormen vertalen. Ik heb de al in hoofdstuk 2.2 uitvoerig beschrevene re-educatieve werkwijze toegepast, omdat de daar beschrevene doelstellingen goed bij de problematiek van de cliënt passen. Ik vond het belangrijk dat de cliënt vooral in het hier-en-nu werkt en ook aandacht aan het interactionele aspect wordt besteed. Hij krijgt binnen de muziek een kans zijn woede te uiten en zo misschien onderliggende gevoelens te exploreren. Hij kan in een veilig kader met nieuw gedrag experimenteren en zijn interactionele vaardigheden verbeteren. Omdat de cliënt tot chaotische impulsieve handelingen neigt, is het verstandig om via gestructureerde trainingsgerichte activiteiten aan de slag te gaan. De in hoofdstuk 2.2 beschrevene doelstellingen zijn allemaal van toepassing, waarbij vooral nadruk op de doelstellingen “vergroten van de frustratietolerantie” en “afremmen van impulsief gedrag” gelegd wordt. De doelstellingen en de daarmee verbondene werkwijze is eenduidig belevings- en ervaringsgericht. De doelstelling “uitbreiden van gedrag” is eerder in de therapie niet gelukt, maar toch wenselijk.

3.4 Werkvormen

Ik ben vooral actief met de cliënt aan de slag gegaan. In dit hoofdstuk beschrijf ik de meest gebruikte werkvormen op een algemene manier. Een meer uitgebreide beschrijving van de belangrijkste sessies vind je in hoofdstuk 5. De sessies bestaan, als je het basaal bekijkt, uit twee delen.

- 1) Het ontladen van frustratie/spanning
- 2) Het vergroten van de frustratietolerantie

Het uitbreiden van de gedragspatronen van Rob was geen vast bestanddeel van de muziektherapie, omdat hij door zijn hoofdbehandelaar (en later ook door de therapeuten) als “niet leerbaar” werd beschouwen. Later in de muziektherapie kreeg dit wel een plek en was het uitbreiden van de gedragspatronen van Rob zagezegd een neveneffect van de hier beschrevene muziektherapeutische werkvormen. In hoeverre dit het geval was ga ik uitgebreid in hoofdstuk 5 beschrijven.

De sessie begint altijd met een verbaal deel, binnen die de cliënt vertelt hoe zijn week is verlopen en wat mogelijke knelpunten binnen deze week waren. Daarna beginnen wij met de ontlasting van spanning:

1a) De cliënt kiest voor een grote trommel. Hij begint in zijn eigen tempo te spelen, de therapeut speelt met hem mee en ondersteunt zijn spel. Dit kan zowel op dezelfde trommel, als ook op een ander instrument, als het instrument maar hard genoeg kan zijn om nog hoorbaar te zijn tijdens een luid spel. Nadat de cliënt en de therapeut tot een gezamenlijk spel zijn gekomen en de cliënt zijn spel stabiel kan houden, wordt de dynamiek veranderd. De cliënt neemt hier de leidende rol over, hij begint van zacht naar hard te gaan en ook weer terug. Vooral tijdens de harde fase wordt hij aangemoedigd door de therapeut, om tot zijn grens te gaan en echt zijn hele frustraties kwijt te worden. Dit wordt een paar keer herhaald. Als het nodig is kan er na afloop van deze werkvorm een receptieve cooling-down volgen.

1b) Als de cliënt in de voorafgaande verbale fase een thema aanspreekt wat hem in de laatste week afzonderlijk gefrustreerd heeft, werkt de volgende werkvorm goed om frustratie kwijt te worden: De cliënt en de therapeut staan tegenover elkaar, in de midden een grote trommel. De therapeut vraagt aan de cliënt om zich helemaal op zijn boosheid te concentreren. Hij wordt gevraagd om op frustrerende gebeurtenissen te focuseren. Het is de bedoeling dat hij dan probeert zijn hele boosheid en frustratie met een harde klep op de trom kwijt te worden. Nadat hij dat heeft gedaan doet de therapeut hetzelfde. Dan is weer de cliënt aan de beurt. Na en na ontstaat er een flow en ritme. Nadat de cliënt dit ritme vast heeft trekt zich de therapeut terug en stimuleert verbaal de cliënt om door te gaan. Dit wordt gedaan zolang de cliënt het nodig vindt. Als het nodig is kan er een receptieve cooling-down volgen.

1c) De cliënt zit achter het drumstel of heeft verschillende trommels voor zich staan. De therapeut kiest ook voor een slaginstrument. Er wordt muziek opgezet op die de cliënt en de therapeut samen spelen. Daarbij is vooral belangrijk, dat de muziek bij de voorkeur van de cliënt aansluit (hij mag ook zelf muziek meebrengen) en dat de muziek duidelijke ritmische accenten heeft. Het beste is als de cliënt het lied kent en weet wanneer de ritmische accenten komen. De therapeut versterkt het spel van de cliënt en vooral de accenten op die de cliënt duidelijk de kans krijgt om zijn hele kracht en woede neer te leggen.

2) De cliënt krijgt instructies van de therapeut aan het drumstel. Stap voor stap worden de cliënt vaardigheden aangeleerd op dit instrument. De therapeut ondersteunt zowel verbaal alsook muzikaal de cliënt in zijn proces. De cliënt wordt aangemoedigd om dingen uit te proberen, maar ook gestructureerd om niet boven zijn grens van zijn muzikale vaardigheden te gaan. Hoe stabiel de cliënt wordt, hoe meer distantieert zich de therapeut van zijn steunende houding en wordt een gelijkwaardige medespeler. Bij deze werkvorm is vooral de frustratie van de cliënt het grootste aandachtspunt. Omdat de cliënt vaak meer wil spelen als hij daadwerkelijk kan, loopt hij snel tegen de frustraties van dit leerproces aan. Erbij moet erop gelet worden dat er een goede balans tussen frustreren en motiveren wordt gevonden. Het is de bedoeling dat de cliënt wel tegen dingen aanloopt, maar ook genoeg succeservaringen heeft. Hij wordt wel uitgedaagd en aangemoedigd om tot zijn grens te gaan, maar er moet ook door de muziektherapeut goed aangevoeld worden wanneer zijn grens bereikt is. Het beste zou zijn als de cliënt dat zelf zou aan kunnen geven, maar ook de therapeut moet zeker goed observeren en navragen. Het is ook de bedoeling dat de cliënt leert lichamelijke signalen te herkennen, die zich voordoen voordat hij agressief wordt en leert het aan te voelen of hij gefrustreerd raakt.

Voor de therapeutische aspecten “(muziektherapeutische) technieken” en “algemene attitude” verwijs ik u naar hoofdstuk 5. Zij worden in verloop dit hoofdstuk duidelijk.

Afbeelding 1. De trommels, op die ik met Rob de meeste tijd heb gespeeld



4. Theorieën, visies en verklaringsmodellen

Inleiding

Dit hoofdstuk schijnt de rode lijn van het verslag te onderbreken, omdat ik hier theorieën ga samenvatten die op de eerste kijk geen of weinig samenhang hebben met de casus. Toch zijn deze verklaringsmodellen essentieel voor het verdere verloop van deze scriptie, want in hoofdstuk 5 ga ik deze theorieën op mijn casus toepassen en zo een nieuw werkmodel ontwikkelen. En daarmee mijn beschrijvingen en redeneringen voor u begrijpelijk zijn, is het van belang dat u een algemeen overzicht over de verschillende theorieën en de daarmee verbondene begrippen krijgt. Uit deze reden heb ik ervoor gekozen dit hoofdstuk te schrijven en hier in de scriptie te plaatsen, vlak voordat de eigenlijke casestudy begint. Het slaat dus een brug tussen de probleemstelling en het volgende hoofdstuk.

Dit hoofdstuk is trechtervormig opgebouwd. Het start met een beschrijving over het begrip “transfer” en in hoeverre transfer belangrijk is voor de genezingsproces van de cliënt. Het volgen een aantal theorieën van verschillende auteurs, die allemaal belangrijk zijn voor de ontwikkeling van een theoretisch gefundeerd werkmodel. De theorieën beginnen met een algemene beschrijving en spitsen zich meer en meer toe op verklaringsmodellen uit de muziektherapie. Tot slot geef ik een overzicht op de rol van het gesprek in verschillende muziektherapeutische stromingen en stel een onderzoek voor, dat zich al met het onderwerp “Het gesprek in muziektherapie” bezig heeft gehouden. De bronnen van dit verslag worden in bijlage 4 door mij geanalyseerd.

De theorieën die ik in dit hoofdstuk beschrijf zijn complex van aarde en laten zich in deze scriptie maar beknopt weergeven. Het kan zijn, dat de lezer de genoemde begrippen door elkaar wart of zich niet meer goed terecht vindt. Daarmee dit niet gebeurd, vindt u in bijlage 1 een begrippenlijst die de belangrijkste begrippen uit deze scriptie bevat en definieert. Ik wil nog eens de nadruk erop leggen dat de beschrevene theorieën niet volledig zijn. Alleen de belangrijkste aspecten van deze theorieën zijn door mij niet diepgaand beschreven, omdat niet alle deelaspecten van deze verklaringsmodellen relevant zijn voor dit onderzoek. Ik kan de lezer, die zich in de door mij beschrevene theorieën kan vinden, alleen maar aanraden om de boeken zelf te gaan lezen. In de literatuuropgave vindt de goedgunstige lezer genoeg materiaal ervoor.

4.1 Transfer

Volgens Karl König - een Duitse psychoanalyticus - is de transfer, dus het omzetten van ervaringen die binnen de therapiesessie gemaakt werden in het dagelijkse leven, een essentieel bestanddeel van de psychotherapie en het genezingsproces van de cliënt. In zijn boek “Transfer – Von der Psychotherapie in den Alltag” (2007) gaat hij vanuit de verbale psychotherapie (dus niet alleen de klassieke psychoanalyse) in op het aspect “transfer” en geeft tips hoe een therapeut de cliënt kan helpen ervaringen uit de therapie in het dagelijkse leven om te zetten.

Psychoanalytici kunnen vaak al naar hun eerste gesprek zeggen in hoeverre de cliënt in staat is om transfer te maken. Het eerste gesprek is helemaal nieuw voor de cliënt en vrij ongestructureerd. Dit geeft o.a. aanwijzingen ervoor in hoeverre de cliënt met zo een situatie om kan gaan en in hoeverre hij in staat is, tussen de sessies aan zijn therapie te werken (König, 2007). Hier kijkt de therapeut niet alleen of de cliënt hiertoe in staat is, maar ook of de therapeut zelf hem hierbij kan helpen. Voor de cliënt is het ervaren van de therapeut, die naar hem luistert en hem probeert te snappen een positieve ervaring. Daarna helpt de therapeut de cliënt zichzelf in de omgang met de therapeut te snappen en van daaruit ook in de omgang met zijn “buiten-relaties”. Dat helpt de cliënt om nieuwe ervaringen in zijn relaties te maken. De poging van de therapeut de cliënt te snappen is echter de basis, ervaart de cliënt niet dat de therapeut probeert hem te snappen, kan de rest van het proces als opdringerig opgevat worden. De therapeut moet de cliënt van zijn goede voornemen overtuigen, het is niet genoeg dat zij maar goed zijn (König, 2007). Dat een therapie “werkt” is ook afhankelijk ervan of de therapeutische proces tussen de sessies doorloopt. Evenzo als bij iemand die een fysiotherapie volgt verwacht wordt dat hij thuis zijn oefeningen doet, wordt ook van de psychisch zieke cliënt verwacht dat hij het binnen de therapiesessies geleerde oefent. Daarvoor moet de cliënt echter herkennen dat de situaties buiten analoog zijn tot de situaties binnen. Dit verschilt van cliënt tot cliënt. Als een cliënt eerder gewend is om zelfstandig te werken, gaat hij dit ook buiten de sessies doen. Ook de opleiding en de sociale status zijn van belang. Een academici, die het gewend is in een vaste hiërarchie volgens een vast patroon te werken kan minder goed beslissingen nemen dan een schrijnwerker, die een eigen bedrijf heeft. De therapeut moet ook altijd in de gaten houden hoeveel “waarheid” een cliënt kan verdragen, dus in hoeverre de therapeut de cliënt kan confronteren zonder contraproductief te zijn.

Ook de wens naar leiding door de therapeut moet in de gaten gehouden worden, ook dit verschild van cliënt tot cliënt. In de psychoanalytische en de psychodynamische stromingen wordt tijdens de sessies veel aan de “buiten-relaties” van de cliënt gewerkt, de transfer wordt dus meer “grijpbaar” voor de cliënt. Er zijn echter ook psychoanalytici, die alleen aan de relatie tussen cliënt en therapeut werken omdat zij hieruit de meest intensieve ervaringen kunnen halen. Sommige psychotherapeuten menen zelfs dat zij alleen de cliënt zelf moeten analyseren, niet de impact die de analyse op het buitenleven van de cliënt heeft. De cliënt moet het binnen de therapie geleerde zelf naar zijn buitenleven vertalen. Dat houdt bepaalde moeilijkheden in, want hoe intensief deze ervaring ook zijn, de mensen buiten de therapie hebben een andere achtergrond, visie en opvattingen dan de therapeut en ook een andere relaties tot de cliënt. Er wordt vaak verzwegen dat een psychoanalyse grote invloed op de relaties van de cliënt kan hebben. Er gelden ook andere “regels” dan in de therapie, het gedrag is eerder geritualiseerd en vastgelegd dan het gedrag van de mensen buiten. Dat kan tot een probleem van de therapeut worden, omdat het snel onoverzichtelijk voor hem kan worden. Hij kent de mensen, met die zijn cliënt omgaat, niet persoonlijk. Dit is een reden ervoor waarom weinig therapeuten zich graag met de buiten-relaties van de cliënt bezig houden.

Soms kan de cliënt zich dan voelen als een spion in het land van de vijand. Hij durft uit verschillende redenen niet zijn veranderd zelf en zijn nieuw innerlijk leven aan de buitenwereld prijs te geven. Wat als de mensen met die hij dagelijks omgaat, zijn nieuw zelf niet accepteren? Misschien opent de cliënt zich wel, maar maakt dan zo negatieve ervaringen dat hij ermee stopt zijn nieuw zelf naar buiten te dragen. Dit is vooral bij stationair behandelde cliënten het geval, als de veranderingen minder vloeiend verlopen. Cliënten die stationair - dus intramuraal op de instelling - behandeld worden, hebben een grotere moeite met de transfer dan cliënten, die ambulante therapie volgen. In een psychiatrische instelling hebben de cliënten duidelijk minder contact met hun familie en kennissen dan in een ambulante setting, waar de cliënten meestal thuis blijven wonen. Als de cliënt na afloop van een langere tijd in de instelling weer actief met vertrouwde mensen omgaat, valt hun eerder op, dat hij zich heeft veranderd dan wanneer hij thuis blijft wonen en een ambulante therapie volgt.

Omdat volgens König therapeuten met weinig aantal uren ook succes hebben met hun cliënten, moet men van de vooronderstelling uitgaan dat de transfer tot een groot deel afhankelijk is van de relatie van cliënt en therapeut. Het is soms al genoeg dat de cliënt in zijn dagelijkse leven aan de therapeut denkt of anders gezegd: Het is belangrijk of men een therapeut “heeft” of niet.

4.2 Bas Kast

Bas Kast is een Duitse wetenschapsjournalist en werkt bij de Duitse krant “Tagesspiegel”. In zijn tot nu toe drie verschenen boeken houdt hij zich met het gevoelens, gedachten, het geheugen en intuïtie bezig. Zijn uitspraken zijn daarbij altijd gesteund op actuele neurowetenschappelijke onderzoeken. In zijn boeken “Revolution im Kopf” (2003) en “Wie der Bauch dem Kopf beim Denken hilft” (2007, Nederlands: Hoe de buik het hoofd helpt denken, 2008) stelt hij een paar van deze onderzoeken voor. Sommige ervan zijn ook relevant voor deze scriptie, daarom ga ik nu de meest relevante resultaten ervan uitschrijven.

Een relevant onderzoek, dat Bas Kast (2003) heeft beschreven is een onderzoek van Michael Graziano, die via stimulatie van een bepaald deel van de brein, het zogenoemde “Broca-areal”, bij apen verschillende uitvoeringen van bewegingen kon stimuleren. Echter is het Broca-areal bij ons mensen verantwoordelijk voor de taal, een eerste aanwijzing ervoor dat de taal alleen maar de voortzetting van de beweging is. Het dient ter communicatie. Ik zal later op dit aspect terugkomen.

In zijn derde boek “Wie der Kopf...” (2007) stelt Bas Kast zichzelf de vraag of de taal wel de handigste manier is om zijn behoeftes uit te drukken. Wij doen dat omdat volgens ons, de rationele manier de belangrijkste, meest effectieve en werkzame is en bouwen daarop ons gehele sociale en educatieve systeem op. Wat je niet in getallen of woorden kan uitdrukken is niet waar, dat is de algemene houding die op hogescholen en universiteiten geleerd wordt. Maar dit begint steeds meer en meer te veranderen, in de psychologie, waar lange tijd (in Duitsland tenminste) het *behaviorisme* overheerste. Echter houden zich nu meer en meer psychologische onderzoeken bezig met het onderzoeken van cognities en emoties, waarbij vooral de emoties de laatste jaren intensiever wordt onderzocht. Vooral onze onbewuste wensen zijn het volgens Kast (2007), die ons tot de mens maken die wij echt zijn. Onze persoonlijkheid wordt meer door ons onbewuste gedragingen, wensen, sterkten, zwakten en motieven beïnvloed dan door onze rationele kant. In een onderzoek door Bechara (1997) werd bewezen dat het onbewuste en onze gevoelens sneller beslissen dan onze cognities en zo dus ook sneller weten “wat goed voor ons” is en wat niet. Sterker nog: Zonder gevoelens zouden wij de slechte dingen zoals gevaar helemaal niet kunnen herkennen.

In een ander experiment van Wilson (1993) kwam eruit dat het regelrecht misleidend kan zijn, als je te veel over een ding nadenkt en dat rationele gedachten onze beslissingen negatief beïnvloed. De verstand is, gemeenzaam gezegd, dommer dan wij hadden gedacht. Dit zie je ook aan de hand van de signalen die het menselijke brein elke seconde verwerkt. De onbewuste processen verwerken rond 11 miljoen bits per seconde, terwijl de bewuste processen 50 bits verwerken. Dit was voor mij zo onvoorstelbaar, dat ik dat even in een andere maateenheid moest vertalen: Als de onbewuste processen 1,1km lang zijn (dus van mijn thuis naar de snelweg), dan zijn de bewuste processen 5mm lang. Een halve centimeter dus. Hier wordt trouwens duidelijk waarvoor het verstand wel goed is: nauwkeurigheid. Onbewust zou je alleen maar kunnen schatten. Als de dingen meer complex worden, is het buikgevoel echter de betere methode om tot een beter resultaat te komen. Het “beste” resultaat bereik je trouwens als je afgeleid bent ervan dat je straks een beslissing moet nemen. Een goede beslissing vraagt dus niet veel denken, meer veel tijd. Het onbewuste is zoals een spons en zuigt alles uit je omgeving op, of je dit nu wilt of niet.

Een zeker belangrijk resultaat uit andere onderzoeken is, dat de mens ertoe neigt zichzelf verbaal van de juiste keuze te overtuigen. Als je probeert non-verbale dingen te vertalen concentreer je je op de gemakkelijke dingen, die je goed in woorden kan vatten. Dit betekent echter niet dat dit ook de belangrijkste dingen zijn. De meest complexe dingen kan je het moeilijkste in woorden vatten. Of kan jij jou partner vertellen wat je allemaal voor hem voelt zonder een aspect weg te laten? Als je dat overtuigend en inleefbaar kan, dan zou je een moeten boek schrijven. Miljoen geplaagde mannen zouden het kopen.

4.3 Antonio Damasio

Antonio Damasio is een Portugese neuroloog en schrijver, hij werkt tegenwoordig als hoogleraar in de Verenigde Staten. Van de vele theorieën en ideeën die Damasio had, zijn vooral zijn theorie van de verschillende “zelfen” (met de samenhangende soorten bewustzijnslagen) en het verschil tussen emotie en gevoel van belang.

Emoties zijn volgens Damasio (2001) naar buiten gericht, publiek en kunnen onbewust in het lichaam worden opgewekt. Emoties hebben als taak de mens te laten overleven. Een emotie is een belangrijke informatieverschaffer en een bron van ons weten. Het gaat aan de cognitie vooraf en kan zich aan onze gedachten en onze wil onttrekken. Emoties dragen bij aan ons vermogen om redelijk te denken. Zij kunnen hun invloed laten gelden op de menselijke geest, dankzij gevoelens. Daarom zijn ze onlosmakelijk verbonden met het idee van goed en kwaad en zijn zij de metgezellen van ons gedrag. Er drie “soorten” emoties, de primaire emoties (angst, verdriet, woede etc.), secundaire emoties, ook sociale emoties genoemd (jaloezie, schaamte, trots etc.) en achtergrondemoties zonder directe aanleiding (welbehagen, kalmte, spanning etc.). Mensen hebben meestal last van de eerste twee soorten emoties, echter spelen zijn de achtergrondemoties de hele tijd mee en kunnen een directe invloed op primaire en secundaire emoties hebben (Smeijsters, 2008 a).

Gevoelens zijn naar binnen gericht en privé. Willen zij werkelijk en duurzaam invloed hebben, dan is er bewustzijn vereist, want alleen door de komst van een zelfgevoel kan een individu weet krijgen van de gevoelens die hij heeft. Als wij dan woorden vinden voor het gevoel en erover kunnen reflecteren is sprake van herinneringen van een emotie. Door ervaren van het bijbehorende gevoelspatroon neem je een beslissing. Elke primaire en secundaire emotie gaat gepaard met een innerlijke gevoelsstroom. De boven al beschrevene achtergrondemoties leiden dus ook tot achtergrondgevoelens. Deze gevoelspatronen zijn gekenmerkt door stabiliteit en instabiliteit, evenwicht en onevenwicht, toename en afname en de dynamische overgangen ertussen. Achtergrondgevoelens geven kleur aan ons bestaan, in positieve en negatieve zin.

Een ander door Damasio beschrevene begrip is het *protozelf*. Het protozelf is een verzameling van *niet-bewuste* neurale patronen van het levende organisme. Het brengt binnen de eigen lichaamsgrenzen de fysieke structuur van het lichaam in kaart, de veranderingen die optreden door ontmoetingen met objecten en gebeurtenissen en de interne aanpassingen van het levensproces (Smeijsters, 2008 a). Het *kernzelf* heeft een eigen “bewustzijn”, het zogenoemde *kernbewustzijn*, dat de veranderingen van het protozelf protocollert. Elke verandering van het protozelf wordt in het kernzelf opgeslagen, zonder dat wij ons ervan echt bewust zijn. Dit protocol is echter zichtbaar in bijvoorbeeld de mimiek en lichaamstaal van iemand. Het kernzelf werkt zonder woorden en begrippen, zodra je begrippen aan belevingen uit het kernzelf geeft, vertaal je het protocol in een taal die jezelf en andere maar cognitief begrijpt. In het kernzelf begrijp je zonder woorden, het maakt emotionele communicatie zonder woorden mogelijk. Het autobiografische zelf met het erbij horende *uitgebreide bewustzijn* reikt verder dan het hier-en-nu en wordt gevuld met verleden en toekomst. Het ordent – om bij de voorbeeld van het protocol te blijven – de verschillende protocollen van het kernzelf en kan deze on demand oproepen.

Het is in een hoge mate cognitief en vooral bezig met taal en feiten. Het bepaalt onze persoonlijke identiteit en intelligentie. Daardoor kunnen wij problemen bepalen, analyseren, vergelijken en oplossen. Ook ethiek en esthetica worden door het uitgebreide bewustzijn van het autobiografische zelf bepaald. Het bestemt het beeld dat wij van ons zelf hebben (Smeijsters, 2008 a). Echter kan het uitgebreide bewustzijn het kernbewustzijn en daarmee ook het kernzelf niet beïnvloeden. Het uitgebreide bewustzijn kan zich zelfs los maken van het kernzelf, zodat het nog maar weinig verband heeft met het kernzelf en daarmee met de emoties vanuit de lichaam. Dan heeft de ratio heeft de emoties verdrongen.

4.4 Daniel Stern

Daniel Stern is een bekende psychoanalytici, die zich vooral gespecialiseerd heeft in onderzoeken over de ontwikkeling van zuigelingen. Voor deze scriptie is vooral zijn theorie over „*vitality affects*“ en zijn omschrijving van de „*Present Moment*“ van belang.

Vitality affects zijn volgens Stern dynamische, kinetische gevoelsprocessen die zich in ons afspelen. „*Vitality affects*“ laten zich niet in conventionele gevoelens uitdrukken, zij worden bijna uitsluitend metaforisch beschreven. Opvallend bij de „*vitality affects*“ is dat er altijd een bewegingsaspect meespeelt: doorgaan/doorzetten, ontploffen, exploderen, uitdoven, aarzelen, een climax bereiken etc. zijn allemaal „*vitality affects*“ die zich in visuele, auditieve en motorische gedragingen uiten. Deze „*vitality affects*“ weerom laten zich categoriseren en beschrijven door bepaalde parameters die je ook bij dans en muziek kan vinden: ritme, tempo, intensiteit, vorm, beweging en aantal. Niet alleen gevoelens zijn gekenmerkt door „*vitality affects*“, ook het denken het handelen is gekenmerkt door hen. Een „*vitality affect*“ die iemand vertoont maakt bij zijn tegenover ook weer een „*vitality affect*“ los. We worden veelvuldig beïnvloed door gebeurtenissen om ons heen zonder dat wij er bewust van zijn. Ook zijn wij niet cognitief bezig met deze processen, zij hebben een impact op ons kernzelf en daarmee op onze emoties, gevoelens, gedrag en het uitgebreide bewustzijn met zijn cognitief denken en praten. Dit zie je vooral bij de communicatie tussen ouder en kind, maar ook bij de non-verbale communicatie tussen volwassenen. Op een bepaalde manier voel je vanuit je eigen kernzelf het kernzelf van de andere aan.

Stern beschreef in zijn boek „*The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*“ (2007) zo een moment op die zo een impact gebeurd. Het betreft een therapeut die elke sessie, zowel bij begin als ook na afloop van het gesprek de hand aan zijn cliënten geeft. Op een dag vertelde een cliënt wijdlopij van zeer ontroerende gebeurtenissen, welke zowel de cliënt als ook de therapeut diep geraakt hebben. De cliënt was heel erg verdrietig en tot de afscheid nam de therapeut zijn hand en legde zijn tweede hand weerom op de hand van de cliënt. Dit duurde een paar seconden, waarin ze naar elkaar keken en zwegen. Deze situatie werd in de volgende sessies niet meer aangesproken, maar heeft toch de kracht gehad om de sessies en de relatie tussen cliënt en therapeut voor altijd te veranderen. De ogenblik drong door tot het kernbewustzijn, kon zich zo in het uitgebreide bewustzijn manifesteren en zal waarschijnlijk zowel door de cliënt als ook de therapeut nooit vergeten worden. Zo een gebeurtenis noemt Stern een *Present Moment*. Een „*Present Moment*“ is een kortdurende, spontane, tijdelijk beperkte en toch uitgebreide ervaring in het hier-en-nu die vast in het leven van iemand verankerd is. In zo een „*Present Moment*“ spelen „*vitality affects*“ een grote rol, zij schetsen het beleefde in de tijd. Dit wat tijdens dit moment gebeurd wordt door de betrokkenen impliciet gesnapt en hoeft niet geverbaliseerd te worden. In elk „*Present Moment*“ ontplooid zich een doorleefd verhaal („*a lived story*“) dat uit ervaringen uit het verleden bestaat en zich in het kernzelf heeft verankerd. Dit gevoelsmatige „microverhaal“ (het wordt bij Stern een frase genoemd, een begrip die zich uit de muziek ontleent), dient ter verwerking van iets nieuw of ter oplossing van problemen.

4.5 Henk Smeijsters: De kunsten van het leven

Henk Smeijsters is docent en hoofdopleider van de Masteropleiding Vaktherapieën aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen. Hij geldt als gerenommeerde auteur en publiceerde meer dan vijftien boeken over creatieve therapie. In zijn 2008 verschenen boek „*De kunsten van het leven*“ schrijft hij, gesteund door wetenschappelijke onderzoeken, erover hoe kunsten ons op een positieve manier kunnen beïnvloeden en zo bijdragen aan een emotioneel gezond leven. Vooral muziek en muziektherapie wordt in dit boek vaak als voorbeeld genoemd. Muziek kan door iedereen worden begrepen. Niet zo als je een mathematische formule begrijpt, maar op een andere, meer primaire manier. Voor dit begrijpen zijn geen speciale cognitieve vaardigheden nodig. Bij dit manier van muziek „begrijpen“ zijn het „(...) alleen de klanken die ons raken. Juist daardoor brengt muziek de luisteraar dicht bij zichzelf.“ (Smeijsters, 2008 a, pg. 29). Woorden hebben echter een groot nadeel: Zij kunnen een diepere betekenis suggereren, die zij niet in staat zijn te articuleren. Woorden staan buiten de ervaring en kunnen een ervaring onmogelijk geheel beschrijven.

Smeijsters (2008 a) stelt dat kunstvormen analoog zijn aan onze „vitality affects“ en daarmee ook aan de gevoelde frasen die zich in een mens afspelen. Door deze analogie is het mogelijk innerlijke frasen te beleven en uit te drukken. Dat leidt tot een volledige aanwezigheid in het „Present Moment“, het medium (in dit geval de muziek) spiegelt je kernbewustzijn weer. Op dit actuele moment ben je in staat iets van buiten met je innerlijke kernzelf te matchen. Dat moet niet per se een andere persoon zijn, het kan ook bijvoorbeeld een beleving in de natuur zijn die contact maakt tot je kernzelf. Je voelt dat „het“ gebeurt. Het is onmogelijk te beschrijven, je zult er met woorden altijd „naast zitten“. Woorden lijken dan als een banaal verzoek om het beleefde in metaforen te omschrijven. De ervaring heb je niet achteraf, je hebt zij op het moment zelf: Het praten over de ervaring is niet de ervaring zelf. Praten en symboliseren in woorden en cijfers is ook een ervaring, maar een andere Stern noemt het een *après coup* ervaring. Het „Present Moment“ is volgens hem de echte coup (Stern, 2007).

Smeijsters (2008 a) heeft het in zijn boek ook over het fenomeen van de *flow*. Als je in de flow geraakt – dat kan op je werk evenzo goed zijn als in je vrije tijd, tijdens het sporten of het bouwen van een tuinhuisje – dan vergeet je de hele wereld om je heen. Jij bent alleen bezig met een ding en neemt de buitenwereld niet meer waar. Muziek is een goed middel om tot een flow te komen, ook als amateurmusicus. Het maakt niets uit of je muziek beluistert of actief muziek maakt. Wie kent het gevoel niet, dat tijdens een concert dat je heel erg geniet de tijd veel te snel vergaat en je de hele publiek niet meer waarneemt? Cliënten in de muziektherapie zijn vaak verrast als ik hun vertel hoe lang zijn samen muziek hebben gemaakt: „Oh, wij hebben een half uur getrommeld? Ik heb het helemaal niet waargenomen. Maar ik vond het heerlijk.“ Dit zijn typische uitspraken van cliënten, die beschrijven dat zij in flow zijn geraakt. Ook bij professionele musici zie je soms dat zij helemaal opgaan in de muziek en spelen als in een ruis. Vooral bij jamsessies op rock- of jazzconcerten merk je dat vaak. Door in de flow te raken kan je tot de beleving van een „Present Moment“ komen, een moment waar je geen en tegelijkertijd ook alle gevoelens beleefd.

Er zijn nog meer voorbeelden, verklaringsmodellen en theorieën die je in het boek van Smeijsters (2008 a) kan vinden, deze wil ik echter concreet op mijn casus toepassen. Daarvoor verwijst ik u naar hoofdstuk 5.

4.6 De rol van het gesprek in verschillende muziektherapeutische stromingen

De muziektherapeutische stromingen zijn veelzijdig en dus is ook de plek, die het gesprek bij deze stromingen inneemt, verschillend. In dit hoofdstuk is het bedoeling dat ik de rol van het gesprek binnen verschillende muziektherapeutische stromingen samenvat, zodat de lezer een idee krijgt welke rol dit element in de muziektherapie kan hebben.

De *psychoanalytisch georiënteerde muziektherapie* is - zoals de naam het al zegt - sterk georiënteerd aan de klassieke psychoanalyse. De inhoud van het muziektherapeutische gesprek en de gebruikte gesprekstechnieken komen dus ook uit deze invalshoek. Door de muziek wordt deze gesprekstherapeutische basis door een verder aspect verrijkt. Het relatieaspect staat zowel bij de verbale, als ook de muzikale communicatie op de voorgrond. De ervaren wordt zowel met de actuele levensstijl van de cliënt vergeleken, alsook met het verleden en zijn onderbewustzijn.

Ook voor de *morfologische muziektherapie* is het psychoanalytische gesprek van belang, maar vooral de morfologische psychologie vormt de uitgangspunt van deze muziektherapeutische stroming. Muziektherapie wordt als proces beschouwd waarin muziek, gesprek en hun wisselwerkingen als intensiverende factoren van de psychische vormgeving dienen. Daardoor intensiveert de muziek en het gesprek het gehele therapeutische proces.

Het gesprek in de *integratieve muziektherapie* is sterk beïnvloed van de Gestalttherapie. De functie van het gesprek is vooral het beleefde te benoemen, om bijvoorbeeld niet door emoties en gevoelens overspoelt te worden en te leren ook buiten de therapie adequaat te kunnen communiceren. Het gesprek en zijn inhoud richt zich in vergelijking tot de twee boven genoemde stromingen meer op het hier-en-nu. Het beleven van emoties staat centraal en is voorafgaand aan het inzichtgevend deel van het gesprek. In het gesprek staat de relatie en de contact tussen therapeut en cliënt centraal, aan overdracht en betekenisgeving wordt duidelijk minder aandacht besteed.

In de *antroposofische muziektherapie* wordt het gesprek vooral gebruikt om concrete (muzikale) aanwijzingen te geven en deze vervolgens proberen te verklaren en te structureren. Het gaat binnen het gesprek minder om het relatieaspect, maar meer om de simpele uitwisseling van informatie en de structurerende en stimulatie van bepaalde handelingen.

In de *Nordoff-Robbins muziektherapie* gaat met ervan uit, dat men de muziek niet hoeft te vertalen, de zin van de muziek wordt volgens deze stroming echter direct duidelijk en verklaard zichzelf. In de visie van deze stroming is de muziektherapie vrij van taal en biedt de cliënt zo een ruimte die ontmoeting, ontwikkeling en creativiteit mogelijk maakt. De overgang tussen taal en muziek is vloeiend, zo worden bijvoorbeeld gesprokene zinnen muzikaal opgepakt en voortgezet. Daarbij staat vooral het relatieaspect op de voorgrond, buiten het medium wordt nauwelijks aandacht aan dit aspect gehecht. Het gesprek heeft hierbij geen psychotherapeutisch karakter en beperkt zich vooral op aanwijzingen tot handeling en beschrijvingen van de muziek.

Mönter (2000) heeft een scriptie over het gesprek in de muziektherapie geschreven. Daarvoor heeft zij verschillende therapeuten uit verschillende muziektherapeutische concepten over dit onderwerp geïnterviewd, onder andere ook therapeuten uit de boven beschrevene stromingen. Zo heeft zij vier verschillende types van therapeuten kunnen bepalen, die het muziektherapeutische gesprek allemaal anders hanteren:

De vier gesprekstypes volgens Mönter (2000)

Typ 1 laat de cliënt het gesprek structureren. Het gesprek is open en de verbale invloed van de therapeut is klein. Het doel is de cliënt tot ontwikkeling te brengen. Naar de gesprekken is er een open, afwachende sfeer en door het gesprek worden verbanden met het leven van de cliënt gelegd.

Typ 2 is sterk georiënteerd op de cliënt. De gespreksvoering is directief, het gaat vooral om alledaagse dingen, veiligheid en structuur. De therapeut biedt verbaal hulp door concrete vragen stellen, houvast bieden staat op het voorgrond.

Bij *Typ 3* heeft het gesprek geen psychotherapeutische betekenis. De therapeut heeft grote invloed op de cliënt en geeft aanwijzingen, ook de doelen worden meestal van vooraf door de therapeut bepaald. Wat de muziek uitlokt staat centraal en van daaruit worden nieuwe gedragspatronen uitprobeert.

Typ 4 hanteert helemaal geen verbale verwerking, het gesprek dient alleen maar tot begroeting en om te muziek te beschrijven. Er wordt geen psychotherapeutische betekenis aan het gesprek gegeven.

4.7 Het gesprek in muziektherapie

Deze scriptie gaat over een vorm van muziektherapie, die verschilt van de aanpak die meestal in een psychiatrische setting toegepast wordt. In het eerste deel van dit hoofdstuk zal ik toelichten hoe gewoonlijk een muziektherapiesessie er uitziet en welke rol het gesprek en de daarmee verbondene verbale reflectie erbij speelt. Ik ga mij alleen op het gesprek focuseren, omdat het actief muziek maken sterk verschilt per cliënt. Ook ik heb de meeste sessies van mijn stage op de beneden beschrevene manier gewerkt. Ik ga nu aan de hand van een gewone sessie uitleggen wat de verschillende stappen zijn en wat de zin erachter is. Ik concentreer mij echter alleen op een sessie met een cliënt, omdat mijn casestudy zich met een individuele casus bezighoudt.

Nadat de cliënt en de therapeut plaats hebben genomen in het muzieklokaal begint de sessie met een gesprek. De therapeut vraagt meestal hoe het met de cliënt nu op dit moment is, maar ook wat de belangrijke gebeurtenissen uit de laatste week waren. Als de laatste sessie bijzondere effecten heeft gehad (de cliënt werd erg emotioneel of een “doorbraak” had in zijn denken) vraagt de muziektherapeut meestal of dit een speciale impact op de cliënt heeft gehad. Dit eerste gesprek dient vooral ter oriëntatie voor cliënt en therapeut. De therapeut ziet hoe het momenteel met de cliënt gaat en welke thema's bij de cliënt op de voorgrond staan. Hij checkt ook hoe de cliënt de laatste sessie heeft verwerkt en vraagt de cliënt of dat wat hij deed ook werkzaam was. Zo kan de therapeut zich beter afstemmen op de cliënt en dat wat de therapeut doet, wordt begrijpelijker en transparanter voor de cliënt. De cliënt kan natuurlijk ook eigen wensen uiten en doelen benoemen aan die hij vandaag expliciet wil werken. Daarna volgt een muzikale improvisatie, deze kan volledig vrij zijn (zonder een speciaal thema, instrument of setting te kiezen) of binnen een gestructureerde werkvorm (bijvoorbeeld met een vastgelegde verdeling van rollen, instrumenten, thema's of een vooraf bepaalde, vaste opbouw).

Het gesprek na afloop van de muziek geeft de therapeut en de cliënt de mogelijkheid om de ervaringen te bespreken, te interpreteren en verbanden te leggen, bijvoorbeeld met een bepaalde doelstelling van de cliënt. Daarbij wordt vooral naar analogieën gekeken, dit betekent dat de cliënt en de therapeut gemeenzaam erna kijken of er processen of gedragingen in de improvisatie waren die analoog zijn aan de gedragingen van de cliënt in het dagelijkse leven. Dit gesprek noem ik in dit verslag ook *verbale reflectie*.

Op dat moment vindt, volgens de definitie van Behr en Wick (2005), een muziektherapeutisch gesprek plaats. Dat betekent dat het gesprek psychotherapeutisch is en een directe betrekking heeft op wat er in de muziek gebeurde. Binnen het muziektherapeutische gesprek gaat het erom linken te leggen tussen muzikaal gedrag van een cliënt en zijn alledaagse gedrag, dus tussen zijn problemen en zijn gedrag. Het gaat erom mogelijkheden tot verandering bij de cliënt te ontdekken, waardoor ook de reacties van zijn omgeving kunnen veranderen. Dat is de ideale manier waarop een muziektherapeutisch gesprek kan plaatsvinden. Natuurlijk hangt het verloop en de inhoud van dit gesprek zowel van de cliënten, als ook van de therapeut af.

In hoeverre het muziektherapeutische gesprek een aanvullende waarde heeft voor de muziektherapie werd 2005 door Behr & Wick onderzocht. Ik zal nu even de belangrijkste resultaten van dit onderzoek samenvatten. Dit doe ik vooral om te laten zien wat verschillende therapeuten over verbale reflectie denken en hoe zij deze gebruiken. De bedoeling is een zo volledig mogelijk beeld te scheppen hoe muziektherapeutische sessies in de psychiatrie verlopen. Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat zeven van negen muziektherapeuten het zinvol vinden de muzikale activiteit met een aansluitende nabespreking te combineren. Deze therapeuten leggen uit dat het zinvol is om te leren hoe ze hun gevoelens en ervaringen, die zij tijdens het muziek maken hebben gemaakt, kunnen benoemen. Daardoor kunnen de cliënten de analogieën tussen hun manier van muziek maken en hun problematieken beter herkennen. Een therapeut geeft aan dat verbale reflectie op de muziek alleen zinvol is als de cliënten reflectievaardigheden hebben. Een ander therapeut vindt een combinatie van muzikale improvisatie en nabespreking niet zinvol omdat, volgens hem, de muziek op zich waardevol is en een gesprek alleen tot stand komt op vraag van de cliënten.

De therapeuten benoemen vooral volgende aspecten als kwaliteiten van het muziektherapeutische gesprek:

- Emotionele processen worden geverbaliseerd en daardoor bewuster gemaakt
- In de muziek duidelijk geworden vaardigheden of problemen worden naar alledaagse situaties vertaald
- Het muzikale gebeuren wordt door verbale erkenning vastgehouden en verdiept
- De therapeut kan zijn waarnemingen toetsen
- De cliënt leert gevoelens, behoeften en grenzen te verbaliseren

Deze kwaliteiten zal ik zonder bedenken toestemmen. Dit werkt voor veel cliënten heel goed en is ook volgens mij een vast bestanddeel van de muziektherapie, maar dit alleen als de cliënten ook over de vaardigheden beschikken.

Zeven van de negen therapeuten denken dat een nabespreking van de muziek niet zinvol is, wanneer de cliënten te veel weerstand tonen tegen de in de muziek opgekomen gevoelens, zodat het beter is de cliënt zelf te laten kiezen wanneer hij erover wil praten. Verder geven de respondenten aan, dat er improvisaties zijn die alleen belevingsgericht waren of waar het proces al in de muziek plaatsvond. Sommige zeiden dat er ook sessies waren, die zo bevredigend voor alle deelnemers waren, dat woorden storend zouden zijn. Alleen twee therapeuten geven aan, dat volgens hen een nabespreking altijd geïndiceerd is om de cliënten de mogelijkheid te bieden ervaringen of gevoelens te uiten. Dit betekent dat de meeste therapeuten situaties kennen, in die woorden te veel zijn en als de cliënten hun proces “kapot praten”.

En dat betekent ook dat er misschien wel behoefte is om zulke cliënten een vorm van muziektherapie aan te bieden, bij die de verbale reflectie een minder grote ruimte inneemt. Het cliëntenonderzoek van Behr en Wick laat zien dat bijna alle van de 12 ondervraagde cliënten de kwaliteiten van het muziektherapeutische gesprek vooral zien in het bespreken van emoties en het meedelen van waarnemingen. Het dient ook om het zojuist in de muziek gebeurde vast te houden. Drie vierde van de cliënten zegt dat zij door het gesprek hun muzikaal gedrag op dagelijkse situaties toe kunnen passen, dus een transfer naar het dagelijkse leven kunnen maken. Dat betekent dat er een vierde ervan niet zo denkt. 11 van de 12 cliënten zeggen ook dat zij door het gesprek niet meer inzicht kregen op hun gevoelens, geen ideeën krijgen waarop zij in de toekomst zullen letten en door het gesprek niet tot de kern van hun problemen komen. Hier is te zien dat het muziektherapeutische gesprek dus niet alle belangrijke aspecten afdekt, de vraag is op het pure maken van muziek dit wel kan. De 25% die zeggen dat het muziektherapeutische gesprek niet bevorderlijk is voor de transfer, is ook ongeveer de aantal die ik zou geschat hebben vanuit mijn eigen ervaringen. Dit bevestigt mijn indruk, dat er wel cliënten zijn die moeite hebben met de transfer. Dit kan een aanwijzing zijn dat het gesprek voor hun transfer eerder hinderlijk dan bevorderend is. Later in het onderzoek zeggen drie cliënten (misschien dezelfde drie?), dat er momenten zijn in die zij geen nabespreking willen hebben. Twee ervaren geven als reden aan dat zij gewoon wilden laten werken wat er in de muziek gebeurde, zonder het gevoel met woorden kapot te maken. Een van de drie zei dat hij meer tijd ervoor nodig had om het beleefde te verwerken.

5. De casestudy

Inleiding

In dit laatste hoofdstuk is het de bedoeling dat ik u mijn onderzoek voorstel, de resultaten beschrijf en deze discuteer. Ten eerste ga ik beschrijven hoe ik mijn onderzoek heb opgezet, d.w.z. om welke type onderzoek het zich handelt en welke technieken ik heb gebruikt om tot mijn resultaten te komen. Daarna volgt een samenvattend hoofdstuk over de door mij bereikte resultaten. Het volgt de discussie, binnen die ik ook de resultaten in een schema plaats. Daarna bespreek ik de resultaten op een samenvattende manier en integreer de gediscuteerde resultaten in een nieuw werkmodel. Tot slot schets ik de positieve en negatieve punten van mijn onderzoek en geef aanbeveling voor vervolgonderzoek. Aan het eind van dit hoofdstuk vindt u de samenvatting van de hele scriptie.

5.1 Onderzoeksopzet

Het handelt zich om een verklarend onderzoek. Ik heb een verschijnsel in de praktijk kunnen observeren, dat ik door middel van theorie en verdere onderzoek wil onderbouwen. Het verklarend **onderzoekstype** wordt door Smeijsters (2009 b, p. 9) als volgt karakteriseert:

“Een theorie of rationale (therapeutische samenhang) ontwikkelen waarbij steekhoudend beargumenteerd (volgens het klinisch redeneerproces) en theoretisch onderbouwd wordt of en zo ja waarom de interventie op de problematiek van invloed is geweest”

Concreet betekent dit voor mij theoretisch te onderbouwen, waarom het weglaten van de verbale nabespreking bevorderlijk was voor de transfer van Rob. Ik heb meerdere verklaringshypothesen ontwikkeld, die ik met behulp van de afgenomen interviews en de bestudeerde literatuur wil toetsen. Als onderzoeker zoek je meestal zowel naar informatie die je beweringen kan ondersteunen (verifiëren), alsook naar informatie die je beweringen kan weerleggen (falsifiëren) (Baarda, 2005). Dit is ook hier de bedoeling, ik ga kritisch met mijn hypothetische verklaringsmoellen omgaan en zo een werkmodel ontwikkelen, dat zo veel als mogelijk gesteund wordt door gefundeerde theorieën en ervaringen.

Zoals de titel van dit hoofdstuk het al zegt, is dit een casestudy, preciezer gezegd een kwalitatieve casestudy. Een casestudy kies je volgens Baarda (2005) als je een persoon onder alledaagse omstandigheden en in zijn geheel wil onderzoeken. Het gaat daarbij meestal om complexe problemen, die in een context worden bestudeerd. Ook de samenhang tussen de verschillende onderzoeksverschijnselen worden onderzocht. Ik heb voor deze **onderzoeksmethode** gekozen, omdat het door mij waargenomen fenomeen een onderzoek vraagt dat vooral in de diepte gaat en niet uitgebreid is. Het fenomeen kan met deze onderzoeksmethode diepgaand onderzocht worden, zodat zo weinig als mogelijk aspecten blijven liggen die tot het verbeterde transfer van Rob hebben geleid. Volgens Baarda is een casestudy over een persoon vooral zinvol wanneer de persoon kenmerken heeft die typerend zijn voor een grotere groep van vergelijkbare personen. Omdat Rob typische kenmerken van een cliënt met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis vertoont, is hij de perfecte kandidaat voor deze casestudy. Aan de hand van deze casestudy kan ik het verloop van zijn behandeling zo levensecht als mogelijk beschrijven, zodat de lezer een volledige, diepgaande indruk van het therapeutische proces van Rob kan krijgen.

Binnen dit onderzoek ga ik uit gebrek aan tijd echter niet de hele echter methode toepassen. Dit heeft vooral als reden, dat de genoemde methode vaak meerdere jaren intensief werk vraagt en ik niet over voldoende tijd beschik. Ik kan wel technieken uit deze methode gebruiken en zo de karakteristiek van deze onderzoeksmethode bewaren. In de kwalitatieve casestudy is het vooral de bedoeling om een bepaald specifiek gegeven diepgaand te onderzoeken. In mijn geval is dit een persoon (Rob) en zijn reactie (verbeterde transfer) op een nieuwe werkwijze (muziektherapie zonder verbale reflectie). Om deze gegevens zo grondig als mogelijk te onderzoeken, maak ik vooral gebruik van de onderzoeksmethode “Grounded Theory”. De **Grounded Theory** - ook gefundeerde theoriebenadering genoemd - is een methode die afkomstig is uit de sociale wetenschappen. Het is een manier om kwalitatieve data te toetsen, te analyseren en te evalueren. Het doel van de Grounded Theory is een redelijk realistische theorie te ontwikkelen, zodat je van deze theorie gebruik kan maken in de praktijk. Het is de bedoeling dat het verschil tussen theorie en praktijk zo klein als mogelijk wordt. Ook hier moet ik weer zeggen, dat door gebrek aan tijd niet mogelijk is de volledige procedure toe te passen, ook hier maak ik alleen gebruik van technieken uit deze methode.

Een belangrijke techniek die ik heb toegepast is het coderen van tekstpassages. Via bepaalde coderingstechnieken (open, axiaal en selectief coderen) kon ik zo de belangrijkste begrippen voor dit onderzoek vaststellen en verbanden tussen hen leggen. Ik heb zowel de twee interviews, die ik heb afgenomen neergeschreven en gecodeerd, als ook mijn rapportages en notities die ik nog over Rob had. Door deze **data-analyse** ontstonden kleine minitheorieën, die samen met de door mij bestudeerde literatuur een nieuw werkmodel vormen. Dit werkmodel is zowel gegrond in ervaringen van vijf therapeuten in twee verschillende instellingen (Anne Behr, Gertrud Hopster en Franz Mecklenbeck uit het LVR Düsseldorf & Charles van Dommelen en ik uit het RCGGZ Weert), alsook in een theoretische achtergrond, die ik al in hoofdstuk 4 heb beschreven. Verder heb ik ook met een logboek gewerkt in die ik alle gedachten en hypothesen genoteerd heb, in de vakjargon van de Grounded Theory worden deze notities ook memo's genoemd. Door het maken van memo's wordt de reflectie over de hypothesen en de relaties tussen de begrippen bevorderd en eventuele patronen worden duidelijker. Dit bevordert weerom de analyse van de data. Tot slot heb ik de drie databronnen (de rapportages en de twee interviews) met elkaar vergeleken. Zo kon ik de belangrijkste categorieën vaststellen, met elkaar vergelijken en verbanden leggen. Deze procedure noemt in de vakjargon van de onderzoekers cross-analyse.

Bij de **dataverzameling** heb ik vooral naar respondenten gekeken, die al lang in de volwassenen psychiatrie werken (ten minste twee jaar) en ervaringen zowel op het gebied van de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis hebben, als ook met de verbale reflectie in de muziektherapie. Mijn eerste keuze was natuurlijk mijn stagebegeleider, Charles van Dommelen uit het RCGGZ Weert, dit vooral omdat hij over een grote beroepservaring beschikt, vaker cliënten met anti-sociale persoonlijkheidskenmerken in behandeling heeft en vooral omdat hij Rob kent en aan zijn therapeutisch proces maatgevend deel heeft genomen. Mijn tweede keuze was eerst Anne Behr, die in het LVR Düsseldorf werkte, dit vooral omdat zij het in hoofdstuk 4.7 beschrevene onderzoek heeft geleid. Maar ook omdat ik heb vermoed dat zij met cliënten als Rob verbaal een oplossing zou zoeken en ik benieuwd was naar haar mening over dit onderwerp. Toen ik haar contacteerde stelde zij voor om ook de andere twee muziektherapeuten uit deze instelling - Gertrud Hopster en Franz Mecklenbeck - mee in het interview te betrekken. Ik wist (tenminste van Franz Mecklenbeck) dat de verbale reflectie een groot deel van zijn sessies uitmaakt en hij eraan een grote waarde hecht. Beide therapeuten beschikken bovendien over een langdurige ervaring op dit gebied, zodat het voor mij alleen maar interessanter en meer gevarieerd zou kunnen worden, omdat dan vanuit twee verschillende invalshoeken op de problematiek werd gekeken.

De twee interviews waren halfgestructureerd, dat wil zeggen dat ik een lijst met korte zinnen en trefwoorden had, die ik heb gebruikt om de structuur van de interviews voorafgaand te bepalen. Echter heb ik vaak ook op dingen doorgevraagd die niet op deze lijst stonden, maar die ik voor belangrijk voor deze scriptie heb bevonden. De respondenten hebben de kans gehad om uitgebreide, open antwoorden te geven, die door mij met een microfoon werden opgenomen. Nadat ik de interviews als transcriptie heb uitgeschreven, hebben de respondenten de kans gehad om deze scriptie te lezen en goed te keuren (dit noemt in de vakjargon "member checking"). Pas daarna heb ik de interviews op de boven beschrevene manier codeert en analyseert. Door deze methode toe te passen, kon ik ook tijdens het afnemen van de interview zo diepgaand en gespecificeerd als mogelijk op de voor mij relevante aspecten ingaan. Zo kon voor mij een zo tevredenstellend als mogelijk resultaat bereikt worden.

Voor mij was vooral belangrijk dat deze scriptie een goede opbouw heeft en de lezer mijn redeneringen goed kan begrijpen. Dat zet vooruit dat er een logisch verband tussen de verschillende hoofdstukken bestaat. Een logische volgorde op te stellen, die trechtervormig op elkaar opgebouwd is, was mijn belangrijkste kwaliteitscriterium. Binnen een onderzoek zijn er bepaalde **kwaliteitscriteria**, die de zogenoemde betrouwbaarheid ("trustworthiness" genoemd) verhogen. Daarbij was het voor mij vooral van belang, dat geen informatie ontbreekt ("dependability"), lezers uit een andere context mijn scriptie ook kunnen snappen ("transferability") en dat de analyses door de respondenten worden herkent ("credibility"). Om zo goed als mogelijk aan deze kwaliteitscriteria te voldoen heb ik – in zoverre dat mogelijk was – verschillende technieken gebruikt. Daaronder valt het al genoemde "member checking" evenals het al door mij beschrevene maken van analytische memo's. Ik heb mijn best gedaan om de onderzoeksresultaten zo diepgaand en uitgebreid als mogelijk te beschrijven. Deze manier tot verbetering van de kwaliteit noemt in de vakjargon "thick description". Ik heb mij ook bemoeid de databronnen zo gevarieerd als mogelijk te houden, dus verschillende soorten data (rapportage, interviews, literatuur) uit verschillende achtergronden (Nederland – Duitsland, muziektherapie – neurowetenschappen, psychodynamisch georiënteerde muziektherapeuten – gedragstherapeutisch georiënteerde muziektherapeuten) te gebruiken om zo een gevarieerde mening over dit onderwerp te behalen (triangulatie³).

³ Een definitie van dit begrip vindt u in de begrippenlijst (bijlage 1).

5.2 Resultaten

In dit hoofdstuk is het de bedoeling dat ik de kerncategorieën - d.w.z. de resultaten van de data-analyse - beschrijf en in een overzichtelijk schema plaats. Ten eerste beschrijf ik het muziektherapeutische proces van Rob op een algemene manier, deze beschrijving uitleen ik vooral uit de data-analyse van zijn rapportages. Ik beschrijf de algemene ontwikkeling van Rob in de muziektherapie, zodat de lezer een eerste indruk ervan krijgt hoe de ontwikkeling van hem is verlopen. Daarna ga ik de resultaten, die ik via de interviews en de analyse van de rapportages heb behaald, beschrijven en in samenhang brengen.

5.2.1 Samenvatting muziektherapie met Charles van Dommelen

Rob werd aangemeld op eigen verzoek vanuit zijn hulpvraag agressie te leren hanteren en driften te leren onderdrukken. Contact bestond van januari tot september 2008 uit wekelijkse individuele sessies, daarna kreeg Rob werk bij de wegebouw en maakte volgens hem zulke lange dagen dat hij alleen op vrije dagen nog kon. Met Charles van Dommelen werd er vooral gewerkt aan spanningsreductie (stoom afblazen), het opbouwen van contact en het winnen van vertrouwen. Dit lukte vrij goed, de spanning en explosiviteit nam af, daarbij gaf hij zelf vaker aan het jammer te vinden dat hij vanwege financiële problemen niet meer kon sporten. Rob externaliseerde vaak zijn problemen, "ze" moeten mij niet dit of dat doen, daarnaast echter ontstond er langzamerhand meer openheid en kwam er plaats voor andere emoties, waarbij vooral het oprechte gemis aan contact met zijn kinderen naar de voorgrond kwam. In veel situaties die hem op basis van zijn persoonlijkheid te boven gaan voelt hij zich vooral machteloos. Spanning en frustraties hieromtrent worden lange tijd ingeslikt, zodat dit tot situaties leidt die op den duur de bom laten barsten. In het doorwerken van deze problematiek bleek, dat het met eenvoudige middelen mogelijk was om de spanning op een acceptabele manier af te reageren. Echter heeft de benadering, gericht op het ontwikkelen van andere copingstrategieën m.b.t. frustratie en teleurstellingen, lange tijd weinig opgeleverd. Concluderend kan gezegd worden, dat Rob tot het ontwikkelen van andere coping weinig leerbaar is. Hij zal, mede gezien zijn persoonlijkheid, tegen situaties aan blijven lopen die spanning blijven verhogen. De kans op herhaling van explosiviteit is groot wanneer er geen ruimte geboden wordt om "stoom af te blazen". Muziektherapie werkt m.b.t. tot deze doelstelling goed, op termijn lijkt ingaan op zijn motivatie voor sport en fitness een prima alternatief. In januari 2009 schrijft Charles aan de hoofdbehandelaar van Rob: "De vraag speelt hoe lang muziektherapie voor hem nodig is. Welnu, zoals ik al eerder stelde denk ik dat hij niet echt leerbaar meer is. Wat er in de muziektherapie wel gebeurd is dat hij middels slagwerksgesprekken flink spanning kan afreageren. Na een dergelijk "slagveld" is het vaker wel mogelijk dat hij in de muziek contact kon krijgen met zijn gevoeligheden, zijn hartzeer en het feit dat hij zich begrepen en geaccepteerd wil voelen. Iets wat hij in zijn eigen milieu te vaak moet missen. Gelegenheid om spanning af te kunnen reageren acht ik essentieel voor zijn situatie."

5.2.2 Samenvatting muziektherapie met mij / eigene observatie

Ik heb Rob leren kennen als een explosieve, "stoere" kerel die duidelijk laat zien wat die over de wereld en de maatschappij denkt. Ik was vooral onder de indruk van zijn impulsiviteit en zijn explosieve manier van handelen. De eerste keer dat ik hem heb gezien, was hij extreem explosief gespannen. Hij had een aantal maanden geleden iemand met een mes bedreigd en moest daarvoor voor de reclassering verschijnen. Daar was hij enorm gespannen over en dat liet hij ook zien. Zodra hij erover vertelde schoten zijn ogen zodanig vuur, dat ik op een gegeven moment echt bang was voor hem, zeker omdat ik hem nog niet kende. Rob reageert op spanning vaak dubbel: Hij blijft enerzijds stoer en lapidair, anderzijds is hij toch steeds in een gespannen en defensief-dreigende houding.

Deze houding maakt het moeilijk om met hem over diepgaande problemen te praten, hij weert dit dan vaak af en externaliseert zijn problemen. Hij kan wel zijn frustratie en vooral zijn emoties omtrent agressie en boosheid goed in de muziek kwijt, echter blijft zoals het Charles van Dommelen in de rapportages van Rob schrijft "de persoon achter de boosheid verborgen". Rob was een meester in het ontkennen van zijn gevoelens en het schoon praten van moeilijke situaties. Ik heb bijvoorbeeld meegemaakt hoe Rob zijn werk heeft verloren. Het uitzendbureau had tegen hem gezegd dat hij niet in de groep paste (hij werkte toen in de wegebouw), terwijl zij hem op het werk hebben gezegd dat er te weinig werk was. Zijn werkgever had dus tegen hem gelogen en de reden voor zijn ontzeg was hijzelf, c.q. zijn persoonlijkheid. Bovendien was het werk belangrijk voor hem, omdat hij anders immense financiële problemen zou krijgen. Alle deze feiten heeft hij perfect ontkend, meer nog: Hij speelde zichzelf voor, dat werkeloos zijn helemaal geen probleem voor hem was (Citaat: "Dat is toch geweldig dat ik nu meer tijd heb om te internetten, te gamen en films te kijken"). Tegelijkertijd zegt hij dat het hem frustreert om zonder werk te zitten en hij laat deze frustratie ook in het medium zien.

Een echter reflectie over dit "denkschema" van hem is echter niet mogelijk, omdat hij vanuit zijn stoere houding elke verzoek afblokt. Zo was ik met hem vooral veel in het medium bezig, eerst met Charles, die vooral de onderliggende gevoelens van zijn frustratie probeerde in het medium te halen en vervolgens bespreekbaar te maken, en vanaf begin februari 2009 ook alleen.

Toen heb ik eigenlijk voor drie sessies op dezelfde manier als Charles gewerkt, waarbij bij mij natuurlijk ook nog het opbouwen van een therapeutische relatie van belang was. Opvallend was hoe hij altijd probeerde als "stoere kerel die alles aankan" over te komen, daarbij ging hij in de muziek regelmatig nog over zijn eigene grenzen. Hij probeerde dan op zoveel trommels als mogelijk te spelen en kwam zo uit het ritme. Mijn taak was dan om hem te structuur te bieden en op hem in te spelen. Daarna heb ik met hem aan zijn frustratietolerantie gewerkt, daarvoor wilde ik hem met de frustratie van een leerproces confronteren. Hij wilde al sinds hij een kind was leren drummen en dit heb ik als insteek genomen om hem tot deze nieuwe werkvorm (die ik al in hoofdstuk 3.4 heb beschreven) aan de slag te gaan. Mijn eigenlijke doelstelling van deze werkvorm was dat Rob lichamelijke signalen van frustratie of spanning herkent die optreden voordat hij daadwerkelijk gefrustreerd is. Echter is dit niet gelukt bij hem, omdat de spanning bij hem zo explosief optreedt dat hij geen voorafgaande lichamelijke signalen kon bepalen. Voor mij was dit ook nauwelijks mogelijk, ik heb wel bij hem gezien dat hij wat waterige ogen krijgt als hij tegen spanning aanloopt, maar de echte omvang van zijn agressie kon je pas aan hem zien toen de drumactiviteit gedaan was. Toch ben ik met hem doorgegaan, omdat hij via het leren drummen zijn eigen grenzen goed tegen kwam en het zo mogelijk was met dit onderwerp bezig te zijn. Echter ook weer op een non-reflectieve, meer trainingsgerichte manier. Ondanks deze werkvorm goed werkte bij hem, wilde ik hem ook de kans geven om de beleefde frustratie te kunnen uiten via de gewone weg van spanningsreductie op ritme-instrumenten. Daarbij ontstonden heel dynamische, interessante en diepgaande muzikale spellen, op dit in nog later in het volgende hoofdstuk explicieter in wil ingaan.

Naast het vergroten van zijn frustratietolerantie en de spanningsreductie zijn wij ook met de onderwerpen structuur, grenzen en het maken van contact bezig geweest. Ook bij het bezig zijn met deze onderwerpen hebben wij niet over het beleefde reflecteert. Dit vooral omdat ik eerder met een reflectief gesprek geen succes bij hem heb gehad, maar ook omdat zijn ontslag steeds dichterbij kwam. En toch merkte ik bij hem dat hij zich veranderde, ook in zijn dagelijks leven. Hij vond het weer leuk om buiten te zijn, deed meer dingen thuis, was opener in contact en vond het zelfs leuk om zijn taakstraf - 80 werkuren in een zorgboerderij - af te boeten. Hij liet ook een eerste keer echte spijt voor zijn daden zien, zonder terug in zich "stoer gedrag" te vallen. Deze situatie beschrijf ik uitgebreider in het verloop van deze scriptie. Uiteindelijk is hij gestopt met de muziektherapie omdat hij via financiële steun van de gemeente kon gaan sporten en zo zijn spanning kwijt kon raken. Zijn therapie werd door zijn hoofdbehandelaar naar tevredenheid afgesloten. Ongeveer negen maanden later heeft Charles hem nog een keer toevallig in het RCGGZ gezien, het ging nog steeds goed met hem en hij had uiteindelijk werk gevonden waar zij tevreden waren met hem.

5.2.3 Beschrijving van de kerncategorieën

In deze korte paragraaf ga ik de kerncategorieën die zich tijdens het afnemen van de interviews, maar ook al tijdens het analyseren van de rapportages hebben kristalliseerd, beschrijven. Deze beschrijvingen zijn vrij beknopt, omdat ik geen dingen vooruit wil nemen, die ik al in het volgende hoofdstuk beschrijf. In dit paragraaf vindt u dus de compacte beschrijving van de resultaten, voor een meer uitgebreide kijk op de kerncategorieën verwijst ik u naar het volgende hoofdstuk 5.3.

Het bleek snel dat de kerncategorieën van deze scriptie deels gelijk waren aan de persoonlijke thema's van Rob. Zo was bijvoorbeeld "structuur" een persoonlijk onderwerp, dat heel centraal stond. Structuur ervaren en zichzelf kunnen structureren was een essentieel onderwerp voor Rob en vormde de basis voor zijn verdere proces. Aan het begin stond dus de structuur. Deze heeft indirect invloed gehad op het persoonlijk thema "grenzen". Rob had enorme moeite met zijn eigen grenzen en de grenzen van anderen. Ook bij dit onderwerp speelden mijn muzikale interventies een cruciale rol. Evenzo bij het andere belangrijke thema van Rob, "emoties". Het feit dat hij zijn emoties niet kon controleren heeft een grote impact op de problematiek van Rob gehad. In de muziek kon hij een manier ontdekken met die hijzelf tevreden was en die door anderen werd accepteert. In het algemeen was het accepteren van Rob als persoon van groot belang voor zijn transfer. Een andere kerncategorie die belangrijk was voor de transfer van Rob is de "Present Moment", die meestal met het beleven van een flow ineenging. Deze vijf kerncategorieën hebben een duidelijke samenhang, die ik – omdat ik geen dingen dubbel wil vertellen – ook in het volgende hoofdstuk, de discussie uitgebreid ga beschrijven.

5.3 Discussie

In dit hoofdstuk ga ik aan de hand van het proces van Rob mijn minitheorieën en verklaringsmodellen voorstellen en theoretisch onderbouwen. Eerst zal ik de belangrijkste persoonlijke thema's en hun ontwikkeling tijdens het therapeutische proces van Rob chronologisch beschrijven. Daarna volgt een apart paragraaf over het therapeutische aspect "Present Moment", welk een grote invloed op de transfer van Rob heeft gemaakt. Daarna volgt in een apart paragraaf mijn samenvattende bespreking.

5.3.1 Structuur

Het eerste persoonlijke thema dat bij Rob aan de orde is geweest tijdens zijn muziektherapeutische proces, was zijn gebrek aan structuur. Hij had een gebrek aan innerlijke structuur, d.w.z. zijn gevoelswereld was een ongestructureerd chaos dat hij niet te kon intomen, hij reageerde vooral impulsief en instinctief. En dat kon ook zijn buitenwereld waarnemen, Rob plande bijna nooit dingen vooruit en gold bij zijn werkgevers als onbetrouwbaar. Dit heeft zich ook in de muziektherapie geuit, waar hij wel eens vaker zijn afspraak heeft vergeten en later of helemaal niet meer voor de behandeling verscheen. Dit onvermogen tot structuur heeft zich ook duidelijk in de muziek geuit. In de eerste sessie van de muziektherapie viel op dat Rob moeilijk structuur kon behouden en hij de controle over zijn spel snel kwijt raakte. Dat leidde ertoe dat hij weerom moeilijk vorm kon geven aan zijn spel en daarmee ook aan zijn persoonlijke muziek en uitdrukkingskracht. Hij wilde zich via de muziek uiten en meedelen, maar door zijn gebrek aan structuur was het hem niet mogelijk op een niet-chaotische manier aan het spel deel te nemen.

Zo ontstond een muzikaal chaos, een situatie die niet tevredenstellend voor een cliënt is (ten minste als hij het chaos niet zelf gepland heeft). Rob reageerde op dit chaos gespannen en gefrustreerd, iets wat ik aan hem kon zien (hij was lichamelijk gespannen en in zijn gezicht was ontevredenheid te zien), maar ook in de overdracht kon voelen. Deze ontevredenheid wilde hij weerom in de muziek uiten, maar uit gebrek aan structuur kwam hij niet ertoe dit op een bevredigende manier te doen: Een vicieuze cirkel. Echter is hij te trots en "stoer" om hulp te vragen of toe te geven dat dit spanning voor hem oplevert. Rob zit in een dilemma: Enerzijds wil hij vanuit zijn houding niet geleid worden door iemand anders, echter kan hijzelf niet genoeg structuur opbrengen om zelf de dingen in de hand te nemen. Dit is niet alleen in de muziek zo, ook in zijn dagelijks leven zit hij tussen deze twee tegenpolen. Hij wil zijn eigen leven leven, maar kan zich moeilijk motiveren echt dingen door te zetten en af te ronden. Het moeilijke voor de therapeuten erbij is dat Rob geen hulp vraagt en aangeboden hulp niet aanneemt, puur omdat zijn algemene houding en mening over mannen (die altijd sterk moeten zijn en geen hulp mogen vragen) dat niet wil. Maar hier kijkt de muziek om de hoek. Maar voordat ik erop inga welke invloed de muziek op dit persoonlijke thema van Rob heeft gehad, zal ik eerst een voorbeeld van een situatie met Rob geven die zijn omgaan met structuur goed karakteriseert.

Voorbeeld 1:

Ik speel met Rob samen op een grote trommel. Rob is begonnen met spelen en geeft dus het tempo van de improvisatie aan. Hij heeft moeite met het houden van de ritme en vindt het moeilijk zijn spel qua dynamiek constant te houden. Onverwacht geeft hij harde klappen op de trommel die mij negatief prikkelen. Door hem verbaal aan te wijzen op het metrum van de muziek te letten gaat het iets beter. Ik wijs hem aan om nu de dynamiek van zijn spel te versterken. Hij zal steeds luider en luider worden tot dat het niet meer gaat en dan op dit niveau blijven. Op een gegeven moment zal hij weer zachter worden. Rob signaleert mij dat hij het heeft gesnapt. Hij kent inmiddels de procedure, deze werkvorm hebben wij al vaker gedaan. Hij weet dat hij in de muziek zijn energie en agressie kan uiten en dat ik hem in de muziek ga volgen en in zijn spel zal ondersteunen. Van een duidelijke dynamische opbouw is echter geen spraak. Rob gaat rechtstreeks tot het maximum aan volumen en blijft er. Ik ga, zoals altijd, met hem mee. Hij probeert zijn spel te versnellen, ook daar laat zich bijna geen opbouw herkennen. De oude metal-wijsheid "hoe sneller hoe beter" manifesteert zich vaak in zijn spel. Hij speelt duidelijk te snel, zodat hij zich verhaspelt en zijn motoriek niet meer kan volgen. In plaats van weer langzamerhand te vertragen is hij op eens weer op de snelheid van het begin. Rob probeert zijn spel te variëren, maar ook hier wil hij steeds te veel en loopt tegen zijn vaardigheden aan. Hij stopt het spel verrassend en zonder met mij rekening te houden.

Muziek maken is frustrerend voor mensen met een gebrek aan structuur, want: Voor het samen maken van muziek heb je structuur nodig, anders krijg je chaos en dat is voor beide medespelers meestal vervelend. Behalve als iemand expliciet voor chaos kiest, maar expliciet ervoor kiezen is ook een element van structuur. Het is niet mogelijk voor Rob zijn spel constant te houden en vooruit te plannen. Als hij het spel verandert gebeurt dit op een abrupte manier, die ik als medespeler niet vooruit kan zien en die moeilijk te volgen is. Rob reageert, zowel in de muziek alsook in zijn dagelijkse leven, vanuit innerlijke impulsen die hij niet via zijn denken kan controleren. Hij reageert regelrecht instinctief. Om tot structuur te komen zou hij deze impulsen moeten kunnen controleren. Het ligt voor de hand dat de insteek bij Rob bij het ervaren van gestructureerd worden, maar vooral bij het ervaren van zelf structureren ligt.

Via de muziek kan dit op een manier die vanuit het kernzelf (zie hoofdstuk 4.3) inwerkt op het handelen van Rob. Een verandering van het autobiografische zelf, dat volgens Damasio ook de persoonlijke identiteit bepaald, lukt niet door taal en cognitie te gebruiken, allebei bestanddelen uit het uitgebreide bewustzijn van het autobiografische zelf: Alleen het kernzelf kan processen van het autobiografische zelf beïnvloeden. Rob zit in een vastgeroest patroon dat niet alleen verankerd is in cognitieve schema's. Dus zijn de patronen ook maar ten dele te veranderen door veranderingen in het denken. Emotionele schema's echter zijn volgens Damasio (2005) en Smeijsters (2008 a) vast verankert in onze "hardware". Voordat je dus cognitief weet wat een situatie betekend, heb je al emotioneel beoordeeld. Dit oordeel uit zich in een achtergrondgevoel en dit bepaald in het moment je beleving. Voordat Rob dus cognitief doorhad dat hij ongestructureerd speelde deed zich al een achtergrondgevoel op, in dit geval een achtergrondgevoel dat negatief gekleurd was. Door Rob te laten beleven dat het ervaren en gebruiken van structuur als middel binnen de muziek een positief effect op zijn achtergrondgevoelens had, werd zijn emotieschema doorbroken en opnieuw in zijn hardware verankert. Hij kon ervaren dat structuur zijn frustratie en impulsiviteit remt, maar ook een ruimte creëert, binnen die hij zijn frustraties kan uiten. Om dit de ervaren en zichzelf binnen de muziek aan te leren is geen verbale reflectie nodig, want zo goed je in de muziek het chaos hoort, zo goed hoor je ook als je structuur toepast.

Deze stelling werd door alle door mij interviewde muziektherapeuten bevestigd. Er moet altijd rekening gehouden worden in welke mate de therapeut de cliënt moet structureren⁴. In het geval van Rob moest ik duidelijk structurerend interveniëren, maar er zijn ook cliënten die juist heel veel controlebehoefte hebben en structuur los moeten laten. Doorgaans begin je met de situatie die de cliënt het meeste gewend is, bij Rob was dat "gestructureerd worden". Daarna werk als therapeut steeds meer naar moeilijkere situaties toe, waarbij je natuurlijk goed rekening moet houden met de vaardigheden van de cliënt, zodat hij een proces maakt die hij ook aan kan. Voor Rob zou dat betekenen dat wij naar een situatie toegewerkt hebben, waarin hij volledig vanuit zichzelf en los van anderen, structuur aan kan brengen. Volgens Anne Behr kan een structureringsproces alleen in de muziek plaatsvinden, maar spiegelt ook het gehele therapeutische proces. Ook Gertrud Hopster ziet het als een wisselwerking, maar zegt ook dat het uitproberen van nieuwe dingen in de muziek minder lastig is dan in het dagelijkse leven. Charles van Dommelen zegt dat het aanleren van structuur gemakkelijker via de muziek gaat dan op een verbale manier. De ervaringen die de cliënt in de muziek met structuur maakt, hebben een sterkere invloed op de cognitie van de cliënt, dan een rationele aanpak.

Bij Rob heeft zich het chaos vooral in het niet behouden van het metrum geuit. Iedereen die eens met muziek bezig is geweest kan bevestigen dat de basis van een harmonisch stuk op een gezamenlijk metrum baseert. Het metrum is het element dat de rest van de muziek structureert. Het is dus ook het element waar de meeste cliënten met een gebrek aan structuur moeite mee hebben. Bij Rob was dit duidelijk te zien, wanneer je met hem bezig was in een ritmische improvisatie. Maar door hem dit in een langdurig proces te laten ervaren, kon hij dat uiteindelijk in zijn hardware verankeren. Hoewel een verbaal coaching daarbij een hulp was (dat wil zeggen dat ik hem concrete tips en aanwijzingen tijdens het spelen geef), waren mijn belangrijkste interventies muzikaal. Dat wil zeggen dat ik vooral Bruscia-technieken zoals

- *pacing* (aanpassen aan het energieniveau van de cliënt)
- *rythmic grounding* (een basale ritmische beat spelen om de cliënt te "gronden", d.w.z. dat hij het metrum kan houden) en
- *shaping* (de cliënt bij het vormgeven helpen, door hem terugkerende muzikale ruimte te geven binnen die hij muzikaal kan ageren)

heb gebruikt. Door hem zo te laten ervaren wat belangrijke elementen van structuur zijn - namelijk een stabiel metrum, een duidelijke vorm en een aangepast energieniveau - leerde hij deze elementen ook zelf te gebruiken en zo zijn eigen manier van structuur toe te passen.

⁴ Vergelijk ook König (2007) in hoofdstuk 4.1

Deze was verschillend van de manier hoe ik persoonlijk binnen de muziek structuur toepas, maar zij was duidelijk gestructureerd, zodat wij beide op een voor ons tevredenstellende manier samen muziek konden maken. En door deze ervaring kon Rob aan het einde van zijn therapie ook de transfer naar buiten maken. Hij deed meer dingen thuis en bemoeide zich meer met dingen waar hij structuur aan moest brengen, bijvoorbeeld het invullen van belangrijke papieren of het zoeken van een baan. Hij was zelfs zo gestructureerd, dat hij uiteindelijk een baan heeft gevonden en nog belangrijker: Deze ook heeft kunnen houden. Een belangrijke reden voor zijn algemene frustratie was zo uitgeschakeld.

5.3.2 Grenzen

Grenzen waren bij Rob op verschillende manieren een belangrijk onderwerp. Hij was aangemeld omdat hij over een grens is gegaan, namelijk de maatschappelijk-sociale grens dat je niemand voor een vrij marginale reden bedreigt. Deze grens is zelfs in de wet verankerd. Algemeen ging Rob wel eens regelmatig over grenzen van anderen: Hij was regelmatig bij vechtpartijen betrokken, ignoreerde de algemene maatschappelijke norm en naam in de verbale omgang met anderen geen blad voor de mond. Kortom: De grenzen van anderen boeiden Rob nauwelijks. Maar ook zijn eigen grenzen waren steeds een onderwerp bij hem. Hij rechtvaardigde zijn daden steeds ermee, dat over zijn grens werd gegaan. “Ja, maar zij mogen niet dit of dat doen” was een zin die je soms meerdere keer per sessie van hem hoorde. “Ik ben eigenlijk een vreedzame persoon” zei hij vaak “maar mijn (hier mag je diverse begrippen inzetten, bijvoorbeeld muziek, huis, familie, uiterlijk, eigendom etc.) zijn mij heilig. Daar mag niemand aankomen”. In principe is er niets tegen te zeggen dat je je eigen grenzen hebt, maar je moet deze ook kunnen herkennen en aan kunnen geven. En dat kon Rob juist niet. Hij kon zowel niet aanvoelen als er iemand over zijn grens ging (diegene was er ineens over en dan reageerde Rob agressief), maar kon ook de grenzen van de andere niet aanvoelen en stapte er regelmatig over.

Dit uit zich ook in het voorbeeld uit paragraaf 5.2.1. In dit voorbeeld komt zowel Rob's onvermogen tot structurering alsook zijn omgang met grenzen goed naar voren. Erin wordt duidelijk hoe Rob ook in de muziek enerzijds over zijn eigen grenzen en vaardigheden gaat, maar ook met mijn grenzen weinig rekening houdt. Hiermee bedoel ik niet mijn grenzen van muzikale tolerantie (qua het maximale volumen bijvoorbeeld), maar mijn muzikale ruimte. Tijdens het spelen houdt hij geen rekening met mij, hoe ik bijvoorbeeld reageer en wat mijn rol bij het samenspel is. Hij leeft tijdens het spelen in zijn eigen wereldje, waar wel aan hem duidelijk te zien en vooral te horen is dat hij tegen frustratie oploopt, zichzelf dit echter cognitief niet waarneemt. Dit spel vond hij, hoewel te zien was dat hij tijdens het spelen erg gespannen was, “leuk en gezellig”. Een verbale insteek op dit onderwerp lukte niet.

Ook wat het onderwerp “grenzen” betreft reageerde Rob vooral vanuit zijn intuïtie. In de muziek kon ik op een manier op deze intuïtieve uitingen ingaan die een direct effect op het handelen van Rob was. In kon in de muziek zowel op de intuïtieve uitingen van hem ingaan (door bijvoorbeeld hem te stimuleren nog sneller te spelen), maar ik kon deze ook remmen (door bijvoorbeeld niet van tempo te veranderen en zo duidelijk te maken dat ik niet wil dat Rob mijn muzikaal spel op deze manier veranderd). Wat ik ook deed, het waren in ieder geval onvoorspelbare situaties voor hem, op die hij weerom moest reageren. Omdat hij binnen de muziek met nieuwe ongewone handelingen geconfronteerd werd, werd hij ook tot ongewone handelingen uitgenodigd. De nieuwe handelingspatronen die hij zo ontdekte, hebben tot gevolg gehad dat de patronen van je achtergrondgevoelens veranderden (Smeijsters, 2008 a) en zich zo weer in de hardware (het kernzelf) van Rob hebben verankerd. Dat heeft ook het voordeel gehad dat ik Rob geen aanwijzingen moest geven hoe hij dingen moest doen, maar dat hij zelf ontdekt hoe het anders kan en wat de positieve effecten ervan zijn. Charles van Dommelen, die al lang bezig met dit onderwerp bij Rob was, zei dat Rob in muziek zijn grenzen beter kon hanteren, maar tegelijkertijd liep hij ook tegen zijn grenzen aan. En juist door tegen deze grenzen aan te zitten leerde hij gemakkelijker met grenzen om te gaan en deze te hanteren.

Muziek is een uitstekend goede middel om zich met grenzen bezig te houden. Via trainingsgerichte werkvormen en opdrachten was het bij Rob mogelijk zich wel met dit onderwerp bezig te houden en uiteindelijk ook de transfer van het geleerde naar zijn dagelijkse leven te maken. Een insteek ervoor waren zogenoemde leider-volger werkvormen. Wij spelde allebei weer op een grote trommel, waarbij iemand de rol van de leider en iemand de rol van de volger heeft ingenomen. Bij het eerste rondje was ik altijd te leider, daarvoor heb ik expliciet gekozen om Rob een voorbeeld te geven, dat structuur je de ruimte geeft om je emoties beter “on the point” neer te zetten en hoe je rekening kan houden met je eigen grenzen en die van de andere. Het onderwerp grenzen hebben wij volledig binnen de muziek afgehandeld.

Mijn interventies hadden dus ook expliciet met het thema grenzen te maken, bijkomend tot de al in paragraaf 5.2.1 beschrevene Bruscia-technieken, heb ik vooral

- *sharing instruments* (het instrument met de cliënt delen, zo ben je lichamelijk dicht bij de cliënt en je voelt elkaars trillingen op de trommel)
- *incorporating* (een muzikaal motief van de cliënt overnemen en als uitgangspunt van de eigene improvisatie gebruiken)
- *modelling* (iets aan de cliënt presenteren [bijv. een ritmisch motief] dat hem uitnodigt tot herhalen of overnemen)
- *making spaces* (de cliënt ruimte bieden om bij mijn eigene improvisatie inbreng te tonen)
- *differentiating* (iets spelen wat gescheiden en onafhankelijk van het spel van de cliënt is en zo met opzet ruimte van de cliënt nemen)

gebruikt. Door Rob te laten ervaren hoe hij het kan voorkomen om over een grens van iemand te gaan, kon hij grenzen beter hanteren. Niet alleen de grenzen van anderen, maar ook zijn eigen grenzen hebben zich met de tijd verzet: Hij kon tegen meer dingen aan. Vooral aan het einde van de therapie kon hij beter tegen grenzen aanlopen en grenzen van mij aftasten. En dit heeft zich ook positief op het gedrag van Rob neergeslagen, dat kan zowel ik, als ook Charles van Dommelen bevestigen.

5.3.3 Acceptatie

Rob zat, toen hij in de therapie kwam en ook tijdens zijn therapeutische proces in een situatie, waarin hij door iedereen in zijn leven werd uitgekotst. En dat hing allemaal min of meer samen met zijn persoonlijkheid, in die zijn ongeremd-agressieve manier van handelen vast verankert was: Hij had zijn vrouw geslagen “omdat zij hem had uitgedaagd” en mocht als vervolg ervan zijn kinderen niet meer zien. Hij botste met zijn persoonlijkheid regelmatig aan bij zowel vreemde alsook bekende mensen, met als gevolg dat hij bijna geen vrienden meer had. Het meest recente event was dat hij werd ontslaan door zijn werkgever omdat hij een collega met een mes had bedreigd. Kortom: Een hoop verliezen die allemaal met zijn agressiviteit en zijn persoonlijkheid te maken hadden. Rob voelde zich door de maatschappij niet geaccepteerd en dat liet hij ook meerdere keer aan Charles en mij weten, door zijn ontstemming over de politiek, de gemeente, verschillende bevolkingsgroepen etc. te uiten, wat soms in regelrechte haattirades eindigde. Zijn opbruisende lichaamstaal en communicatievormen maakten ook snel duidelijk dat zijn impulsief-agressieve manier bij zijn medemensen gevoelens van afkeer heeft ervoor geroepen. Als hij in zo een verbale “roes” kwam, kon je ook als iemand die hem kent, snel de neiging hebben om over eventuele vluchtplannen na te denken. Ook in de muziek konden zijn gedragingen gevoelens van afkeer en negatieve prikkeling uitlokken. Bij mij was dat alvast zo. Ik zal even een kort voorbeeld beschrijven om dit duidelijk te maken, het betreft de eerste keer die ik Rob gezien:

Voorbeeld 2:

Rob was op deze dag explosief gespannen. Hij was opgeroepen om voor de reclassering te verschijnen in verband met het feit dat hij een aantal maanden geleden iemand met een mes bedreigd had. Toen dit onderwerp in het gesprek aan bod kwam schoten zijn ogen vuur. Ik kan mij nog precies aan deze blik herinneren, omdat hij daarmee echt het bloed in mijn aderen tot stolden had gebracht. Ik dacht: “Oké, straks gaat die uit zijn bol en dan moet ik op de rode knop voor de veiligheidsdienst duwen”. Maar Charles heeft hem direct opgevorderd zijn gevoel in de muziek uitdrukking te geven en dat heeft hij ook gedaan. Maar ook daar werd bij mij het gevoel van afkeer niet minder, zijn spel was zo energierijk en agressief dat het mij echt irriteerde, hoewel ik zelf geen probleem ermee heb agressief en luid te spelen. Nadat de muziek gedaan was, gingen wij weer zitten, het leek alsof Rob zich kon ventileren, qua lichaamstaal was hij in ieder geval rustiger.

Aan dit voorbeeld is duidelijk te zien dat ik mij niet bijster veilig voelde in het contact met Rob en ik was op dit moment blij dat Charles er nog was. Hoewel ik wist dat het wenselijk was dat ik zijn agressiviteit in de muziek niet remde, voelde ik mij toch door hem geïntimideerd. Maar het was ook mijn eerst week op deze stageplek en mijn ervaring met agressie in de therapie waren klein. Maar vrij snel leerde ik: Agressie binnen de therapie is minder gevaarlijk dan agressie in het dagelijkse leven, omdat de therapeut van de cliënt wil dat hij alles tegen hem zegt. En daarmee geeft hij hem ook de toestemming alle emoties, incl. agressie en woede te uiten, in zoverre deze agressie zich niet direct richt op andere mensen (inclusieve de therapeut zelf) of de omgeving (bijvoorbeeld instrumenten, de muren van het muzieklokaal etc.).

Ik heb zowel in de literatuur, alsook bij de respondenten die ik geïnterviewd heb aanwijzingen ervoor gevonden, dat vooral het accepteren van Rob met alle zijn gedragingen en manco's bevorderlijk was voor het transfer en daarmee ook het therapeutische proces van Rob.

König (2007) zegt dat voor cliënten het ervaren van een therapeut, die hem probeert te snappen al een positieve ervaring is, die de basis vormt voor een goed functionerende therapeutische relatie. Deze ervaring, dat iemand probeert hem te verstaan, vermijdt dat de cliënt zich benard voelt en interventies van de therapeut afblokt. Bij Rob was dat ook goed te observeren: Pas in een later stadium van de therapie heeft hij ook andere gevoelens geuit, dan diegene die aan zijn “stoere-mannen-houding” voldeden. Dat was bij Charles zo, maar ook later bij mij was dit ook duidelijk zichtbaar. Gevoelens die onderliggend waren aan zijn woede en agressie kon je eerst exploreren als Rob je volledig vertrouwde. Daar liet hij dan ook een kwetsbare kant van zichzelf zien. “Maar als wij ermee begonnen waren dan was hij gillend weggelopen” zei Charles tegen mij in het interview. Maar hoe bereik je dat vertrouwen bij Rob? “Door acceptatie” zegt Charles verder “Door hem te laten merken dat ik achter hem stond. Het relationele aspect was bij hem heel erg belangrijk. Het accepteren van hem als persoon was cruciaal.” En ik heb de ervaring gemaakt dat je in de muziek heel snel duidelijk kan maken, dat je iemand als volledige persoon accepteert. “In de muziek kan je heel snel iets delen wat je samen had. Het is een belangrijk hulpmiddel⁵” Meer over het persoonlijke thema “iets samen delen in de muziek” vindt u in de paragraaf 5.2.5.

In de afgelopen jaren speelde vooral de cognitieve gedragstherapie een grote rol in de psychiatrie. Dit is afgelopen jaren echter weer veranderd. Nu is langzamerhand te merken dat de zogenoemde schema-focused therapy een steeds grotere plek krijgt in de psychiatrische behandeling. Deze richt zich niet alleen op het cognitieve aspect, maar is een aanvulling van de cognitief-gedragstherapeutische benadering die ook de aspecten gedrag en emoties in het concept in betreft. “Men probeert disfunctionele gedachten te veranderen, emoties te verwerken en onaangepast gedrag te doorbreken. Met name in de therapie voor persoonlijkheidsstoornissen blijkt meer nodig te zijn dan alleen inspelen op cognities.” (Smeijsters, 2008 a, p. 217). Deze schema-focused therapy is een verbale aanpak op de problematiek van de persoonlijkheidsstoornissen.

Maar in een artikel in de “Tijdschrift voor Psychotherapie” zeggen Bernstein, Arntz & de Vos (in Smeijsters, 2010, p. 6): “Bij cliënten met beperkte verbale vaardigheden zijn vaktherapieën een nuttige aanvulling op of zelfs een alternatief voor schema-focused therapy”. In hun al zeven jaar eerder verschenen boek over persoonlijkheidsstoornissen en schemagerichte cognitieve therapie stelden Arntz & Bögels (in Smeijsters, 2010, p. 6) al vast: “Een aantal cliënten is verbaal moeilijk toegankelijk. Hiervoor zijn gedrags- en experimentele technieken nodig die zich richten op een breed gebied van de persoon”. Rob was duidelijk een cliënt die verbaal moeilijk toegankelijk was, daarin stemt mij Charles van Dommelen toe en ik denk ook u, de lezer, kan zich in deze stelling vinden als hij mijn beschrijvingen over Rob heeft gelezen. Anne Behr, die ik in de Rheinische Kliniken te Düsseldorf heb interviewt, kan van een soortgelijke situatie berichten: Zij werkt op een afdeling, waar cliënten met een dubbele diagnose zijn, d.w.z. een verslavingsproblematiek en erbij komend nog een psychose of een persoonlijkheidsstoornis. Er waren ook cliënten met een lage intelligentie, die deels ook agressief waren, “op soortgelijke wijze als jij dat in je casus hebt beschreven”. Zij waren ook niet in staat te reflecteren zoals je dat gewend was. Voor die cliënten was het dan volgens Anne belangrijk dat de affecten van hun uitgebeeld worden en juist het agressieve, impulsieve een plek in de muziek krijgt. En dat de cliënten dan nochtans een reactie erop krijgen en een resonantie van de groep krijgen. Voor de cliënten is het vooral belangrijk te voelen dat zij hun impulsen een richting kunnen geven en niet machteloos tegenover hen zijn.

Ik denk dat dit ook goed samenvat wat Rob heeft geleerd: Zijn impulsen een draai te geven, met zijn energie om te gaan en deze te kunnen kanaliseren. Zonder dat ik zijn impulsen onvoorwaardelijk had accepteert, was dit niet mogelijk geweest. Het was absoluut belangrijk voor Rob dat hij serieus genomen werd en hij als persoon geaccepteerd werd. Zowel in zijn verbale uitingen over “de klote maatschappij”, maar ook en vooral in zijn muzikaal gedrag, dat zijn persoonlijkheid met alle facetten heeft gespiegeld. Met deze acceptatie en door een authentieke houding van mijn kant uit te bewaren, was het mogelijk om de therapeutische relatie tussen Rob en mij duidelijk te bevorderen. Daarvoor was vertrouwen nodig, zoals je aan het voorbeeld uit dit paragraaf kan zien, niet alleen op de kant van Rob.

⁵ om tot acceptatie te komen. Aanmerking van de auteur.

5.3.4 Emoties

Emoties⁶ zijn voor cliënten in een psychiatrische setting een belangrijk onderwerp - als niet het meest belangrijke - van de hele therapie. Ik persoonlijk ben in de psychiatrie geen cliënt tegengekomen bij die emoties geen rol hebben gespeeld. Maar het is bij elke cliënt anders op welke manier en hoeverre hij last heeft van zijn emoties. Er zijn cliënten die regelrecht overspoeld worden van hun emoties, zodat zij deze niet kunnen ordenen en ermee op een adequate manier om kunnen gaan en er zijn cliënten die moeite ermee hebben überhaupt emoties aan te voelen. Bij Rob was het een mengeling uit de twee.

Rob heeft in begin van de therapie weinig inzicht gehad op zijn gevoelens. De enige gevoelens die hij duidelijk kan voelen resulteren uit de emotie "agressie" of woede". Hierbij valt op dat hij de onderliggende achtergrondemotie "spanning" niet aan kon voelen. Het aanlopen van spanning is bij hem vaak doorslaggevend voor zijn woede-uitbarstingen, die meestal gepaard gaan met extreme naar buiten gerichte agressie. Tegen andere, misschien bij de agressie meespelende emoties, heeft hij in het begin van de therapie een enorme weerstand. "Zowel verdriet en angst zijn duidelijk emoties die hij niet accepteert, terwijl deze hem duidelijk hoog zitten" schrijft Charles van Dommelen in de derde maand van muziektherapie in de rapportage van Rob. Deze kwetsbaarheden passen niet bij het beeld dat van zichzelf en andere mannen in de maatschappij heeft. Hoewel ook andere emoties duidelijk aanwezig zijn bij hem zijn en zelfs duidelijk aan lichamelijke reacties te zien zijn (hij huilt bijvoorbeeld vlak voordat hij boos wordt of krijgt waterige ogen) worden deze door Rob altijd verbaal ontkend. Zo hoort het huilen volgens hem bij zijn agressie, hij ziet er echter geen gevoel van verdrietigheid in. Ook emoties die niet direct met zijn woede samenhangen, ontkent Rob graag.

Ter verduidelijking volgt weer een citaat uit zijn rapportages: "Vertelde vanuit 'n stoere houding dat hij door de politie 'smorgens om zes uur was opgehaald vanwege een escalatie met vrienden 'n half jaar geleden. Ik kreeg de indruk dat het meer met hem gedaan had dan hij wilde toegeven, pratend over kom je daar echter niet bij." Dit heeft zich ook in de muziek geuit, voor een andere emotie dan woede was in het begin van de muziektherapie geen plek voor Rob. Maar dat was ook niet vereist. Rob heeft vooral van deze emotie de meeste last gehad de afgelopen jaren en het is dus zeker legitiem om vooral met deze emotie bezig te zijn. Hij was ook ten eerste ter behandeling van zijn agressieregulatie aangemeld en je merkte ook aan hem dat hij duidelijk opgelucht naar buiten ging als hij eens flink zijn energie en woede heeft geuit in de muziek. De vraag is dan maar hoe lang hij dit volhoudt als je niet met meer bezig bent dan alleen het uiten van woede. Ik persoonlijk denk dat het voor het genezingsproces van Rob vooral het ontdekken, accepteren en omgaan met onderliggende, verborgen emoties bevorderlijk was en dat wij dat vooral in de muziek bereikt hebben, zodat er uiteindelijk een zichtbare transfer van het beleefde heeft plaatsgevonden.

Maar waarom zijn de emoties zo belangrijk voor de mens en bepalen zij daadwerkelijk zo veel van onze innerlijke processen en onze handelingen? De emoties hebben in de behandeling van de psychisch zieke mens een lange traditie. Ook de meest bekende psychotherapeut, Sigmund Freud zei al: "Niet het verstand bepaald ons gedrag, maar de gevoelens". Je hoeft maar naar de anatomie van de mens te kijken en je kunt deze indruk tenminste neurologisch bevestigen. Er bestaan veel meer verbindingen van de emotiecentrums naar onze gedachtecentrums dan andersom. Emoties kunnen gedachtes bepalen en andersom, maar de manier hoe emoties gedachtes bestemmen kan duidelijk heftiger zijn, vooral omdat wij emoties minder goed kunnen controleren. Volgens Damasio (2001) kunnen zich emoties zelfs de gedachtes en de wil onttrekken. Muziek is echter een heel goed middel om emoties op te roepen, zelfs als deze diep verborgen zijn. Ik denk dat iedereen wel eens muziek als middel heeft gebruikt om zijn emoties te versterken of te vervangen door een andere emotie. Deze werking van muziek kent denk ik iedereen, dit is ook de reden waarom muziektherapie vaak bij mensen, die moeite met hun emoties hebben, geïndiceerd wordt. In de muziektherapie wordt op verschillende manier met emoties omgegaan, afhankelijk ervan wat de problematiek van de cliënt is. De eerste stap is meestal het waarnemen van (verborgen) emoties, daarna volgt het accepteren van deze emoties en als deze door de cliënt geaccepteerd worden, leert hij met de "nieuwe" emoties om te gaan. Bij Rob was het zo dat alleen zijn woede door hem werd waargenomen, maar met deze emotie kon hij niet omgaan. Het zat behoorlijk in de knoop met deze emotie en wist zich niet te helpen. De eerste stap bij hem was het afreageren, dus het plaatsen van de woede in de muziek, omdat deze emotie zo veel ruimte bij hem heeft ingenomen dat andere emoties bijna geen plek hadden. Nadat hij stoom heeft afgeblazen was er meer ruimte voor andere, onderliggende emoties, die misschien met de woede te maken hadden. Er wordt de vraag gesteld: Hoe komt het dat de emmer zo snel overstroomt en wat kun je anders doen om dit te voorkomen? Maar juist deze stap was bij Rob niet echt te maken. Hij kon later in de therapie wel zijn kwetsbare kant laten zien, maar dit in verband leggen met zijn agressie en het accepteren, dat verdriet en angst deel hebben uitgemaakt van zijn woede, is niet gelukt.

⁶ Let a.u.b. op het verschil tussen emoties en gevoelens (zie hoofdstuk 4.3 en bijlage 1)

De emoties die in de muziek worden geuit zijn meestal niet puur, zij zijn meer een mengeling van emoties en gevoelens die de cliënt op dit moment voelt. Er zijn cliënten die deze emoties niet uit elkaar kunnen houden en dan juist moeite ermee kunnen hebben deze emoties - omdat zij zo veelzijdig zijn - te vertalen en erover te reflecteren. Rob was duidelijk zo een cliënt, die beperkt was in zijn reflectievermogen. Charles van Dommelen bevestigt deze indruk, hij zei in het interview:

“Het reflecteren was eigenlijk niet besteed aan hem. Hij moest het vooral van de ervaring hebben. Heel veel praten over hoe hij dingen gedaan heeft en hopen dat die daar iets van leerde, dat kon je vergeten bij hem. Hij snapte dat gewoon niet. Jij kon het met hem niet daarover hebben, ik heb het bij hem in het begin ook probeert, maar dan merkte ik gewoon dat dit niet binnen kwam en dat die er niets mee kon. Dat het hem eerder nog meer frustreerde, als hij daar werkelijk iets aan had.”

Ik heb het gevoel gehad dat je bij Rob - alleen door muziek te maken met hem en hem dat te laten beleven - beter aan de slag met zijn emoties kon gaan dan verbaal. Daarbij was vooral het afstemmen op hem in de muziek van belang, zo voelde zich Rob gesnapt en accepteert. Daarbij heb vooral gebruik gemaakt van Bruscia-technieken, die met het exploreren van emoties te maken hebben:

- *holding* (een muzikale achtergrond voor de cliënt bieden, die met zijn emoties correspondeert)
- *doubling* (emoties met die de cliënt moeite heeft in de muziek versterken)
- *contrasting* (samen met de cliënt tegenstaande emoties in de muziek uitbeelden)
- *making transitions* (hetzelfde als contrasting, maar de cliënt moet zelf een manier vinden)
- *integrating* (een balans vinden tussen meerdere emoties in de muziek)

En dit heeft uiteindelijk tot de transfer geleid, daarvan ben ik overtuigd⁷. Charles onderschrijft deze stelling van mij: *“Als wij hadden geprobeerd om daar vooral woorden aan te geven, dan had hij het gewoon niet begrepen. Door het gewoon bij de ervaring en bij zijn eigen waarneming te houden, heeft hij zijn eigen verhaal daar langzamerhand van kunnen maken.”*

Smeijsters (2008 a) stelt in zijn boek dat bij sommige persoonlijkheidsstoornissen, bij die de cliënten paniekreacties en impulsief gedrag vertonen, deze mogelijk verklaarbaar zijn op basis van de directe neuronale loop naar de amygdala. De amygdala (ook amandelkern genoemd) is het deel van de hersenen die vooral angst en instinctieve reacties controleert. Dit gedrag heeft niets met cognities te maken, het is geen gevolg van een disfunctioneel cognitieschema of iets dergelijks. Alleen de niet doordachte, snelle emotionele reactie is verantwoordelijk voor de impulsieve handelingen. Rob zal ik in ieder geval tot deze groep cliënten tellen. Ook Charles zei al over hem dat hij vooral instinctief reageerde. Niet zozeer op overwegingen, maar meer vanuit het zich gekwetst of bedreigd voelen kon hij opeens heftig instinctief reageren. Smeijsters (2008 a) schrijft verder dat het geen zin heeft de impulsieve reactie - die duidelijk verankerd is een emotioneel affect - proberen weg te nemen door tegen de getroffen cliënten aan te praten en hen met cognities te bewerken. Alle prikkels die ons emotioneel raken zonder dat wij precies weten waar dit vandaan komt werden door ons onbewust geregistreerd en onttrekken zich ons cognitief bewustzijn. Een cognitieve inwerking op deze prikkels is vervolgens moeilijk en misschien zelfs buitengesloten. Wat niet cognitief is, kun je ook niet cognitief beïnvloeden. Of zoals Den Boer (in Smeisters, 2010, p. 6) het zegt: *“Door (...) een niet of slecht functionerend amygdala-proces kunnen er op onbewuster niveau disfuncties zijn waaraan geen cognities te pas komen.”*

Op een gegeven moment kon Rob de verborgen emoties van hem wel zichtbaar (of beter: hoorbaar) maken. Erover praten en zo misschien tot een transfer te komen lukte echter niet bij hem. In tegendeel: Het reflecteren erover was zelfs contraproductief, omdat het hem frustreerde dat hij zijn ervaringen niet kon verwoorden. In het algemeen vinden mensen het moeilijk, al niet zelfs onmogelijk, om de ervaringen uit de muziek in woorden te vatten. Want het risico is groot dat er dingen blijven liggen. Je kunt met behulp van zinnen een zaak benoemen, maar de zinnen zijn niet in staat de zaak zelf weer te geven. En - zoals Bas Kast stelt - als je probeert non-verbale ervaringen te vertalen, concentreer je je op die dingen, die je gemakkelijk in woorden kan vatten. Maar de gemakkelijke dingen zijn niet automatisch ook de meest belangrijke dingen. Hoe complexer de dingen, hoe moeilijker zijn zij in woorden te vatten. En de menselijke gevoelswereld is complex, niet alleen bij Rob. Het leuke is, dat zich deze complexe gevoelsprocessen wel in de muziek (of een ander kunstzinnig medium) uit laten drukken en wat nog belangrijker erbij is: Als je samen muziek maakt kun je op deze processen ingaan. Juist de niet-rationele communicatievormen zijn volgens de bekende neurowetenschapper Wolf Singer (2002) in staat om complexe, tegenstrijdige gewaarwordingen uit te drukken, juist omdat deze vormen niet aan binaire logica zijn gebonden.

⁷ Een voorbeeld van zo een situatie vindt u in het volgende hoofdstuk

Als wij de actie van de ander waarnemen (in het geval van Rob bijvoorbeeld zijn agressief spel op de grote trommel) en hierop zowel relationeel alsook muzikaal inspelen, treden in ons dezelfde hersenprocessen op alsof wij de handeling zelf uitvoeren. Als de therapeut zich als medespeler op de cliënt afstemt, is hij in staat te ervaren wat de andere op dit moment ervaart. Bij Rob kon ik, vooral als wij gezamenlijk op hetzelfde instrument speelden, bijvoorbeeld de energie van zijn woede ervaren. Zo kon ik op hem afstemmen en samen met hem deze energie een positieve draai geven. Zoals u in hoofdstuk 4 al hebt gelezen, leiden emoties nogal een zelfstandig leven. Maar zij kunnen ons helpen beslissingen te nemen en beïnvloeden ter hoge mate ons gedrag. Volgens deze insteek betekent dit voor mij, dat ik samen met Rob op zoek naar mogelijke veranderingen ben gegaan, die ertoe geleid hebben dat er positieve emoties te negatieve hebben vervangen. Zo kon ik hem bijvoorbeeld in de muziek aanleren zijn woede om te zetten in kracht en energierijke creativiteit en zo deze negatieve bezette emotie een positieve kleuring te geven.

Ik “kende” de emoties van Rob door waar te nemen hoe hij deze emoties binnen de muziek vorm geeft. Het interessante aan deze aanpak is dat de emoties, die Rob in en met de muziek vertoond, ongefilterd zijn. Zij zijn niet vertaald en vereenvoudigd, maar puur en meer volledig dan de verbaal vertaalde ervaring die Rob achteraf vertelde. Dat maakt het afstemmen op emoties binnen de muziek intensiever dan op een verbale manier (zie ook de volgende paragraaf over “Present Moment”). Door dit te herhalen kon Rob de ervaringen verinnerlijken, in zijn geval beter dan door een verbale reflectie. Aan woorden was natuurlijk ook bij de muziektherapeutische sessies met Rob niet te ontkomen – dat was ook niet wenselijk, want de taal blijft voor ons de meest natuurlijke manier van communiceren – maar het reflectieve praten over ervaringen vond helemaal niet plaats. Wat ik wel bij hem heb gedaan is het door mij beleefde verbaal te benoemen, zodat hij merkt hoe hij op mij overgekomen is. Maar lange gesprekken over het beleefde hebben wij nooit gehad. En toch heeft Rob er iets van gehad, juist door de voor irrationele emoties in de muziek te laten werken en niet weg te praten.

Voordat ik overga naar de volgende paragraaf, waar het persoonlijke thema “emotie” evenals een grote rol speelt, wil ik nog even een situatie beschrijven die ik in het boek van Bas Kast (2007, p. 181) heb gevonden en die de kern van deze paragraaf goed samenvat:

“In het jaar 1809 heeft Dorothea Ertmann, een goede vriendin van Beethoven haar enig kind verloren. Zij was nog altijd in haar rouwproces en zat behoorlijk in de put toen Beethoven haar kwam bezoeken. Hij kwam zonder aankondiging, ging zonder een woord te zeggen naar het piano en begon lang te improviseren. De muziek die hij speelde was volgens Dorothea niet te beschrijven. Zij geloofde engelenkoren te horen zingen, die haar kind ten hemel brachten en daar zijn intocht vierden. Toen Beethoven gedaan was met spelen, gaf hij Dorothea de hand - hijzelf was te opgewonden om te kunnen praten - en ging weer naar buiten.”

5.3.5 „Present Moment“

Het fenomeen van de „Present Moment“ heb ik al in de hoofdstukken 4.4 en 4.5 voorgesteld. In deze paragraaf wil ik nog uitgebreider op dit belangrijke onderwerp van Rob's therapeutisch proces ingaan. Zoals u in hoofdstuk 4.4 al hebt gelezen is de “Present Moment” een ogenblik die tot het kernbewustzijn doorbreekt en zich zo in het uitgebreide bewustzijn van iemand kan manifesteren. Omdat je binnen een therapie veel met jezelf bezig bent en met een andere persoon dieprakende verhalen of gedachtes deelt, gebeurt het in therapie vaker dat zich een gebeurtenis in het kernzelf verankert. De “Present Moment” kan echter ook een gebeurtenis buiten de therapie zijn. Het is niet vereist dat je dit moment met iemand deelt, het kan ook een belevenis van buiten zijn, die je kernzelf kan raken.

Ik ken geen creatief therapeut die het echter nog niet zo een „Present Moment“ heeft meegemaakt. Soms geven de creatief therapeuten daar andere namen aan (versmelting, flow-belevenis etc.), maar hun beschrijvingen zijn soms in precies dezelfde woorden die Daniel Stern (2007) of Henk Smeijsters (2008 a) in hun boeken gebruiken. Maar waarom is dit zo, waarom kent iedere muziektherapeut deze momenten en twijfelt niet aan hun belang? Ik heb het in het hoofdstuk over Stern ook over de zogenoemde „vitality affects” gehad en in het hoofdstuk daarna de stelling van Smeijsters (2008, a) beschreven, dat deze „vitality affects” analoog zijn aan de kunstvormen, in dit geval de muziek. Alleen de beschrijvingen van de parameters van de „vitality affects” laten al aan muzikale parameters denken: ritme, tempo, intensiteit, vorm... In het actieve muziek maken laten zich cliënt en therapeut in de improvisatie voeren door de muzikale klank en juist deze parameters. Zij geven zich daarmee over aan een (therapeutische) proces waarbij hun eigene „vitality affects” instinctief vanuit het kernzelf gaan klinken en in een muzikale vorm gegoten worden. Elke mens beschikt - zoals wij al in eerdere hoofdstukken hebben geleerd - over een kernzelf en kan zich ook in vormen uitdrukken die dit kernzelf weerspiegelen. Bij het uiten van deze vormen speelt authenticiteit en echtheid een grote rol, dat wil zeggen dat ook daadwerkelijke vormen uit het kernzelf tot het klinken gebracht worden.

Een „Present Moment“ laat zich niet afdwingen of achteraf met bijvoorbeeld noten reconstrueren, maar gebeurt spontaan en intuïtief vanuit echt, reaal bestaande impulsen vanuit het kernzelf. Muziek doet een appèl op het intuïtieve handelen in het actuele moment en muziektherapie maakt daar gebruik van. Zoals al eerder in deze paragraaf gezegd, nodigt het muziek maken je uit tot reageren op onvoorspelbare situaties. Door daarbij in het medium nieuwe patronen te ontdekken en langzamerhand te verinnerlijken is de cliënt in staat zijn gedrag te veranderen. En dit proces speelt zich in zijn geheel in het kernzelf af. Zonder woorden en gedachtes, maar toch bewust en gevoelsmatig. Smeijsters (2008 a, p. 214) beschrijft het zo: “De cliënt krijgt de gelegenheid in het medium zichzelf opnieuw te ontdekken. (...) De psychologische waarde voor de cliënt zelf is van belang. Als deze er een is van ontdekken en voelen je anders kunt zijn [sic], is de therapie geslaagd. De rol van het medium daarin is cruciaal. Het zijn de processen in het medium die meevoeren naar een andere kunstzinnige werkelijkheid en daarmee een ander kernzelf verinnerlijken.” Voordat ik nog verder op theoretische aspecten inga, zal ik op de volgende pagina ter verduidelijking een voorbeeld van zo een “Present Moment” bij Rob beschrijven.

Voorbeeld 3:

Ongeveer twee maanden nadat ik met Rob als individuele cliënt volledig alleen heb gewerkt, zat hij weer in een dip. Diverse elektronische gereedschappen zijn binnen een week in zijn huis stukgegaan en hij wist niet hoe hij deze kon betalen. Hij vond geen werk en werd regelmatig afgebeld door het uitzendbureau, omdat het werk voor welk hij zich heeft opgegeven, niet aan hem gegund wordt. En in het laatste weekend had hij ook nog een sociale “crisis” gehad. Hij was op stap geweest en had een misplaatste opmerking over een vriend gegeven, wat deze vriend niet goed heeft opgenomen. Hij wilde ook de rest van de avond niet meer met Rob praten. Hoewel Rob niet duidelijk zei dat het hem speet, was aan zijn non-verbale reacties wel duidelijk te zien dat het hem bezighield en hij er enorme last van had. Omdat wij ons in de laatste twee sessies in de muziek vooral met grenzen bezig hebben gehouden en ik de ervaring heb gemaakt dat Rob, wat dit onderwerp betreft, met dit persoonlijke thema vooral in de muziek goed bezig kan zijn (zie ook 5.2.2), kies ik ervoor verbaal niet meer op dit onderwerp in te gaan. Ik toon wel interesse en laat hem uitpraten. Ik weet ook dat morgen zijn reclasseringsgesprek plaatsvindt en dat het Rob veel spanning oplevert, omdat hij niet weet wat de uitgang ervan gaat zijn. Nadat hij uit heeft gepraat gaan wij - zoals altijd - eerst gezamenlijk op een grote trommel spelen. Ik kies bewust ervoor geen structuur aan te brengen. Rob zal met het spel beginnen en ik ga later meedoen. Hij heeft uit de laatste sessies geleerd en speelt een simpel, maar gestructureerd neergezet, overtuigend metrum. Het is inderdaad niet te luid en werkt op mij regelrecht verleidelijk. Ik aarzel niet lang en speel met hem mee. Het is niet moeilijk om tot een synchroon spel te komen, wij slagen allebei vrij precieze op dezelfde tijd op de trommel. Rob begint te variëren, hij wisselt van volumens en maakt ritmische aanvullingen. Ik hou erbij het metrum en slag verder het basale metrum: 1, 2, 3, 4. Rob is vandaag ongemeen stabiel in zijn spel en speelt strak, maar toch energierijk. Zonder dat ik bewust ervoor koos, begon ik nu ook met het maken van variaties. Er ontstond een dialoogspeel, in die wij allebei als gelijkwaardige protagonisten gezamenlijk ageerden. En toch waren wij het metrum, de gezamenlijke puls die ons spel samenhiield, niet kwijt. Het spel werd intensiever en wij begonnen elkaar op een vriendelijke manier te plagen en uit te dagen. Wij gebruikten zelfs andere trommels, die toevallig naast ons stonden. En dan gebeurde “het”: Het waren misschien in totaal drie tot vijf seconden, maar zij waren toch een van de meest intensieve seconden in mijn gehele stagejaar. Ik speelde met Rob gezamenlijk een frase en het leek alsof wij 100% synchroon waren. Het voelde alsof - of het daadwerkelijk zo was kan ik niet zeggen - wij precies dezelfde trommels op precies hetzelfde tijdstip met precies dezelfde energie sloegen. Wij speelden eigenlijk twee van deze frases: De eerste kwam helemaal verrassend en was volgens mij echt 100% synchroon. Rob heeft dit samen met mij aangevoeld, want wij zeiden (bijna tegelijkertijd) verrast “Oh”. En daarna speelden wij nog een frase, bij die ik niet kon zeggen of zij ook zo synchroon was, ofwel dit voor mij maar zo leek. Nadat dit gebeurde, gingen wij nog wat door met spelen, maar hebben dan vrij vlug het spel afgerond.

Dit voorbeeld voldoet aan alle karakteristieken die Stern (2007) aan een “Present Moment” toeschrijft. Het was een korte, tijdelijk beschrijfbaar, maar ongelooflijk rijke moment in het hier-en-nu. Het geheel, dus alles wat in dit moment gebeurde was van therapeutisch belang. Wij waren ons allebei ervan bewust van dit moment en onze acties waren duidelijk gekenmerkt van “vitality affects”. De beleefde situatie was niet ontkoppeld van onze persoonlijkheid en was absoluut authentiek. Het moment was een doorleefd verhaal en - hoewel er bepaalde voorbereidingen door mij en ook door Rob werden gemaakt - niet gepland of gedwongen. Het beleefde werd door ons impliciet begrepen, in ons geheugen gegriffeld en hoefde nooit ter sprake gebracht worden. Zoals al eerder in de voorafgaande hoofdstukken aangetoond, liegt de kans van de muziek daarin dat de muzikale frases overeenkomsten hebben met de „vitality affects”. Voordat ik op dit aspect dieper inga, wil ik eerst aan de door Stern beschrevene karakteristieken nog een paar aspecten uit mijn eigene ervaring toevoegen. Ook de door mij geïnterviewde muziektherapeuten en hun meningen over het onderwerp “Present Moment” komt aan bod. In de twee interviews kwam ik samen met de respondenten vanzelf op dit onderwerp, wat onderbouwd dat het een belangrijk bestanddeel van de muziektherapie is. Een begrip dat altijd terug kwam en die ik als essentieel in zou schatten is het beleven van een “flow”.

In de online-encyclopedie Wikipedia staat onder flow: “Flow refereert aan een mentale toestand waarin een persoon volledig opgaat in zijn of haar bezigheden. Flow wordt gekenmerkt door op de betreffende acties gerichte energie en activiteit, volledige betrokkenheid daarbij, evenals het feit dat men de activiteiten succesvol uitvoert.” Een meer op de flow in de muziek toegespitste definitie ontleen ik uit de Hiphopjargon. Daar is de flow van een rapper het samenspel van de “beat” (dus de achtergrondmuziek) de rapper, c.q. de stemklank, de ritmische en melodische invulling, de intonatie en de uitspraak en woordkeuze van hem. Daarbij is het vooral belangrijk dat de rap vloeit, dus dat er geen pauzen ontstaan die het harmonische, vloeiende samenspel tussen stem en beat bestaan blijft. Overdragen naar de boven beschreven situatie van mij en Rob, betekent dit dat er steeds een muzikale puls aanwezig was op die wij altijd terug konden vallen. Deze puls ging constant door en werd door ons gevoeld, hoewel wij beide vrij extrovert en gevarieerd speelden. Het beleven van deze gegronde puls verhoogde ons energieniveau behoorlijk en voorkwam tegelijkertijd dat iemand van ons door het lint ging. Volgens de algemene definitie van flow leidt het beleven van deze vloeiende energiestroom ertoe dat je activiteiten succesvol uitvoert. Hoewel je bij het uitoefenen van een muziektherapeutische activiteit niet van succes kan spreken, kan toch gezegd worden dat de werkvorm duidelijk meer effect op Rob heeft gehad dan in een “gewone” sessie.

Ook Charles van Dommelen kent zulke momenten bij Rob, maar ook uit andere situaties van zijn langjarige muziektherapeutische geschiedenis. Bij Rob maakte hij de flow-momenten vooral bij zijn pianospel mee. Het piano stond voor Rob voor zijn kwetsbare en gevoelige kant, iets wat voor hem heel persoonlijk is. Hier was Charles vooral onder de indruk van de samensmelting van elkaars spel toen hij op zijn accordeon meespeelde. Ook hij noemt het ontstaande spel als “wezenlijke, goede ervaring in het hier-en-nu, waar je eigenlijk niets aan toe hoeft te voegen. Het heeft een werking op zich en was absoluut belangrijk voor Rob” Volgens Charles was hierbij vooral de langdurigheid, de continue bevestiging door elkaar en de ervaring dat je emoties onder controle kunt krijgen, de reden ervoor dat flow-momenten zo een positieve invloed op Rob hebben gehad. Verder zegt Charles dat deze momenten “het kern van je hele zijn en bestaan” raken. Zij hebben volgens hem met “emotioneel zijn en emotionele beweging” te maken. Dat wat Charles van Dommelen hier als “emotionele beweging” beschrijft, zijn volgens mij de “vitality affects” die in zo een “Present Moment” tot het klinken komen. In een “Present Moment” wordt heel duidelijk hoe krachtig het kan zijn als deze “vitality affects” bewust analoog worden aan de gespeelde muziek.

Gertrud Hopster noemt flow-belevenissen vooral in samenhang met psychotische cliënten, die naast het gewone handeling belang voor de cliënten zijn. Ook bij cliënten die een heftige Borderline-persoonlijkheidsstoornis hebben, kan het volgens haar belangrijk zijn dat vooral affecten in de muziek kunnen klinken en luid mogen worden. Zij spiegelt de cliënten wel verbaal hoe zij het spel van hun heeft beleefd en laat de muziek niet voor zichzelf staan. Echt diepgaand verbaal reflecteert wordt echter niet. Ook voor Anne Behr is het uiten van affecten een belangrijk bestanddeel van de therapie bij cliënten, die verbaal moeilijk toegankelijk zijn. Vooral de ervaring dat hun negatieve affecten - zoals agressie, woede of verdriet - in de muziek een plek mogen hebben en door de cliënten gerust luid geuit mogen worden. Bij sterk depressieve cliënten kan volgens Anne en Gertrud de kans van zo een flow-moment zijn, dat onderliggende gevoelens, die door de sterke verdrietigheid van de cliënten ligt, hoorbaar en waarneembaar worden. Ook hier wordt duidelijk dat het beleven van zo een “Present Moment” met beweging te maken heeft. De cliënten komen door de muziek daadwerkelijk lichamelijk in beweging, maar deze beweging kan ook juist binnen iemand spelen, d.w.z. in zijn gevoelswereld en zijn subjectieve ervaring. De lichamelijke bewegingen vloeien beter en worden niet meer bewust waargenomen, maar tegelijkertijd worden emotionele en gevoelsmatige processen duidelijk en meer voelbaar. Zij zijn zo intensief dat ervoor geen woorden nodig zijn. Meer nog: Het schijnt dat de taal zo belangrijke momenten onderbreekt.

Een groot voordeel van muziektherapie is: Iedereen is in staat, hoe “muzikaal” diegene zich ook schat, om “vitality affects” in de muziek te laten klinken en te beleven. Zoals wij al in hoofdstuk 4.3 hebben geleerd, zijn er grote aanwijzingen ervoor dat de taal alleen maar de voortzetting van de beweging is. De mens heeft dus al lang over de beweging gecommuniceerd en muziek of geluid heeft daarin zeker ook een belangrijke rol in gespeeld. Het lijkt misschien op de eerste aanblik regressief om zich weer op deze manier te uiten, maar bij een psychische storing kan deze oeroude vorm van communicatie een diepere impact hebben dan de taal. Stern (2007) schrijft in zijn boek dat iedereen de biologische aanleg heeft om muzikale frases te herkennen en zelfs over de vaardigheid beschikt vooruit te kunnen zeggen hoe deze frases gaan eindigen. Volgens hem is de grote voordeel van de muziek, dat de muzikale frases (net zo als de analoge “vitality affects”) door iedereen gevoelt, vormgegeven en ervaren kunnen worden. Ook bij Rob was dit mogelijk, wel niet direct in begin van zijn therapie. Maar door de in de voorafgaande paragrafen al genoemde persoonlijke thema’s te bewerken, kon het fundament voor een “Present Moment” gelegd worden. Het meemaken van zo een belangrijk moment en het impliciete verinnerlijken van de beleefde „vitality affects“ was voor Rob cruciaal en heeft volgens mij een enorme invloed gehad op zijn transfer en zijn hele therapeutische proces.

Na afloop van deze sessie was het duidelijk te merken dat Rob ook in zijn dagelijks leven meer greep op de voor hem moeilijke dingen heeft gekregen. Hij was waarneembaar zelfbewuster en deed meer nodige dingen, wat hem uitstekend goed deed. Rob is door het beleven van een “Present Moment” positief veranderd, dit duidt erop dat dit fenomeen een behoorlijke positieve invloed op de transfer van hem heeft gehad.

5.3.6 Samenvattende bespreking van de resultaten

Zoals ik al in de inleiding van dit hoofdstuk heb geschreven, wilde ik persoonlijke thema's van Rob chronologisch beschrijven. Dat impliceert dat er een soort “opbouw” in het proces van Rob heeft plaatsgevonden. In dit hoofdstuk ga ik de boven beschrevene thema's (die tegelijk ook de resultaten van mijn casestudy zijn) in een rijtje zetten en zo hun samenhang duidelijk maken. De persoonlijke thema's van Rob staan niet los van elkaar, maar zijn met elkaar verbonden en baseren deels op elkaar.

De absolute basis om aan de rest van zijn persoonlijke thema's te kunnen werken was structuur. Rob's levensstijl was niet echt van structuur geprent en ertoe kwam dat in de laatste tijd veel factoren aanwezig waren die zijn toch al ongestructureerde levenswijze nog meer uit zijn voegen haalde. Ik heb zelf de ervaring gemaakt dat je het onderwerp “structuur” het beste in de muziek kan behandelen. Dat heb ik niet alleen bij cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis gemerkt, maar ook bij cliënten met andere psychische stoornis zoals depressie of schizofrenie. Ook de door mij geïnterviewde muziektherapeuten gaven aan dat zij aan die persoonlijke thema vaak muzikaal werken. In hoeverre de cliënt structuur nodig heeft is in de muziek direct hoorbaar en de muziektherapeut kan erop een direct invloed uitoefenen. Dit doet hij vooral non-verbaal, door bijvoorbeeld als leider te ageren op die de cliënt zich kan steunen. Dit was ook bij Rob het geval: Ik heb hem eerst structuur geboden, zodat hij zich aan mij kon houden en überhaupt kon voelen dat structuur ook iets aangenaams kan zijn: Structuur had bij hem tot nu toe altijd met beperkingen van zijn vrijheid te maken, hij liet hij zich van niemand iets zeggen en de rest “boeide hem allemaal niet”. Maar toen hij in de muziek – door mijn boven beschrevene muziektherapeutische interventies – ervoer dat structuur je ook juist vrijheid kan geven omdat zij een basis vormt voor een geregeld leven, heeft hij ook langzamerhand zelf structuur toegepast. Daarvoor was geen verbale reflectie nodig, het door hem ervaren en beleefde werd vanzelf duidelijk. Hij heeft – zonder een directe cognitieve of verbale invloed door mij – zijn eigen manier van structuur gevonden. Een manier van structuur die niet alleen zijn dagelijks leven positief heeft beïnvloed, maar die ook een positieve invloed op de rest van zijn therapeutische proces heeft gehad.

Het persoonlijke thema grenzen had direct met het onderwerp structuur te maken. Deze twee aspecten waren onvermijdelijk met elkaar verbonden. Structuur betekent grenzen stellen en het gaan over grenzen heeft een negatieve invloed op je eigen structuur. Wat het thema “grenzen” betreft heeft Rob twee moeilijkheden gehad: Hij kon ten eerste geen grenzen van andere aanvoelen, maar ook zijn eigen grens niet adequaat aangeven. Het aanlopen tegen deze grenzen had een grote negatieve impact op zijn frustratie. Hij had uit deze reden reden weinig vrienden en voelde zich door de maatschappij niet geaccepteerd. Vanuit zijn “stoere” houding en zijn alomvattende desinteresse negeert hij echter deze problematiek. Omdat Rob wat grenzen betreft vrij impulsief/instinctief reageert en een verbaal-reflectieve insteek op dit onderwerp niet gelukt is, lag het voor de hand met dit thema op een manier bezig te zijn die een appèl doet op deze impulsiviteit. Muziek doet een beroep op deze impulsiviteit en is in staat door het handelen in het hier-en-nu gedrag duurzaam te veranderen. Rob kon vanuit zijn impulsiviteit, die een groot bestanddeel is van zijn persoonlijkheid, op de voor hem ongewone, onvoorspelbare situaties reageren en werd zo tot het ontdekken van nieuwe gedragspatronen uitgenodigd. Voor deze aanpak is geen verbaal-reflectieve manier van werken vereist, omdat zich deze veranderingen verankeren in het kernzelf van de cliënt. Als de cliënt kan ontdekken dat verandering van zijn gedrag voor hem positieve gevolgen heeft, is de therapie geslaagd en hij neemt deze ervaringen automatisch mee naar zijn dagelijks leven. Echter moet de cliënt ook na afloop van zijn therapie zijn nieuwe gedragingen oefenen. Zoals ik al in hoofdstuk 4.1 heb gezegd: Evenzo als bij iemand die een fysiotherapie volgt verwacht wordt dat hij thuis zijn oefeningen doet, wordt ook van de psychisch zieke cliënt verwacht dat hij het binnen de therapiesessies geleerde oefent. Dit geldt ook voor de tijd na afloop van de therapie, anders kan het tot een terugval komen.

De positieve gevolgen van die ik juist heb gesproken uitten zich vooral op emotioneel gebied. Emoties zijn een essentieel bestanddeel van bijna elke therapievorm, omdat zij ook voor een grote deel ons leven bepalen. Normaal gesproken worden in een muziektherapeutische setting met cliënten met een persoonlijkheidsstoornis emoties in de muziek beleefd en achteraf besproken of erover gereflecteerd. Dit was voor Rob met zijn beperkt reflectievermogen en zijn hoge impulsiviteit echter niet mogelijk. Zoals uit eerdere pogingen deze methodiek bij hem toe te passen blijkt, werkt dit zelfs contraproductief op hem. Deels omdat het cognitief-verbale bezig zijn met emoties met zijn stoere houding botst, maar ook omdat hij het gewoon niet kan. Je kunt van hem zeggen dat hij over een lage emotionele intelligentie beschikt en ook zijn empathische vaardigheden laten nog te wensen over.

Nadat Rob had geleerd hoe hij zijn eigen structuur in de muziek kon vinden en hoe hij met grenzen om kon gaan, waren emoties het grootste persoonlijke thema van hem. Het onderwerp speelde natuurlijk altijd een rol, omdat hij in eerste instantie was aangemeld om zijn woede onder controle te krijgen. Maar door zijn onvermogen tot structuur en begrenzing kwam hij in een vicieuze cirkel van frustratie en woede terecht, die ik al boven heb beschreven. Pas nadat hij structuur kon aanbrengen, was er plaats om volledig met zijn woede en de onderliggende emoties bezig te zijn. Ook wat emoties betreft reageerde Rob vooral instinctief en onbedacht. Waar andere cliënten, die ik ben tegengekomen überhaupt moeite met het tonen van emoties hadden, is het tonen van emoties voor Rob noodlottig geworden. Vooral omdat zijn emoties schijnbaar ongecontroleerd vanuit instinctieve reacties geleid worden: Voor Rob waren de emoties onverklaarbaar en irrationeel, zij waren er in eens. Ik had natuurlijk op zoek kunnen gaan naar mogelijke verklaringen voor zijn woede-uitbarstingen en de beleefde ervaringen in de muziek kunnen koppelen aan zijn huidig gedrag, c.q. zijn verleden. Maar ik was van mening dat dit hem juist niet zou helpen. Bij de laatste twee persoonlijke thema's heb ik de ervaring gemaakt dat het voor Rob vooral van waarde was dat hij zijn eigen manier van handelen heeft gevonden en niet dat ik hem aanwijzingen heb gegeven hoe hij dingen beter kon doen. Ik was voor Rob niet echt een therapeut in een klassieke zin, maar meer een "medereiziger" die hem begeleidt en als het nodig was ook gecoacht heeft. Nadat hij de twee thema's "structuur" en "grenzen" onder de knie heeft gekregen en wij de nodige therapeutische relatie opgebouwd hadden, kon Rob met mij als begeleider zijn emoties in de muziek laten klinken en hun een vorm geven. Daarbij was het voor hem niet nodig de emoties met woorden te definiëren, alleen de ervaring dat zij er mochten zijn en dat hijzelf de emoties ook vorm kon geven en – ondanks zijn impulsiviteit – hun zo een positieve betekenis kon geven, was cruciaal voor hem. Hij moest deze emoties niet benoemen en met bepaalde labels voorzien, hij moest zij gewoon laten klinken en ervaren hoe hij zijn impulsieve energie (zijn woede) kon kanaliseren en zo voor iets positiefs (bijvoorbeeld ter motivatie) te gebruiken.

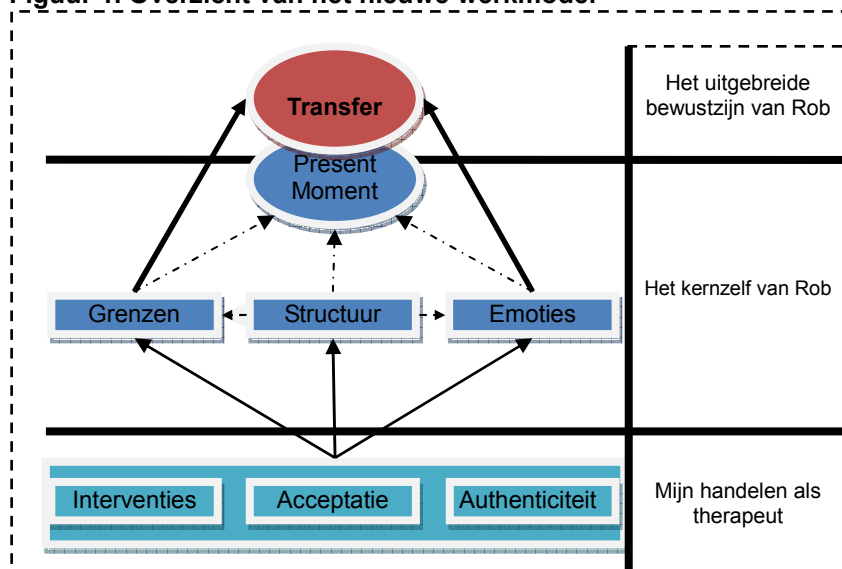
Bij alle drie genoemde persoonlijke thema's was acceptatie van groot belang. Rob had het gevoel – en ik had ook de indruk dat het daadwerkelijk zo was – dat hij door iedereen afgewezen, ja zelfs uitgekotst werd. Hij had – op grond van zijn persoonlijkheid – niet meer veel mensen om zich heen, die zich nog met hem hebben ingelaten. Door zijn gedrag botst hij met regelmaat met zijn buitenwereld en leeft helemaal alleen in zijn kamer. Vanuit zijn stoere, mannelijke houding voelt hij zich als uitgestotene "outlaw", iemand die het ook niet boeit wat de rest van hem denkt. Dat straalt hij ook naar buiten uit. Echter lijdt hij ook behoorlijk aan de situatie dat hij van niemand wordt geaccepteerd zoals hij daadwerkelijk is. Tijdens zijn proces werd duidelijk, dat hij nauwelijks tegen veranderingen van buiten kan. Hij wil wel zijn gedrag veranderen, maar alleen vanuit zichzelf. Pogingen van buiten worden door hem kortweg afgeblokt. Dat heb ik ook bij het bewerken van de laatste drie thema's gemerkt. Een niet te onderschatten persoonlijke thema van hem is dus ook acceptatie, of beter: "geaccepteerd worden". In de muziektherapie werd naar hem geluisterd, hij kreeg van de therapeut de kans om zijn emoties ongefilterd te laten klinken en daar geen negatieve reacties op te krijgen. Zijn voor hem negatieve impulsen werden in de muziek "geneutraliseerd", dat wil zeggen dat zijn geen waardering door mij hebben gekregen. Zijn impulsieve emoties werden niet als positief of negatief beschouwd, maar als potentiële energiebron. Wat hij van deze energie maakte, was zijn eigen verantwoordelijkheid. Ik heb wel op zijn beslissingen authentiek en vanuit mijn eigene impulsen gereageerd. Als hij met deze energie in de muziek over mijn grenzen ging, heb ik dat aangegeven. En als hij met deze energie iets deed wat mij erg aangesproken heeft, heb ik dit hem in de muziek ook laten horen. Maar ik heb zijn impulsen van hem altijd serieus genomen en hem zo laten merken dat hij van mij als persoon geaccepteerd werd. En zoals de door mij geïnterviewde therapeuten en ook de literatuur heeft bevestigd, is dit een belangrijk onderwerp ter bevordering van het therapeutische proces. Zeker bij iemand die dit niet van zijn buitenwereld gewend is.

Alle vier door mij genoemde persoonlijke thema's – structuur, grenzen, emoties en acceptatie – waren belangrijke factoren die tot het beleven van een "Present Moment" bijdroegen. Hoewel je als therapeut zo een "Present Moment" nooit kan plannen, ben ik ervan overtuigd dat zonder Rob's proces wat de genoemde thema's betreft, de kans duidelijk kleiner was geweest om zo een "Present Moment" mee te maken. Het beleven van zo een moment kan cruciaal zijn voor de verdere verloop van de therapie en bij Rob was dit zeker het geval. De al boven door mij beschreven situatie vatte de hele situatie en de persoonlijke thema's voor Rob binnen een paar seconden samen: Zijn behoefte aan een eigene structuur, het aangeven van de eigene grens, het inhouden van de grens van een ander, zijn behoefte om emoties te uiten, het kanaliseren van zijn woede in iets creatief-productiefs, het behoefte om geaccepteerd te worden door anderen... Eraan zie je duidelijk wat Stern (2007) bedoelt als hij zegt dat een "Present Moment" een doorleefd verhaal is. In zo een "Present Moment" ontvouwt zich een hele wereld van een persoon in een zandkorrel, jij raakt – zo Charles van Dommelen – de kern van jouw bestaan. Dit moment was voor Rob zo belangrijk, omdat hij toen daadwerkelijk ervan bewust werd welke veranderingen hij tijdens zijn proces heeft doorgemaakt. Hij kwam via zijn kernzelf te weten, dat hij in staat is zijn impulsiviteit een positieve draai te geven en werd zo gemotiveerd om van deze kracht ook in zijn dagelijks leven gebruik te maken.

Clënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis beschikken over weinig reflectief vermogen. Soms bemoeilijken de factoren “lage intelligentie” en “ongeremde impulsiviteit” nog het klassieke muziektherapeutische gesprek, bij die veel waarde aan het verbaal reflecteren gehecht wordt. Dit laat zich – zoals altijd – niet forfaitair zeggen, maar uit eigen ervaringen en ook uit literatuur kan ik wel zeggen dat dit vrij vaak het geval is. Zo ook bij Rob. Zoals Charles van Dommelen al treffend zei: “Het reflecteren was eigenlijk niet besteed aan hem”. Het werkte zelfs contraproductief. Toch hebben wij twee als behandelende therapeuten de ervaring gemaakt dat Rob wel een transfer van het in de muziektherapie ervarene in zijn dagelijks leven heeft gemaakt. Dit kwam omdat wij Rob's persoonlijke thema's serieus hebben genomen en in de muziek op een manier bewerkt hebben, die hij zo kon verinnerlijken, dat het uiteindelijk toch tot een transfer heeft geleid. De vraagstelling is door de casestudy beantwoord worden, er worden meerdere manieren opgesomd die verklaren waarom het bij Rob ook zonder een verbale reflectie tot een transfer kon komen. Ik vat samen:

Bij Rob verhinderde zijn geringe reflectief vermogen, zijn egocentrisme, zijn lage sociale intelligentie en zijn extreme impulsiviteit dat hij via de meest gebruikelijk methode – de muziektherapeutische nabespreking – een transfer kon maken. Hij stagneerde min of meer in zijn proces. Door hem een vorm van muziektherapie aan te bieden, die de nadruk op zijn eigenverantwoordelijkheid en zijn persoonlijke beleving heeft gelegd, was het voor hem beter mogelijk aan zijn persoonlijke thema's te werken. De vier persoonlijke onderwerpen structuur, grenzen, acceptatie en emoties werden door mij alleen in de muziek behandeld. Zij konden zich door herhaalde ervaringen en mijn muziektherapeutische interventies in het kernzelf van Rob manifesteren. Dit proces was langdurig en vol met verschillende ervaringen voor Rob. Vooral het vertrouwen van Rob te verkrijgen maakte een groot deel van dit proces uit. Eerst dan durfde hij in de muziek daadwerkelijk bezig te zijn met zijn persoonlijkheid, wat tot vrij intensieve momenten in zijn therapieverloop heeft geleid. Dit uitte zich op een gegeven moment in een “Present Moment”, welke volgens mij een cruciale invloed op zijn transfer heeft gehad. Hoe intensiever de persoonlijke ervaring was voor Rob, hoe meer invloed heeft zij gehad op zijn transfer. Omdat het beleven van een “Present Moment” als een van de meest intensieve ervaring in een therapie geldt, kan ook gesteld worden dat dit fenomeen de meeste uitslag op Rob heeft gehad. Maar ook de andere al door mij beschrevene ervaringen konden zich via het kernzelf in het uitgebreide bewustzijn van Rob verankeren. Het ervaren dat hij door iemand geaccepteerd werd was ook van enorm belang. Iets wat je in de muziek heel goed bij hem kon bereiken, juist omdat zijn impulsieve energie veel aanknopingspunten voor mij heeft geboden. Rob kon via de muziek zijn werkelijke behoeftes uitdrukken (ook was hij ervan niet cognitief bewust) en ik kon weerom daarop inspelen. Verbaal ontkende hij deze behoeftes en overtuigde zichzelf ervan deze behoeftes niet te hebben. Dit proces werd door het bezig zijn “in” de muziek verbroken en er was ruimte om mijn zijn daadwerkelijke problemen bezig te zijn, die een grote invloed op zijn persoonlijkheid hebben gehad. In de termen van Damasio (2005) kon ik daardoor het uitgebreide bewustzijn van Rob speels uitschakelen en door de muziek veranderingen in het kernzelf bewerkstelligen, die dan weerom positief op zijn uitgebreide bewustzijn hebben ingewerkt (zie figuur 1). Deze verandering werden door Rob voelbaar, omdat er een analogie tussen de “vitality affects” van het kernzelf en de muzikale parameters bestaat. Deze werden vooral in zogenoemde “flow-ervaringen” hoor- en voelbaar. Als ik de typering van Mönter (zie hoofdstuk 4.6) bekijk, vond er een ontwikkeling van Typ 1 naar Typ 3 plaats.

Figuur 1. Overzicht van het nieuwe werkmodel



Aanmerking: Met “interventies” zijn door mij gepleegde, muziektherapeutische interventies bedoelt. Zie a.u.b. ook de definitie van interventie in bijlage 1.

De in de grafiek genoemde aspecten werden ook door de respondenten van de twee interviews bevestigd. Het meest verrassende eraan was dat – hoewel de respondenten uit verschillende invalshoeken kwamen – dat beide bij cliënten met een beperkt reflectievermogen een muziektherapie toepassen, waarin de taal geen grote rol speelt. Ik had verwacht dat de muziektherapeuten uit Düsseldorf meer op een talige manier van werken zouden persisteren, maar dit was absoluut niet het geval. Zij vertelden wat sommige cliënten aanging bijna dezelfde verhalen als Charles van Dommelen en hadden grof geschetst dezelfde visie over de problematiek⁸. Hun visies heb ik al in de paragrafen van hoofdstuk 5.3 uitvoerig beschreven. Als er in de muziektherapeutische publicaties over transfer in de psychiatrie wordt geschreven, wordt meestal vooral op het verbale van de cliënt ingegaan. Dit vooral omdat het verbale meer meetbaar is dan ervaringen. Via de interviews kon ik een goede overzicht erover krijgen, wat verschillende muziektherapeuten over dit onderwerp denken en wat hun verklaringen voor het door mij beleefde fenomeen is. De al afdoend beschrevene literatuur geeft mij voldoende theoretische steun om het fenomeen in woorden te vatten en “hard” te maken.

Hoewel het wenselijk voor deze scriptie zou zijn dat de transfer, die Rob aan het einde van de therapie heeft gemaakt, alleen op zijn ervaringen in de muziektherapie terug te voeren zijn: Het is niet realistisch en regelrecht naïef erop te persisteren dat alleen de muziektherapie Rob's gedragingen in het dagelijkse leven positief hebben beïnvloed. Hoewel zowel ik als ook Charles van Dommelen ervan overtuigd zijn, dat de muziektherapie een grote rol heeft gespeeld. Het was ook de enige therapie die hij heeft gevolgd. Tijdens de casestudy ben ik echter aanwijzingen tegengekomen, die erop wijzen dat ook andere factoren een invloed op Rob's transfer hebben gehad. Deze wil ik hier nu even kort vermelden. Het kan natuurlijk ook zijn dat alleen het feit, dat Rob een andere therapeut heeft gekregen, een grote rol heeft gespeeld. Zoals König (2007) stelt, hangt de transfer ten grote deel van de relatie tussen cliënt en therapeut af. Charles van Dommelen zegt over dit onderwerp, dat dit vooral de ervaringswereld van Rob heeft verbreed, omdat Rob daardoor kon ervaren dat veranderingen van zijn handelen ook bij andere mensen een positieve effect heeft. Het kan natuurlijk ook zo geweest zijn dat er gebeurtenissen buiten de therapie waren, die een positieve invloed op Rob hadden gemaakt, maar die hij gewoon niet vertelde tegen mij. Ik zou hem niet als iemand inschatten die zo dingen niet zou vertellen, maar het kan natuurlijk – en dat is bij een muziektherapie met verbale reflectie niet anders – altijd dat een cliënt zo dingen verzwijgt.

Een grote nadeel van muziektherapie zonder verbale reflectie is, dat de therapeut niet precies weet wat in de cliënt voor zich gaat. Als de therapeut twijfel over de ervaringen van de cliënt heeft, moet hij dit altijd benoemen om zich en de cliënt te beveiligen. Voor Franz Mecklenbeck is de muziektherapeutische nabespreking ook een soort meetbare bevestiging ervoor, dat zij de dingen die in de muziek gebeurden ook goed hebben begrepen. Ook bij non-reflectieve muziektherapie geldt: Als je denkt dat de cliënt fout heeft begrepen of als je zelfs een raar, negatief gevoel in de tegenoverdracht⁹ voelt: Maak het bespreekbaar! Voor Gertrud Hopster is het ook belangrijk dat de cliënten leren hun gevoelens bespreekbaar te maken, want dat wordt van een volwassenen verwacht in maatschappij. Het is dus ook voor de buitenwereld wensbaar dat iemand gevoelens kan benoemen en op langere termijn zou zij altijd erna toewerken, dat de cliënt zijn gevoelens ook verbaal kan benoemen. Zij pleit dus ervoor, om cliënten met beperkte reflectievaardigheden aan te leren, hun gevoelens onder woorden te brengen.

Het doel van deze scriptie was het ontwikkelen van een nieuw werkmodel voor een cliënt met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis. Dit nieuwe werkmodel legt de therapeutische focus op de muzikale interventies, die samen met de waarden “therapeutische acceptatie” en “authenticiteit (echtheid)” de behandelbasis vormen, die het voor deze reflectief beperkte cliënt gemakkelijker maken met zijn persoonlijke thema's om te gaan. Door ervaringen rond deze thema's in het muzikale contact met de therapeut op te doen en deze vanuit het kernzelf aan te voelen, kon de cliënt uiteindelijk een transfer naar zijn dagelijks leven maken. Deze transfer was voor hem duidelijk aan te voelen tijdens het bewuste beleven van een “Present Moment”. Dit werkmodel is - in tegenstelling tot het oude werkmodel - vooral gefocust op het werken “in” de muziek, niet “met” de muziek. In het oude werkmodel ging men ervan uit dat de transfer vooral door het muziektherapeutische gesprek werd gemaakt, door het beleefde concreet met woorden te benoemen. Deze scriptie wijst volgens mij genoeg argumenten op, dat het bij de beschrevene cliënt niet vereist was. De ervaringen konden zich door herhaling en een procesbevorderende attitude vanuit de therapeut bij de cliënt manifesteren en zo naar zijn dagelijks leven meegenomen worden.

⁸ De interviews vindt u in bijlage 2 en 3.

⁹ Zie a.u.b. definitie in bijlage 1

5.3.7 Nabespreking en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Om antwoord op de vraagstelling “Hoe kan actieve muziektherapie, waarin van een muziektherapeutisch gesprek wordt afgezien, bevorderlijk zijn voor de transfer bij een cliënt met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis?” te kunnen geven heb ik ervoor gekozen om mij via een single casestudy met dit onderwerp bezig te houden. Dit betekend dat ik niet zozeer een breed zicht erop kreeg wat verschillende therapeuten over dit onderwerp denken, maar wel dat ik diepgaand naar dit fenomeen kon kijken. In dit opzicht ben ik met mijn onderzoek tevreden, ik beschouw het als geslaagd. Ik kon via de rapportage en het interview met Charles van Dommelen een vrij precies beeld ervan scheppen welke interventies en persoonlijke thema's het meeste belang voor Rob hebben gehad en wat Charles visie over non-reflectieve muziektherapie is. Via het interview met de drie muziektherapeuten uit de Rheinische Kliniken Düsseldorf kon ik een nog uitgebreider beeld ervan vormen, wat verschillende muziektherapeuten over het onderwerp denken en wat hun ervaringen op dit gebied zijn. Ik heb in de interviews van beide therapeuten een uitgebreide beschrijving gekregen van hoe zij werken en wat zij over muziektherapie zonder verbale reflectie denken, met bijhorende argumentatie. Via “member checking” werden de resultaten opnieuw voorgelegd aan beide muziektherapeuten, waarna zij bevestigden dat zij het eens waren met mijn beschrijvingen. Door deze interviews te analyseren en met de theorieën uit hoofdstuk 4 te vergelijken, heb ik heel wat helderheid verkregen over dit fenomeen. De belangrijkste elementen voor non-reflectieve muziektherapie bij een cliënt met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis werden door mij benoemd en in samenhang gebracht. Ik heb dus in iedere geval een antwoord gekregen op mijn vraag, zodat voor mij niet meer nodig is om over de vraagstelling van deze scriptie te speculeren. Ik hoop ook dat de lezer een goede indruk heeft gekregen op dit onderwerp en hij iets aan deze scriptie heeft gehad.

Maar elk onderzoek heeft zijn beperking, zo ook deze. Het waarschijnlijk grootste manco van dit onderzoek is, dat de cliënt zelf niet ter sprake komt. Het zou van enorme waarde geweest zijn om ook hem over zijn proces te bevragen en zo te weten te komen hoe hij de non-reflectieve muziektherapie heeft ervaren. Helaas is het mij tijdens de onderzoek niet gelukt contact met hem op te kunnen nemen. Het was voor mij al moeilijk om aan de rapportages van mijn oude stageplek te komen, omdat in de psychiatrie begrijpelijkerwijs een hoge geheimhouding van de persoonlijke data gehanteerd wordt. Omdat de cliënt niet meer in behandeling is, zou de enige weg om aan contactdata te komen, zijn dossier geweest zijn. Echter ben ik als ex-stagiair niet meer bevoegd om toegang tot deze data te krijgen. Ook dit is begrijpelijk. Een uitgebreide internetrecherche leverde eveneens geen resultaat op. Ik heb Rob wel op de sociale netwerksite “Hyves” gevonden en hem een bericht gestuurd, echter geen antwoord erop verkregen. Helaas, want een interview – of een korte email-correspondentie – met hem zou zeker interessant geweest zijn en in iedere geval het onderzoek verrijkt hebben.

Een andere nadeel van dit onderzoek is, dat er geen audio- of video-opnames van de sessies met Rob bestaan. Daargelaten dat het in de psychiatrie erg moeilijk is om een permissie te verkrijgen deze opnames buiten de instelling te gebruiken of zelfs te tonen, waren er ook tijdens mijn stage geen mogelijkheden om sessies op te nemen. Achteraf denk ik dan: “Ik ben zo stom, waarom heb ik niet genoeg materiaal verzamelt toen ik het nog kon!” Dat er geen opnames van de sessies bestaan is dus ook te dele mij fout. Een opname zou niet alleen een bijkomende bron ter analyse geweest zijn, maar zou ook de lezer een preciezere indruk over Rob en mijn interventies had kunnen geven. Ik had de opname in de bijlage kunnen zetten, zodat de lezer zich een individuele indruk van de sessies had kunnen maken. Ik heb echter geprobeerd om dit manco van de scriptie door precieze beschrijvingen weer goed te maken. Ik hoop dat mij dit gelukt is en de beschrijvingen niet te abstract voor u waren. Uit reden van privacybescherming heb ik ook ervoor gekozen de rapportages van Rob niet in de bijlage te zetten.

Het is al bijna vanzelfsprekend, maar ik vind het toch belangrijk om het duidelijk te maken. Dit onderzoek is een casestudy, meer nog: een single-casestudy. De conclusies die ik binnen dit onderzoek heb geformuleerd moeten met enige reserve behandeld worden en zijn zeker niet algemeen geldig. Ik heb bewust ervoor gekozen om een diepteonderzoek uit te voeren en geen onderzoek dat tot een veralgemeende conclusie leidt. Hoewel ik denk, dat de conclusies die ik heb getrokken, ook van nut zijn voor de behandeling van andere, gelijkaardige cliënten, zijn zij niet generaliseerbaar. Echter zou het voor een vervolgonderzoek interessant zijn om dezelfde procedure nog een keer met meer cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis herhalen.

Het zou denk ik ook heel instructief zijn om een onderzoek te doen dat meer gefocuseerd is op de ervaringen van een of meerdere cliënten en gedetailleerde video- of tenminste bandopnames. Dit is ook de belangrijkste aanbeveling voor vervolgonderzoek die ik zou ook noemen. Deze methodiek zou echter veel tijd vragen en waarschijnlijk meerdere jaren hard werk in beslag nemen. Uit tijdsreden was het mij niet mogelijk het onderzoek met deze aanpak uit te voeren. Als ik later de tijd en de middelen heb, ben ik zeker gemotiveerd om dit fenomeen ook uit deze perspectief te benaderen.

Tijdens de interviews werd duidelijk dat het niet alleen bij cliënten met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis bevorderlijk voor de transfer is om van een verbale reflectie af te zien. Ook bij andere doelgroepen blijkt het een positieve invloed op het therapeutische proces te hebben. Charles van Dommelen denkt dat een non-reflectieve muziektherapeutische aanpak bij alle cliënten, diens hun reflectievermogen beperkt is, van voordeel kan zijn. Ook bij cliënten die erg “ik-centreerd” zijn kan het volgens hem beter zijn om van een reflectie af te zien. Als voorbeeld noemt hij de narcistische persoonlijkheidsstoornis, maar ook bij andere cliënten met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B is de kans groot dat non-reflectieve muziektherapie een positieve invloed heeft. Gertrud Hopster zegt dat het bij cliënten met een heftige Borderline-persoonlijkheidsstoornis in de beginfase van de therapie ook het geval kan zijn, dat verbale reflectie weinig nut voor hun heeft. Zijzelf gebruikt een muziektherapie zonder verbale reflectie vaak bij mensen die sterk intellectualiseren en hun proces “goedpraten”. Maar ook bij depressieve cliënten die zich snel benard voelen kan het bevorderlijk zijn om eerst een muziektherapie toe te passen waarin de cliënten niet moeten reflecteren. Charles van Dommelen zegt dat non-reflectieve muziektherapie bij cliënten kan helpen die moeite hebben bij hun emoties te komen, daaronder zeker ook cliënten met een depressie. Door zich vooral op de emotionele waarde van muziek te concentreren, kan de cliënt de innerlijke gevoelens aan het stromen krijgen, die hij tevoren heeft negeert. Bij cliënten met een psychose zeggen alle door mij interviewde therapeuten, dat zij een muziektherapie toepassen die weinig met reflecteren te maken heeft en zij daarmee goede resultaten bereiken. Het zou interessant zijn om ook bij de boven genoemde doelgroepen te onderzoeken in hoeverre een muziektherapie zonder verbale reflectie hun transfer positief kan beïnvloeden. Ik denk ook dat deze scriptie voor muziektherapeuten, die in een forensische instelling werken, van belang is en het zou zeker interessant en leerzaam zijn om ook bij deze doelgroep de werking van een non-reflectieve muziektherapie te onderzoeken.

Dit buiten beschouwing gelaten is het zeker van belang verdere neurologische onderzoeken in de gaten te houden. Ik heb mij tijdens de scriptie veel met deze thematiek bezig gehouden en voor mij lijkt het zo dat de neurowetenschappen vlak ervoor staan te bewijzen dat muziektherapie op zichzelf beschouwd, al een behoorlijke positieve invloed op de cliënt heeft en de invloed van de verbale nabespreking duidelijk kleiner is dan wij hadden gedacht. Ik denk het is zeker van belang om de volgende ontwikkelingen op dit gebied te vervolgen en in verdere onderzoeken te integreren. Nog lijken sommige uitspraken in deze scriptie hypothetisch, maar wie weet, misschien zijn het in tien jaren harde wetenschappelijk feiten.

Samenvattend kan ik stellen dat het een geslaagd onderzoek was, maar het laatste woord over die onderwerp is nog lang niet geschreven.

5.4 Samenvatting

Vanuit de constatering, dat het bij een cliënt met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis tot een verbetering van zijn transfer heeft geleid, dat hij binnen de muziektherapie niet achteraf over het beleefde moest reflecteren, wilde ik onderzoeken hoe dit kwam. Op die manier hoopte ik te ontdekken welke factoren zijn transfer konden bevorderen en hoe deze in samenhang stonden.

Het doel van dit onderzoek was het ontwikkelen van een nieuw werkmodel, welk zowel gebaseerd is op theoretische onderbouwing alsook de ervaringen en meningen van vier (c.q. vijf, mijzelf meegerekend) muziektherapeuten. Daarvoor worden oude rapportages van de desbetreffende cliënt via technieken uit de “Grounded Theory” analyseert. De resultaten werden met de evenals analyseerde uitkomsten van twee interviews met vier muziektherapeuten uit twee instellingen in Nederland en Duitsland vergeleken. De overeenkomsten werden met behulp van verschillende theorieën afkomstig uit de muziektherapie, psychologie en de neurowetenschappen theoretisch onderbouwd.

De resultaten van het onderzoek laten vermoeden, dat vooral de muziektherapeutische interventies, de onvoorwaardelijke acceptatie en de echtheid van de therapeut een positieve invloed op de cliënt hebben uitgeoefend. Deze invloed was duidelijk aan zijn persoonlijke thema's structuur, grenzen, emoties en acceptatie te zien, niet alleen in de therapie, maar ook in zijn dagelijks leven. Door de cliënt herhalend ervaringen op deze gebieden op te laten doen, kon zich het beleefde innerlijk verankeren. Een bijzonder positieve invloed voor de cliënt had het meemaken van een zogenoemde “Present Moment”, waarin hij duidelijk de positieve invloed van zijn eigen handelen kon voelen en zo gemotiveerd werd ook zijn handelen buiten de therapie positief te veranderen.

Literatuuropgave

- Arntz, A. & Bögels, S. (2000). Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Baarda, D. B., de Goede, M.P.M. & Teunissen, J. (2005). Basisboek kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bechara, A. (1997). Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. Science, 275, 1293 – 1295.
- Behr, A. & Wick, E. (2005). Muzikale communicatie – Communicatie over de muziek. Heerlen: Hogeschool Zuyd
- Bernstein, D.P., Arntz, A. & Vos, M.E. de (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting. Theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. Tijdschrift voor Psychotherapie, 33, 120-139.
- Boer, J.A. den (2004). Neurofilosofie. Hersenen, bewustzijn, vrije wil. Amsterdam: Boom.
- Bruscia, K. E. (1987). Improvisational Models of Music Therapy. Springfield: Charles C. Thomas Publications.
- Cloninger, C.R., Reich, T. & Guze S.B. (1975). The multifactoral model of disease transmission: III. Familial relationships between sociopathy hysteria (Briquets syndrome). British Journal of Psychiatry, 127, 23-32.
- Damasio, A.R. (2001). Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: List.
- Damasio, A.R. (2004). Descartes' Irrtum. Berlin: List Taschenbuch.
- Damasio, A.R. (2005). Der Spinoza-Effekt. Berlin: List Taschenbuch
- Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen. Basel: Beltz Verlag
- Girolamo, G. & Reich, J.H. (1993). Personality disorders. Genf: World Health Organization Publications.
- Hamburger, M.E., Lilienfeld, S.O. & Hogben, M. (1996). Psychopathy, gender, and gender roles: Implications for antisocial and histrionic personality disorders. Journal of Personality Disorders, 10, 41-55.
- Hakvoort, L. (2002). Observation and treatment criteria in music therapy for forensic patients. Paper presented at the 10th World Congress of Music Therapy, Hamburg.
- Hakvoort, L. (2003). A music therapy anger management program for forensic offenders. Music Therapy Perspectives, 20 (2), 123-132.
- Hakvoort, L. (2006). Forensische psychiatrie. In Smeijsters, H. (Red.). Handboek Muziektherapie, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Hare, R.D. (1985). A comparison of procedures for the assessment of psychopathy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 7-16.
- Kast, B. (2003). Revolution im Kopf. Berlin: Bvt Berliner Taschenbuch Verlags GmbH
- Kast, B. (2009). Wie der Bauch dem Kopf beim Denken hilft. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- König, K. (2007). Transfer: Von der Psychotherapie in den Alltag. Stuttgart: Klett-Cotta
- Langner, T.S. & Michael, S.T. (1963). Life stress and mental health. The midtown Manhattan study. New York: Glencoe
- Lilienfeld, S.O., VanValkenburg, C., Larntz, K. & Akiskal, H.S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorder. American Journal of Psychiatry, 143, 718-722.

- Maier, W., Lichtermann, D., Klinger, T., Heun, R. & Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. Journal of Personality Disorders, 6, 187-196.
- Marshall, L.A. & Cooke, D.J. (1999). The childhood experience of psychopaths: A retrospective study of familial and social factors. Journal of Personality Disorders, 13, 211-225.
- Meloy, J.R. (1995). Antisocial personality disorder. In Gabbard, G.O. (Ed.), Treatments of psychiatric disorders (2nd ed.; Vol. 2; pp. 2273-2290). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Mönter, U. (2002). Das Gespräch in der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau, 23, 5-21
- Morey, L.C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. American Journal of Psychiatry, 145, 573-577.
- Polit, D.F., Tatano Beck, C. & Hungler, B.P. (2004). Lehrbuch Pflegeforschung - Methodik, Beurteilung & Anwendung. Bern: Verlag Hans Huber
- Reich, J.H, Yates, W.R. & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. Social Psychiatry en Psychiatric Epidemiology, 24, 12-16.
- Singer, W. (2002). Der Beobachter im Gehirn. Frankfurt: Suhrkamp
- Singer, W. (2003). Ein neues Menschenbild? Frankfurt: Suhrkamp
- Smeijsters, H. (2003). Handboek Creatieve Therapie. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Smeijsters, H. (Red.) (2005). Praktijkonderzoek in vaktherapie. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Smeijsters, H. (Red.) (2006). Handboek Muziektherapie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Smeijsters, H. (2008 a). De kunsten van het leven: Band 1. Diemen: Veen Magazines
- Stern, D. (2007). Der Gegenwartsmoment: Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel
- Widiger, T.A., Trull, T.J. & Hurt, S. (1987). A multidimensional scaling of DSM-III personality disorders. Archives of General Psychiatry, 44, 557-563.
- Wilson, T. & Schooler, J. (1993). Thinking too much: Introspection can reduce the quality of preferences and decisions. Journal of Personality and Social Psychology, 60, 181 – 192.

Online bronnen:

Smeijsters, H. (2008 b). Vitality affects in der Musik. Forschung zur Analogie von musikalischen und psychischen Prozessen. Musiktherapeutische Umschau Online: http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/mu_downloads/smeijsters_vitality-affects.pdf. Datum opzoeken Juni 2010.

Smeijsters, H. (2009 a). 1. Onderzoeksvoorstel, probleemstelling, vraagstelling, doelstelling. Blackboard Hogeschool Zuyd Heerlen: http://blackboard.hszuyd.nl/bbcswebdav/xid-1681536_1 Datum opzoeken Juni 2010.

Smeijsters, H. (2009 b). 2. Onderzoekstypen en onderzoeksmethoden. Blackboard Hogeschool Zuyd Heerlen: http://blackboard.hszuyd.nl/bbcswebdav/xid-1681537_1 Datum opzoeken Juni 2010.

Smeijsters, H. (2009 c). 3. Werven van respondenten, dataverzamelingstechnieken, kwaliteitscriteria. Blackboard Hogeschool Zuyd Heerlen: http://blackboard.hszuyd.nl/bbcswebdav/xid-1681538_1 Datum opzoeken Juni 2010.

Smeijsters, H. (2009 d). 4. Data-analyse. Blackboard Hogeschool Zuyd Heerlen: http://blackboard.hszuyd.nl/bbcswebdav/xid-1681539_1 Datum opzoeken Juni 2010.

Smeijsters, H. (2010). Kernbewustzijn en analogie in kunst. Werken met doorvoeld weten in vaktherapie. Kenvak Online: <http://kenvak.hszuyd.nl/files/presentaties/kernbewustzijn.pdf>. Datum opzoeken Juni 2010.

Wikipedia. (2010). http://de.wikipedia.org/wiki/Flow_%28Psychologie%29 Wikipedia: Flow (Psychologie). Datum opzoeken Juni 2010.

Bijlage 1: Begrippenkader

Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis: Personen met een ASPS worden gekenmerkt door de minachting van sociale verplichtingen en de gevoelens van hun medemensen. Tussen de gedragingen van een persoon met een ASPS en de algemeen geldende sociale normen bestaat een duidelijke discrepantie. Zij hebben meestal een geringe frustratietolerantie en hun gedrag laat zich ook niet door straf veranderen.

Belevingsgericht: (in samenhang met muziektherapie of therapie in het algemeen), een vorm van therapie waarbij de focus op het door de cliënt beleefde ligt, dus vooral op de → Emoties en lichamelijke sensaties die de cliënt tijdens de therapie beleeft, minder op de gedachten (→ cognities).

Bruscia-technieken: Door de Amerikaans muziektherapeut Dr. Kenneth Bruscia ontwikkelde improvisatietechnieken, die de therapeut in de muziek kan toepassen om invloed op de cliënt uit te oefenen.

Borderline-persoonlijkheidsstoornis: wordt door impulsiviteit en instabiliteit in tussenmenselijke relaties, stemmingen en zelfbeeld gekenmerkt. Bij een BPS zijn bepaalde zones van gevoelens, het denken en het handelen belemmerd. Dit uit zich in negatief en soms paradox gedrag in tussenmenselijke relaties en een verstoord relatie tot zichzelf.

Cognities: staat hier voor de mentale activiteit die de processen van leren, herinneren, denken, interpreteren, geloven en het oplossen van problemen bevat.

Emoties: (verschilt van → Gevoel) zijn naar buiten gericht, publiek en kunnen onbewust in het lichaam worden opgewekt. Emoties hebben als taak de mens te laten overleven. Een emotie is een belangrijke informatieverschaffer en een bron van ons weten. Het gaat aan de cognitie vooraf en kan zich aan onze gedachten en onze wil onttrekken. Emoties dragen bij aan ons vermogen om redelijk te denken. Zij kunnen hun invloed laten gelden op de menselijke geest, dankzij → gevoelens. Daarom zijn ze onlosmakelijk verbonden met het idee van goed en kwaad en zijn zij de metgezellen van ons gedrag. (Damasio, 2001)

Emotionele Intelligentie: verwijst naar de capaciteit om onze eigen gevoelens en die van anderen te herkennen, om onszelf en anderen te motiveren en om goed om te gaan met eigen emoties en emoties bij relaties.

Expressief: (hier) Het naar buiten medelen van gevoelens, emoties en het beleefde.

Gevoel: (verschilt van → Emotie) Gevoelens zijn naar binnen gericht en privé. Willen zij werkelijk en duurzaam invloed hebben, dan is er bewustzijn vereist, want alleen door de komst van een zelfgevoel kan een individu weet krijgen van de gevoelens die hij of zij heeft. Doordat dit weten bewust ervaren wordt, is de mens in staat tot reflectie en planning. Een gevoel hebben is niet hetzelfde als een gevoel kennen, dus reflectie staat nog weer een treetje hoger. (Damasio, 2001)

Interventie: (soms ook therapeutische interventie; zie ook → Muziektherapeutische interventie) Hiermee wordt een handeling bedoeld waarmee een bepaald therapeutisch effect bij de cliënt wordt beoogd. Het begrip therapeutisch heeft betrekking op een verbetering van de toestand van de cliënt. Interventies zijn niet dwingend verbaal.

Kernzelf: Het bereik van het kernbewustzijn is het hier-en-nu. Het kernbewustzijn wordt telkens opnieuw opgebouwd voor ieder object waarmee de hersenen in wisselwerking treden. Voor de opbouw van het kernzelf zijn geen cognitieve functies nodig. Het kernzelf ontstaat terwijl het woordloze verhaal van het lichaam zonder interpretatie wordt verteld. De essentie van het kernbewustzijn is de mens die bezig is handelend en voelend informatie te verwerven over het bestaan. (Damasio, 2001) Het kernzelf heeft alles te maken met intuïtie. "Intuïtie ervaart als totaliteit", daarom is er een ander medium dan woorden of cijfers nodig om deze totaliteit te kunnen weergeven. (Smeijsters, 2008)

Kernzelfervaring: Een ervaring die vanuit het → Kernzelf wordt gemaakt. Deze kan gebruikt worden binnen de therapie om het → Proces van de cliënt te bevorderen

Muziektherapeutische interventie: Is een handeling die de muziektherapeut in de muziek uitvoert, door bijvoorbeeld verschillende muziektherapeutische technieken (zie ook → Bruscia technieken) te gebruiken. Het doel ervan komt met het doel van een therapeutische → Interventie overeen.

Nabespreking: zie → Verbale Reflectie

Parameters: (hier: muzikale parameters), alle aspecten die de totale klank van de muziek bepalen. Deze zijn Melodie, Metrum (de “puls” van de muziek), Ritme, Dynamiek (volume), Tempo, Timbre (klank van de muziek) en vorm.

Persoonlijkheidsstoornis: is een categorie van psychische aandoeningen die gekenmerkt wordt door een star en duurzaam patroon van gedachten, gevoelens en gedragingen die binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijkt van de verwachtingen.

Persoonlijkheidsstoornis (cluster B): Persoonlijkheidsstoornissen zijn onderverdeeld in drie verschillende groepen (clusters). In het cluster B verdeelt men cliënten die theatraal, emotioneel en grillig gedrag vertonen. Binnen het cluster bestaan vier verschillende persoonlijkheidsstoornissen: De → anti-sociale, de → Borderline-, de → theatrale en de → narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Present Moment: “de gevoelde, niet-symbolische, niet-verbale ervaring van wat er nu gebeurt. In deze ervaring wordt duidelijk hoe de dagelijkse subjectieve beleving wordt opgebouwd” (Smeijsters, 2008). Beschreven ervaringen achteraf kennen nooit meer het gevoel dat er was in het ‘present moment’. Een mens kan vertellen over de hevige schrik die hij kende toen zijn kind van het klimrek dreigde te vallen, maar dat is niet hetzelfde als de ervaring, het schrikgevoel zelf, van dat ene moment.

Proces: (hier) ontwikkeling van de cliënt, het bewerken van zijn probleem, dat uiteindelijk ter verbetering en genezing voert.

Psychiatrische Instelling: Psychiatrische kliniek

Psychiatrische Setting: In de psychiatrische setting betekent hier: in de omgeving van de psychiatrische behandeling, dus de cliënt zit in behandeling door een of meerdere therapeuten omdat er een psychische aandoening diagnosticeert werd.

Reflectie: betekent dat de cliënt zichzelf een spiegel voorhoudt om zo stil te staan bij hoe hij bijvoorbeeld werkt en leeft, welke keuzes hij daarbinnen maakt, welke vaardigheden hij inzet en hoe dat voelt. Deze vorm van reflectie kan helpen bij de persoonlijkheidsontwikkeling van de cliënt en zijn → proces bevorderen.

Tegenoverdracht: (hier) de reactie die de therapeut op de → overdracht van de cliënt heeft. Hij voelt dus bijvoorbeeld aan, dat er iets niet in orde is. Dit wordt hem intuïtief bewust gemaakt.

Transfer: hier wordt van transfer gesproken als zich zichtbare effecten van de behandeling in het dagelijkse leven manifesteren

Verbale Reflectie: concreet binnen de muziektherapie: Het verbaliseren, verwerken en uitbreiden van het binnen de muziek beleefde, binnen de groep of alleen met de therapeut.

Vitality Affects: Vitality affects zijn de patronen van gevoelens, gedachten en gedragingen. Zij worden bepaald door de parameters ritme, tempo, intensiteit, vorm, beweging en aantal. Mensen herkennen eenzelfde patroon van parameters in verschillende verschijnselen binnen en buiten zichzelf. Wat zich in het → Present Moment gevoelsmatig in ons afspeelt wordt het dichts benaderd in de vitality affects.

Bijlage 2: Interview met Charles van Dommelen

Respondent: Charles van Dommelen

Interviewer: Tom Enders

Datum: 15.04.2010

Tom: Oké, dan ik ga ik eerst even een paar gegevens verzamelen. Eerst moet ik even je leeftijd hebben.

Charles van Dommelen: Mijn leeftijd?

Tom: Ja.

Charles: In ieder geval ouder dan achttien (lacht). 57.

Tom: OK. Vertel je even iets over je opleiding en je beroepservaring?

Charles: Ik ben in 1973 begonnen in de psychiatrie, in een verpleegopleiding, daarvoor heb ik als verpleger bij verstandelijk gehandicapten gewerkt. Daar was eigenlijk mijn eerste ervaring al bij het toepassen van muziek, bij de verstandelijk gehandicapten. In een activering, door middel van neurietoeters en door kleine instrumenten, samen meespelen met muziek. Dat werkte zo goed uit, dat ik dacht van: "Hey, daar zit wat in". Toch heeft het eigenlijk vrij lang geduurd voordat ik echt muziektherapie ging doen, dat heeft eigenlijk geduurd tot 1985. Tot die tijd ben ik vooral het verpleegkundige zaken bezig geweest. En 1985 kreeg ik de kans om vanuit de affiniteit met dit medium muziek op de muziektherapie te gaan werken, in het toenmalige Sint Anna in Venray. Omdat ik al methodisch behoorlijk goed geschoold was, was het mogelijk voor mij om muziektherapie in ieder geval boven het ontspanningsgehalte in te zetten en echt methodisch te gaan werken met het muzikaanbod. Het heeft echter tot 1989 geduurd, voordat ik de deeltijdopleiding muziektherapie in Nijmegen kon volgen, en dan heb ik in 1993 afgesloten met een diploma. Later heb ik nog een muziekregistratie gehaald, via het toenmalige registratiesysteem. En eigenlijk van 1985 al werk ik als muziektherapeut. Eerst voornamelijk bij oudere mensen en de laatste twaalf jaar in de volwassenen psychiatrie.

Tom: Dat was hier?

Charles: Ja, hier en dat was voorheen ook al in Venray.

Tom: Sinds wanneer ben je hier in het RC?

Charles: Wij zien hier in het RC geloof ik 2001 begonnen.

Tom: Goed. Dan even een vraag: In het algemeen en in procent: Hoeveel aandeel heeft het gesprek bij jou in de muziektherapie?

Charles: Meestal is het een reflectiegesprek aan het einde van de sessie en soms tussendoor om er greep op de krijgen en dingen te duiden, maar ik moet zeggen dat dit niet altijd nodig is. Soms wordt het al vanuit de ervaring duidelijk van wat er speelt en dat zegt dit al genoeg.

Tom: Ja maar hoeveel procent – ongeveer – zou je zeggen van de sessie is gesprek?

Charles: Ik denk ongeveer hooguit 20%.

Tom: En hoe belangrijk is de nabespreking voor jou?

Charles: Ik vindt het wel belangrijk, omdat je op die manier een naam kunt geven aan dat wat er gebeurd, wat er gebeurd is en wat er ervaren is. Het werkt gewoon toch het beste op het moment dat je het kan duiden. Het is niet altijd mogelijk.

Tom: Dus je zet nabespreking eigenlijk als koppeling in, als bewuste verbale koppeling van het beleefde?

Charles: Als bewuste verbale koppeling, maar ook om daarmee een transferervaring elders makkelijker te maken.

Tom: En hoe komt het dat je dat zo doet? Heb je dat zo geleerd op de je opleiding of is het de ervaring of hoe kwam dat?

Charles: Nou, dat is natuurlijk ook wel een opleidingsgegeven geweest, maar in feite heb ik dat als steeds gedaan. Ook uit ervaring met mijn vorige werk in de verpleging en in sociotherapeutische gemeenschap was het vooral ook praten over ervaringen. In die zin is dat altijd al geweest. Ik weet niet of het echt gegroeid is door de muziektherapie of de opleiding. Het is eigenlijk iets wat ik altijd al belangrijk vindt, als het mogelijk is.

Tom: Dus de muziek neemt ongeveer 80% van de sessie in...

Charles: Ja, minimaal!

Tom: Oké, en hoe belangrijk is de muziek dan voor jou?

Charles: Het is een middel! Het is een middel, waarvan ik weet dat mensen op hun gevoelens aangesproken worden en dat ze hun gevoel daarin kwijt kunnen. Ik weet, dat het een heel goede manier is om samenwerkingspatronen en rollen die mensen hebben heel makkelijk zichtbaar en hoorbaar te kunnen maken. En ook makkelijker grijpbaar om daar eventueel ander gedrag in aan te leren en te oefenen.

Tom: Dus je gebruikt de muziek vooral voor expressie van emoties?

Charles: Expressie van emoties, maar ook het verwerken van emoties en van gebeurtenissen. En aan de anderen kant om samenwerkingspatronen en gewoontes aan het licht te krijgen en eventueel te veranderen ter bevordering van sociaal contact. Van omgaan met jezelf ten opzichte van de ander en omgaan met de ander. Dat zijn de twee hoofdaspecten.

Tom: Ik heb hier ook een paar aspecten van de muziektherapie verzamelt. Zou je mij kunnen zeggen of je bij deze aspecten meer met de muziek werkt of meer met de nabespreking. Wat vindt je belangrijker voor de transfer, wat heeft volgens jou een positieve invloed erop? Als eerste heb ik hier het aspect "verbetering van de waarneming van zichzelf". Daartoe moet ik zeggen dat ik het hier over cliënten heb die niet psychotisch zijn.

Charles: Vooral de muziek! Ik laat mensen heel vaak luisteren naar zichzelf en hoe zij spelen door bijvoorbeeld de muziek te vertragen en te vragen om vooral op zichzelf te letten. Dat vraag ik ze natuurlijk wel verbaal, maar de ervaring daarin vindt in de muziek plaats. Wij nemen vaak muziek op en luisteren terug, zodat zij zelf een idee krijgen hoe hun spel zich verhoudt ten opzichten van anderen.

Tom: En als je dan erna terug luistert, leidt je hun dan verbaal? Moet je dan veel navragen en laat je de cliënten dit zelf doen?

Charles: Ik bevraag ze op hun ervaringen en daar doen wij iets mee, daar praten wij over. Van "Heb je jezelf gehoord?" en "hoe vindt je dat?"

Tom: Maar je zegt daarmee ook dat zij eigenlijk het verbale nodig hebben om te realiseren wat zij gedaan hebben. Of is het soms zo dat sommige cliënten dat ook zo waarnemen?

Charles: Ik denk dat het verbale heel erg helpt. Dat wil niet zeggen dat wanneer je dit niet nabesprekt dat het dan helemaal niet werkt, dat kan wel. Maar ik denk wel dat het verbale het bewust worden van dingen versterkt.

Tom: OK. En het aspect "verbetering van de waarneming van anderen"?

Charles: In de muziek. Zij horen de anderen en zij passen hun eigen spel erop aan, al of niet. Vooral in de muziek. Ik werk vaker wel met samenwerkingsopdrachten waarbij wij terugluisteren naar de opname. En dan komt erna de vraag: "Wat zouden wij kunnen veranderen aan het samenspel om het nog beter te maken?" En dan komen er toch goede reacties op die ook zinvol zijn. En dat wordt dit omgezet in de muziek en weer besproken. En eigenlijk als de ervaringen positief zijn dan probeer ik toch de link te leggen naar situaties buiten de muziek. "Waar kom je dat nog meer tegen of herken je zo dingen?" En dat is weer verbaal.

Tom: Hoe is het met het aspect "omgang met conflicten"?

Charles: Vooral verbaal. Binnen de muziekssessies verbaal. Als het conflicten tussen groepsleden onderling zijn dan is het verbaal. Als het conflicten zijn waarbij mensen enorm gefrustreerd zijn, dan zou in eerste instantie de ontlading non-verbaal geschieden. Dat wel. Als je bedoelt conflicten binnen de groep - die ook voorkomen - is het belangrijk dat dit ook besproken wordt. Dan gebruikt ik ook geen muzikale middelen om dit op te lossen, hooguit naderhand in het samenspel kijken: Gaat het nu weer of niet?

Tom: Maar conflicten die de cliënt met zichzelf heeft of met mensen buiten de groep, die los je vooral in de muziek op?

Charles: Ja. Er komen heel vaak mensen hier die worden aangemeld met de vraag om agressieregulatie te doen. En heel vaak is dan toch de agressie ontstaan uit voortdurende frustratie over dingen, die niet goed zijn gegaan en conflicten die zij hebben gehad of nog steeds hebben. En dan vindt ik het wel heel erg belangrijk dat zij stoom afblazen in eerste instantie. En dat zij begrip vinden voor hun emoties en dat de emoties er mogen zijn. En dat kunnen zij het beste ervaren door ze maar te uiten en daar is muziek een heel goed middel voor.

Tom: Je hebt gezegd dat voor jou ook het samenwerkingsaspect belangrijk is. Dat is ook mijn volgende vraag, namelijk naar het interactionele aspect. Hoe ga je daar aan de slag, muzikaal of verbaal?

Charles: Nou, ik werk meestal aan de hand van opdrachten. Bijvoorbeeld als iemand heel moeilijk op de voorgrond komt, als die zich voortdurend aanpast, dan vraag ik aan de patiënt "OK, jij begint nu te spelen en iedereen past zich aan jou aan en wij zien dan wat er gebeurt". Misschien gebeuren daar nog andere dingen dan wanneer je altijd probeert je best te doe om je aan te passen aan andere. Ook als iemand heel moeilijk kan luisteren, dan plaats ik hem juist in een volgende rol van "Luister eens goed hoe iemand speelt en of je je daaraan kunt aanpassen" Nou dat zijn meestal twee tegenpolen en alles wat er tussen hoort. Als iemand heel moeilijk in contact kan komen dan ga ik oefenen met muzikale parameters, met tempo, met ritme, met dynamiek.

Tom: En het aspect "omgaan met structuur"?

Charles: Muziek is structuur, vindt ik! Als de muziek geen structuur heeft, dan heb je chaos, daar kun je natuurlijk ook wat mee, maar vooral de structurerende kant van muziek is gewoon heel sterk aanwezig en een heel belangrijk item, is een heel belangrijk middel om structuur aan te leren, te laten ervaren en aan te brengen.

Tom: Dus je zou zeggen dat aanleren van structuur gemakkelijker gaat met muziek dan op een verbale manier

Charles: Ja, zeker dan het aanleren op verbale manier. Je kunt wel zeggen van "ik doe vandaag dit zo laat en dat zo laat en dat zo laat", en je kan het gesprek wel structureren van "wij gaan het hierover hebben en dan daarover en dan daarover". Dat zijn allemaal processen die met het rationele te maken hebben en ik denk als je dit koppelt aan de ervaringen, dat dan de cognitie veel sterker werkt.

Tom: En "waarnemen van emoties"?

Charles: Als je naar muziek luistert, dan roept dat iets in je op, dat ervaar ik niet alleen zelf, maar iedereen ervaart het iedere dag. Muziek roept iets op, het zij dat je daardoor helemaal bevangen wordt, het zij dat je daar opgefokt of verdrietig van wordt, of heel verdrietig of zelfs bang: Muziek heeft zijn weerslag op emoties, absoluut.

Tom: Als een cliënt de vraag heeft: "Ik wil mijn emoties beter kunnen waarnemen"? Komt dat voor, dat een cliënt zoiets vraagt?"

Charles: Ja, ik krijg wel vaker te vraag, vooral van verbale psychotherapeuten. Die vragen wel eens vaker: "Mijn cliënt kan niet bij zijn gevoel komen, kun je met muziektherapie kijken of het daarmee wel lukt" Deze vragen krijg ik wel en het werkt ook! Het is absoluut mogelijk.

Tom: Het is ook duidelijk geïndiceerd?

Charles: Ja, dit kan een indicatie zijn voor muziektherapie.

Tom: Oké. En het aspect "accepteren van emoties"? Dat is dan de volgende stap. De emoties waarnemen en dan nog accepteren...

Charles: Ja, dat ligt een beetje in het verlengde. Als mensen heel moeilijk bij hun gevoel kunnen komen is mijn ervaring, dat er heel vaak gevoelens achter zitten, die niet prettig zijn en die zij liever niet willen ervaren en misschien nog niet eens willen hebben. Op het moment dat het via de muziek lukt om hun tot contact met deze gevoelens te brengen - dat zij merken dat dit op een heel acceptabele manier kan en dat dit eigenlijk normale gevoelens zijn - dan werkt dat ook aan een acceptatieproces. Juist door het wel te ervaren, kun je leren het te accepteren, zolang je daar omheen wil, accepteer je niet.

Tom: En tot slot “omgaan met emoties”...

Charles: Dit heeft ook met acceptatie te maken. Ik ga uit vanuit het voorbeeld van iemand die enorm gespannen en gefrustreerd is die zal eerst bij zijn gevoel moeten komen. Als het dan lukt om stoom af te blazen, zodat de spanning er een beetje uit is, zodat zij in ieder geval meer ruimte voelen voor zichzelf, dan zeg ik altijd: Dan ben je niet klaar, dan begint de therapie pas. En dat is in zoverre, dat je dan eraan moet werken aan “Hoe komt het dat de emmer zo snel overstroomd en wat kun jij anders doen om dat te voorkomen. En dan gaat het meer om het leren omgaan met emoties. En dat kan hem zitten in het oefenen in een samenspel, waarin je jou rol en jou functie probeert te ontdekken: “Hoe kun je anders met andere mensen samenwerken en omgaan, waardoor je dezelfde frustratie bijvoorbeeld niet oploopt?”

Tom: Zou je zeggen, dat bij deze stap het verbale deel belangrijker is, dan bij de voorafgaande?

Charles: Ja, als het gaat om het veranderen van gedrag denk dat het heel belangrijk kan zijn. Als het om het aanleren van nieuw gedrag gaat, zou ik zeggen dat het verbale toch een heel belangrijk stuk is. Maar ook daar geldt: Niet iedereen is in staat tot reflectie. Maar dat wil ook niet zeggen dat wanneer de reflectie niet mogelijk is, dat het daar niet nodig is om eraan te beginnen. Maar een heel langdurige reeks van ervaringen kan ook resultaat leiden.

Tom: Maar je gaat eigenlijk ervan uit dat je het in ieder geval probeert?

Charles: Ja.

Tom: Als je nu naar de door mij genoemde aspecten terugkijkt, op welke aspecten heeft volgens jou de muziek de meeste invloed?

Charles: Waarneming en emoties.

Tom: En het interactionele aspect, die heb je eerder al als belangrijk beschreven?

Tom: En met “minste” invloed heeft het echt op het aanleren van nieuw gedrag zeg je. Je zei daar gebruik ik de verbale nabespreking het meeste eigenlijk.

Charles: Ja, daar gebruikt ik verbaal het meeste.

Tom: En hoe belangrijk vindt je die aspecten, emoties en waarneming?

Charles: Daar begint het mee. Dat is de basis van je zijn en van je dingen doen. Van daaruit reageer je, denk ik.

Tom: Goed, dat was nu nog een beetje algemeen. En als je nu naar de casus kijkt, van Rob, wat denk je welke aspecten daar het belangrijkste waren?

Charles: Ervaringen opdoen. En natuurlijk ook de emoties, het ventileren van emoties was absoluut belangrijk. Emoties een plek geven, even uitzagen, in eerste instantie het emotionele aspect. Bij hem was de spanning zo hoog en hij was zo explosief dat er maar weinig hoefde te gebeuren en er gebeurden allerlei dingen waar hij later spijt ook van kreeg. En dan is het vooral van belang om de emotionele kant ruimte te geven. Dat in eerste instantie.

Tom: Daar was die ook voor aangemeld?

Charles: Ja. Hij was aangemeld voor agressieregulatie.

Tom: En het veranderen of beter aanpassen van zijn persoonlijkheid had er geen plek in?

Charles: Later had dat zij plek in. Door hem steeds meer te laten ervaren hoe je samenwerkt, hoe dat je emoties ruimte kunt geven, dat de emoties die die had dat die eigenlijk onvoorwaardelijk accepteert werden door mij, dat heeft toch tot verandering gebracht. Dat is een heel langdurige proces geweest, waarbij natuurlijk ook al andere factoren een rol hebben gespeeld. Hij was nog een regelmatig verliefd, maar daar zou onbehouden dat het hem niet lukte, om een relatie überhaupt in stand te houden of aan te gaan. Hij was werkeloos, hij had schulden, dat waren allemaal dingen die het hem heel erg moeilijk maakten, maar door hem daarin als persoon serieus te nemen en te accepteren heeft hem ook veel gedaan, maar dat zit ook in niet muzikale aspecten van het omgaan als therapeut natuurlijk. Maar ook om hem in de muziek te accepteren heeft zeker bijgedragen. En in een nog later stadium, ja daar zijn wij hem ook nog gaan trainen, en hebben aan zijn frustratietolerantie gewerkt, door hem bijvoorbeeld te laten drummen en de frustratie van een leerproces op die manier aan te gaan. En voor hem is dat ook een belangrijke ervaring geweest.

Tom: Je zegt nu dat vooral het accepteren van hem als persoon bevorderlijk was voor hem?

Charles: Hij zat in een situatie waarin die door iedereen uitgekotst werd. En dat heeft die hier niet ervaren, wij zijn doorgegaan met hem en de manier zoals hij was.

Tom: Ik heb de ervaring bij hem zelf gemaakt dat ik het gevoel van acceptatie van hem beter kon bemiddelen via de muziek dan verbaal. Wat is jou ervaring ermee?

Charles: Als hij in de muziek zijn ding kon doen en zijn ding kon laten horen en zich kon uiten en hij merkte dat het ook nog een beetje ertoe deed, dat streelde dan ook absoluut zijn ego. En dat is ook belangrijk. Maar ook in het gesprek, hij moest ook altijd zijn hart luchten over “die klote maatschappij” en “de klote gemeenschapsinstanties” en zo dingen, maar ja: Laat maar even gebeuren. Dat heeft ook goed voor hem gewerkt. Het zit allemaal in het stoom afblazen, maar in de muziek kon je daar eigenlijk beter reactie uitlokken, waar die dan wel controle over kreeg.

Tom: Ik zelf heb de ervaring gemaakt dat vooral het muziek maken en het weglaten van een klassieke reflectieve muziektherapeutische nabespreking zijn transfer heeft bevordert. Maar zeker ook het verbaal accepteren was van belang. Ik heb hier een aantal theorieën en verklaringsmodellen verzamelt, zou je mij kunnen zeggen in hoeverre jij denkt dat deze van toepassing kunnen zijn bij de cliënt?

Charles: Ja.

Tom: De eerste theorie is: “De cliënt moest vooral gewoon zijn energie kwijt en kon dit in de muziek gemakkelijker dan verbaal”

Charles: Van toepassing. Absoluut van toepassing. Hij moest in eerste instantie zijn energie kwijt. De ontlading van zijn emoties en van zijn spanning werd in de muziek veel sterker, dan het vertellen van waar die over baalde of iets dergelijks.

Tom: En de afbouw van deze spanning heeft hem ook in zijn dagelijkse leven beïnvloed?

Charles: Absoluut. Daar vond een transfer plaats. Ja, dat is onvermijdelijk. Als je spanning kwijt wordt, dan werkt dat door. Hoe lang is de vraag natuurlijk, vooral als je er verder niets aan doet. Tot dat je weer nieuwe spanning oplaadt natuurlijk. Maar meestal ging Rob opgelucht weg hier en dan kon die weer even tegen. En hij kon er ook steeds langer tegen, het ontladen en afnemen van spanning had steeds langer effect.

Tom: Ja. En wat is met: “In de muziek kon de cliënt beter structuur ervaren zonder dat zijn grenzen aangetast werden. Verbaal voelde hij zich sneller “aangegrepen” (er werd over zijn grens gegaan) en hij blokte pogingen tot structurering af.”

Charles: In de muziek kon hij zijn grenzen beter hanteren, maar tegelijkertijd liep hij ook in de muziek tegen grenzen aan, waar hij in de muziek gemakkelijker om kon gaan, dan in het normale contact. Hij kon zijn grenzen beter hanteren, de structuur beter toepassen en vasthouden, maar hij had er zijn grenzen in en door er tegen de ze grenzen aan te zitten leerde hij daar gemakkelijker mee omgaan en gemakkelijker de structuur vast te houden. Hij kon de muziek beter ervaren zonder tegen zijn grenzen aan te lopen, maar van de andere kant, als hij binnen de grenzen aanliep kon hij die ten duur steeds makkelijker hanteren. Het structurerende vermogen is door de muziek vergroot en versterkt worden.

Tom: Ook in zijn dagelijks leven?

Charles: In de eerste instantie werkte dit alleen in de muziek. Ja, maar uiteindelijk heeft hij dat in zijn dagelijkse leven ook onder de knie gekregen en ik denk dat dit een gevolg ervan was. Het was ook de enige therapie, die hij heeft gedaan. Ik ben ervan overtuigd, dat dit ertoe geleid heeft dat hij dit in zijn dagelijkse leven toch beter is gaan kunnen. Uiteindelijk heeft hij toch een baan gevonden en heeft deze vast kunnen houden.

Tom: Je hebt hem nog gezien...

Charles: Ja, ik heb hem ongeveer een driekwart jaar na afloop van de therapie nog eens gezien en het ging erg goed met hem, hij was tevreden.

Tom: Dan nog volgende aspect: "Omdat de cliënt over een beperkt reflectievermogen beschikte, kon hij zich met muziek beter uitdrukken dan met woorden"

Charles: (direct) Ja.

Tom: Was hij een cliënt, die beperkt was in zijn reflectievermogen?

Charles: Ja absoluut, dat reflecteren was eigenlijk niet besteed aan hem. Hij moest het vooral van de ervaring hebben. Heel veel praten over "Hoe komt het nou dat je dit gedaan hebt..." en dan hopen dat die daar iets van leerde, dat kon je vergeten bij hem. Wij hebben hem heel lang ook als niet leerbaar gezien. Uiteindelijk heeft hij toch hier wat geleerd, daar ben ik van overtuigd.

Tom: Oké, de volgende: "In de muziek kon Rob meer gedifferentieerd met zijn emoties aan de slag gaan. Door muzikaal af te stemmen op zijn emoties voelde zich de cliënt beter gesnapt en accepteert en dit heeft uiteindelijk tot de transfer geleid. Via woorden zouden wij deze ervaring "kapot gepraat" hebben."

Charles: (korte pauze) Ja. Het is een stelling die je daarin die je poneert die ik wel onderschrijf. Als wij hadden geprobeerd om daar vooral woorden aan te geven, dan had hij het gewoon niet begrepen. Door het gewoon bij de ervaring en bij zijn eigen waarneming te houden, heeft die zijn eigen verhaal daar langzamerhand aan kunnen maken.

Tom: Hing dat ook met zijn beperkt reflectief vermogen samen?

Charles: Ja, hij snapte dat gewoon niet. Jij kon het met hem niet daarover hebben, ik heb het bij hem in het begin ook probeert, maar dan merkte ik gewoon dat dat niet binnen kwam en dat die er niets mee kon. Dat het hem eerder nog meer frustreerde, wanneer hij daar werkelijk iets aan had. En door puur het op zijn ervaring te hebben en soms wel nog zijn ervaring te benoemen, maar niet te reflecteren over waar dat vandaan kwam, wat je daarmee kan...

Tom: Was het "zich accepteert voelen" belangrijk voor hem?

Charles: Ja, absoluut. Het was cruciaal.

Tom: En zou je zeggen dat dat bij andere cliënten heel belangrijk is?

Charles: Ja, als mensen met een probleem bij je komen dan zijn ze in feite heel erg kwetsbaar. Als je zij niet accepteert en respecteert zoals zij op dit moment zijn... Ik vindt acceptatie persoonlijk een grote voorwaarde voor therapie!

Tom: Volgende stelling: "De situaties binnen het medium waren voor Rob (cognitief) bewust analoog aan de situaties buiten de therapie. Zo kon hij zij transfer maken."

Charles: Ik denk niet dat hij zich ervan bewust was. In de muziek gaf hij wel aan, dat hij het bijvoorbeeld moeilijk vond om in een leidende rol te stappen en je merkte het ook aan hem. En dat hebben wij erg veel geoefend. Bijvoorbeeld het in balans brengen van zijn links-rechts-coördinatie en dit controleren, het structuur aanbrengen aan het uiten van emoties en het daarmee beheerbaarder en controleerbaarder te maken, dat zijn belangrijke aspecten geweest. Dat hij zo kon ervaren dat hij boosheid niet net zolang vast moest houden tot dat de bom barstte, maar dat je daarmee ook eerder iets kon. Dat zijn ervaringen waar wij heel veel aan gewerkt hebben.

Tom: Zou het kunnen, dat de veranderde therapeut en daarmee aan de veranderde relatie tussen cliënt en therapeut een cruciale invloed op de transfer gehad heeft? In hoeverre heeft dit Rob beïnvloed.

Charles: Ik denk dat die daardoor zijn ervaringswereld verbreed heeft. Dat het niet alleen bij mij op een bepaalde manier ging, maar ook met anderen zoals jou. Ik denk dat dit zijn ervaringen verbreed heeft en in die zin definitief ja.

Tom: Oké het volgt weer een stelling: “De muziek werkte in op de onbewuste kant van B. en maakte daar zijn invloed. Verbaal zou hij deze invloed ontkent hebben en dus niet verinnerlijken. Zijn onbewuste kant weet meer wat goed voor hem is en wat niet dan zijn bewuste kant. Met woorden “beliegt” hij zijn onbewust positieve beleefde ervaringen.”

Charles: Ik heb het gevoel gehad, dat Rob vooral instinctief reageerde, niet zozeer op de overwegingen en dat soort dingen, maar meer vanuit impulsen, vanuit zijn instinct, vanuit het zich bedreigd of gekwetst voelen kon hij ineens uitbaarsden. Hij was eigenlijk een ongeleid projectiel. Wel juist in de muziek heeft hij daar greep op gekregen. Maar daarnaast was hij ook een echte macho, die een bepaalde houding had aangenomen om stelling te nemen tegen de rest van de wereld. En vanuit deze verdedigende houding zou hij de invloed absoluut ontkent hebben.

Tom: Ja ik kan mij ook aan een situatie herinneren waar hij een emotioneel proces rond het verlies van zijn kinderen verbaal ontkent heeft. Hij schot dan direct in een verdedigende rol, alsof hij de schijn van de stoere kerel wilde waren.

Charles: Ja, op plekken waar hij zich niet vertrouwd voelde, dan was hij zo. Zodra je hun vertrouwen had kon je daar wel bij komen. Dan kon je ook binnen de muziek met andere instrumenten werken. De trommel was er vooral om stoom af te blazen en iedereen eens goed de waarheid te zeggen en het piano sprak juist het zachte en kwetsbare aan. Daar hebben wij ook lang mee gewerkt. En daarvoor was vooral het vertrouwen nodig, als ik ermee begonnen was was hij gillend weg gelopen.

Tom: En dat vertrouwen heb je vooral bereikt door acceptatie?

Charles: Door acceptatie, door hem te merken dat ik er achter hem stond. Het relationele aspect is daar heel belangrijk bij geweest. Dat is overigens in elke therapievorm belangrijk, het zich in het relationele aspect geaccepteerd voelen en gewaardeerd weten, dit werkt ook in de ervaring zonder dat erop hoeft te reflecteren.

Tom: Was de muziek dan een duidelijk hulpmiddel om tot deze acceptatie te komen?

Charles: Ja, in de muziek kon je heel snel iets delen wat je samen had. Een heel belangrijk hulpmiddel dus!

Tom: Dat past een beetje bij de theorie van de present moment

(Het volgt een uitleg over deze theorie)

Tom: Bij Rob heb ik zo een Present Moment meegemaakt. Daar hebben wij allebei op de grote trommel gespeeld en hij was heel erg gefrustreerd en teleurgesteld van zichzelf, omdat hij een ruzie met een vriend heeft gehad. Dit was vanuit zijn persoonlijkheid, vanuit zijn handelen gekomen. Je kon aan hem merken dat hij er erg spijt van had, verbaal ontkende hij dit echter steeds weer. Maar in de muziek ontstond er een duidelijk moment, waar wij echt heel synchroon hebben gespeeld en ons hebben aangevoeld. En ik heb ook bij Rob gezien dat het heel erg indrukwekkend voor hem was. Misschien ken je ook zo een moment uit je muziektherapeutische geschiedenis?

Charles: Ja, ik ken die momenten ook bij Rob. Maar dan niet zozeer in het slagwerk maar tijdens het pianospel. Daar heb ik wel momenten gehad dat hij op de piano zijn spel speelde en dat ik als het ware meespeelde met hem op het accordeon. En die samensmelting van elkaars spel was iets wat in het hier-en-nu gebeurd, wat heel wezenlijk en goed was en waar je eigenlijk niets aan toe hoeft te voegen. Het heeft zijn werking op zich gehad.

Tom: Denk je dat dit belangrijk was bij Rob?

Charles: Ja zeker. Maar ook voor mij. Je raakt dan gezamenlijk in een – ja ik noem dat in een soort flow – waarin dingen gebeuren die goed voelen en goed zijn, zonder dat je daar verder iets mee hoeft te doen.

Tom: Je noemt dus de flow als element van deze ervaringen in het actuele moment. Zijn er nog andere aspecten?

Charles: Ja, ik denk de langdurigheid en de continue bevestiging, de continue acceptatie, en de bevestiging dat je emoties onder controle kunt krijgen. Maar van die flow heb ik nog een voorbeeld van, deze week nog meegemaakt. In een groep zat een mevrouw van misschien 26 of 27 jaar, die jaren onder de invloed van drugs en van alcohol geleefd heeft en die wilde er nu van af. In een sessie is zij naar lange twijfel achter het drumstel gaan zitten in de improvisatie. En op een gegeven moment kwam zij steeds meer in beweging tot dat zij op een gegeven moment doorbrak en enorm de trommels bewerkte en er aan de slag ging, terwijl de improvisatie overeen bleef en het samenspel ervan groeide. En zij benoemde later "Goh, ik vond het geweldig, ik had nu voor de eerste keer een gelukkig gevoel wat ik voorheen maar alleen onder de invloed van drugs kende!" Zoiets. Ik vond het een heel sterk moment.

Tom: Dus dat heeft in ieder geval ook een positieve invloed, zo momenten?

Charles: Ja absoluut, als een cliënt zo een flow ervaart waarin alles loopt. Dat is zeker belangrijk. Ik wou dat ik dat iedere dag kon (lacht)

Tom: Heb je daar persoonlijk een verklaring voor, waarom deze flow zo goed werkt en de aanwezigheid in het hier-en-nu?

Charles: Als ik dat woorden zou moeten geven zou ik zeggen, zo'n flow, dat raakt de kern van je hele zijn en je bestaan. Dat is daar in eens en dat mag er zijn en het loopt, het vloeit stroomt. Je brengt een stroming in gang.

Tom: Dus het heeft ook met beweging te maken?

Charles: Ja, emotionele beweging! En vooral ook een emotioneel zijn ook! En het meemaken ervan.

Tom: Oké dan zijn wij bijna aan het einde aangekomen. Denk je, dat er meer cliënt zijn bij die het muziektherapeutische gesprek geen effect op de transfer heeft c.q. de muziek een grotere invloed heeft dan het gesprek? Zou je een cliënt kunnen karakteriseren bij die je zegt van "Oké het muziektherapeutische gesprek heeft niet zo een grote waarde. Ik wil hij meer met de ervaring werkt en van daaruit zijn transfer maakt."

Charles: Ja, een beperkt reflectievermogen is daar een belangrijk indicatie. Je ziet dat wel vaak bij persoonlijkheidsstoornissen, bij een narcistische persoonlijkheid. Daar heeft het weinig zin om daar te reflecteren. Cliënten die erg egocentrisch zijn kun je beter laten ervaren, als dat je hun met een reflectie gaat kwetsen of zo. Want het komt toch niet binnen! Bij anti-sociale persoonlijkheidsstoornissen zie je dat vaak dat reflectie ook al niet zo veel werkt.

Tom: Dus een beetje zo... persoonlijkheidsstoornissen cluster B?

Charles: Ja, denk ik. Dat wil niet zeggen dan daar helemaal geen reflectie meer moet. Daar zijn ook verschillende gradaties in, maar daar vindt ik de ervaring veel belangrijker dan de reflectie. Ik denk wel soms dat bij psychotische cliënten, of cliënten met een psychotische persoonlijkheidsstoornis, dat daar de ervaringen van structuur ook belangrijker is dan de reflectie erover. Zo kunnen zij leren dat structuur ook wel houvast biedt in hun wirwar van gedachten en gevoelens.

Tom: Maar als ik er zo aan denk, dan zou je dat toch goed op moeten letten dat psychotische cliënten niet juist te veel beleven...

Charles: Ja, zeker wel. Het gaat dan ook meer op het gezamenlijke dingen doen en dat te laten ervaren, niet om het beleven van de cliënten.

Tom: Wat denk je bij cliënten met een depressie?

Charles: Euhm, bij depressie is het vooral moeilijk om muziek binnen te laten komen. En dan zou je toch moeten praten en daar een activering en een langzame beweging in te krijgen. Dat is in eerste instantie ook wel een ervaringsgegeven, maar de cliënt moet de muziek echt kunnen toelaten voordat ik voornamelijk in de muziek met hem werk. Maar om innerlijke gevoelens weer aan het stromen te krijgen werk muziek aan zich ook goed, en dat is ook vaak bij cliënten met een depressie het geval. Dit zijn op dit gebied al bijna tot stilstand gekomen en muziek spreekt deze emoties aan en daar kan muziek een eerste hulpmiddel zijn.

Tom: Goed, dat was mijn laatste vraag. Heel erg bedankt voor het gesprek!

Bijlage 3: Interview met drie muziektherapeuten uit de Rheinische Kliniken te Düsseldorf

Respondenten: Anne Behr, Gertrud Hopster, Franz Mecklenbeck

Interviewer: Tom Enders

Datum: 29.04.2010

Tom: Könntet ihr zuerst kurz einmal eure bisherige Laufbahn als Musiktherapeut für mich zusammenfassen?

Gertrud: Ich habe 1997 – 2001 Musiktherapie studiert und bin seit 2001 hier in der Klinik als Musiktherapeutin fest angestellt. Und im Moment mache ich eine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichentherapeutin.

Franz: Ich bin seit 28 Jahren Musiktherapeut und Leiter der Kreativtherapien hier in der Klinik. Ich bin Diplom-Psychologe, Diplom-Musikpädagoge und psychologischer Psychotherapeut.

Anne: Ich habe von 2001 – 2005 Musiktherapie in Sittard studiert. Danach habe ich in Essen-Holthausen in der Psychiatrie als Musiktherapeutin gearbeitet und bin seit 2008 hier in Düsseldorf fest angestellt.

Tom: Gut, danke. Und ihr arbeitet alle in der Erwachsenenpsychiatrie... Franz du arbeitest nur mit Erwachsenen, Gertrud du auch mit Kindern und Anne?

Anne: Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie.

Tom: Arbeitet ihr alle – grob gesagt – auf die gleiche Art und Weise?

Franz: Ja.

Tom: Könnte einer von euch zusammenfassen wie eine gewöhnliche Sitzung normalerweise abläuft?

Franz: Also eine Gruppentherapiesitzung läuft in der Regel so ab dass wir zu Beginn ein sogenanntes Blitzlicht machen. Das heißt jeder der anwesenden Patienten gibt eine kurze Stellungnahme ab darüber wie es ihm gerade geht. Daraus ergibt sich eventuell auch ein längeres Gespräch oder auch dann eine mögliche Intention für die Musik. Dann folgt die Musik, vorwiegend aktive Musiktherapie, freie Improvisation. Bei Psychose-Patienten etwas gerichteter und strukturierter, ansonsten immer frei. Die Musik ist zu Ende wenn sie zu Ende ist, also vollkommen frei. Jeder Patient kann aufhören wann er will, kann das Instrument wechseln wann er will und wenn die Musik zu Ende ist, folgt die Reflexion des Geschehens im Gespräch.

Tom: Du hast gerade gesagt in der Gruppentherapie. Bietet ihr auch Einzeltherapie an?

Franz: Ich nicht, aber die anderen.

Tom: Gibt es da Unterschiede zwischen der Einzel- und der Gruppentherapie?

Gertrud: Im Großen und Ganzen gibt es da keine Unterschiede. Es kann schon mal sein dass da mit Musik begonnen wird, das liegt aber immer am Patienten selber. Im Einzelkontakt ist es oft so dass die Hürde Musik zu machen recht hoch ist, weil es ja ein engerer Kontakt ist und man den Patienten eher hört. Aber im Moment zum Beispiel habe ich zwei Patienten, da ist das kein Problem, da können wir sofort mit Musik starten und das dann reflektieren.

Franz: Da habe ich noch einen Zusatz. Es kann auch passieren dass ich in der Gruppe mit Musik anfangе, besonders wenn die Patienten aus der Gesprächstherapie kommen, dass sie einfach so verbal überfrachtet sind dass ich auch spontan sofort in die Musik gehe.

Tom: Worüber wird reflektiert bei so einer Nachbesprechung?

Franz: Reflektiert wird aber das Geschehene: Also dass was in der Musik passiert ist, über die Erlebnisse über das was beim Einzelnen in der Musik, mit der Musik, geschehen ist. Also im Grunde genommen eine Zustandsbeschreibung, die aber immer in den Bezug gesetzt wird zum Gesamtkrankheitsbild des Patienten.

Anne: Ich hätte doch noch einen Zusatz. Also es wird ja auch in den Zusammenhang gesetzt mit Alltagssituationen die der Patient erlebt außerhalb seiner Krankheit, also wo nicht die Krankheit im Vordergrund steht, sondern einfach zum Beispiel die Beziehungsthematik des Patienten oder was auch sonst bei ihm als Belastung oder als wichtig empfunden wird.

Gertrud: Das was intrapsychisch und interpersonell entsteht.

Tom: Aber gibt es denn auch Sitzungen in der Gruppen- oder der Einzeltherapie wo ihr ein reflektierendes Gespräch nicht einsetzt? Könntet ihr Beispiele geben?

Gertrud: Also ich arbeite mit einer Gruppe von Psychose-Erkrankten, da ist das oft schwierig, das können die nicht. Die können sagen dass sie Spaß gehabt haben oder dass sie irgendetwas schön fanden in der Musik, aber jetzt wirklich eine Selbstreflexion des Geschehens kann nicht stattfinden, muss aber auch nicht. Das wichtige ist ja dass sie das erlebt haben. Ich arbeite im Moment auch auf geschlossenen Stationen mit Psychotikern, da geht es überhaupt nicht. Da geschieht alles nur in der Musik. Also da ist die größte Kommunikation eigentlich dass ich meine Namen sagen und sie mir ihren Namen sagen. Aber es hat auch durchaus seinen Wert, also da geschieht ganz viel in der Musik. Aber jetzt bei den Psychotherapie-Stationen... Depressive können das, wenn sie noch in einer Anfangsphase auch nicht. Dann fühlen sie sich bedrängt. Die konfrontiere ich da auch nicht mit, sondern das ist gut, die bekommen das ja auch von den anderen mit dass es irgendwann geht, das gibt ihnen Sicherheit und irgendwann kommen die. Da vertraue ich auch drauf, also dass jeder da auch sein eigenes Tempo hat, was ja auch richtig ist.

Anne: Ja es kommen auch durchaus Sitzungen vor, in denen ich als Therapeutin das auch so einschätze, alles eigentlich gesagt ist was wichtig ist, im Zusammenhang mit dem Blitzlicht. Es kommt durchaus vor dass da ein Thema gefunden wurde, zum Beispiel „Umgang mit Konflikten“ und in der Musik wird eigentlich deutlich, dass jeder Patient da für sich einen Umgang mit gefunden hat. Und manchmal lass ich das auch einfach so stehen um es einfach auch noch besser wirken zu lassen. Um dieses emotionale Erleben nicht wieder durch eine verbale Reflexion und durch die kognitive Anstrengung quasi wegzumachen und es erstmal sacken zu lassen.

Tom: Und nachdem dass das gesackt ist, gehst du dann doch noch irgendwann darauf ein? Sei es nun in derselben Sitzung oder in der nächsten...

Anne: Also wenn es mir wichtig erscheint frage ich nochmal ob da noch Reste sind oder ob das nochmal gewirkt hat, was in der Musik passiert ist. Manchmal kommen Patienten auch selber damit und sagen: „Ich hab darüber nachgedacht was da in der Musik gewesen ist“, aber das entscheide ich eher situativ.

Franz: Ich kann mich dem eigentlich nur anschließen was Gertrud und Anne gesagt haben, es ist individuell. Es geht mir auch nicht darum dass immer gesprochen werden muss, aber aufgrund meiner Vorbildung bin ich natürlich schon sehr verbal-lastig, sodass ich doch meistens das Gespräch suche mit den Patienten. Aber es passiert bei mir spontan auch dass ich sage: „Ok, wir lassen die Musik stehen“ und wir machen jetzt einen Schnitt, wenn ich das Gefühl habe – mit der Gruppe – dass es nichts mehr zu verbalisieren gibt. In der nächsten Stunde wird es sicher wieder anders sein, und nach Resten der Vorstunde frage ich immer, das ist bei mir eine ganz feste Regel sozusagen.

Gertrud: Grundsätzlich glaube ich auch dass es bei Psychotherapie-Patienten auch sehr wichtig ist. Die Erleben ja ganz viel emotional in der Musik, dass das gut integriert werden kann in die eigene Person. Weil deswegen kommen Leute ja oft, nehmen wir als Beispiel mal einen Borderline-Patienten, der wird davon überflutet, der kann das nicht steuern. Das ist ja unter anderem Ziel, dass das mehr integriert wird ins Selbst. Und dafür ist ein Gespräch wichtig. Bei Leuten die noch fast akut in der Psychose sind da ist das erstmal nicht wichtig. Da ist die Handlungsebene wichtig und so eine kleines „Flow-Erlebnis“ auch. Bei Psychotherapie-Patienten, wenn die im Prozess sind, zum Beispiel bei einem schweigsamen Depressiven, würde ich auf jeden Fall darauf hinarbeiten dass er über das was er erlebt, sprechen kann. Und das auch gemeinsam mit anderen teilen kann.

Tom: Hast du es denn auch schon einmal erlebt dass ein Patient das nicht kann, das Erlebte versprachlichen? Was machst du mit Patienten die da zum Beispiel blockieren?

Gertrud: Klar gibt es das. In den Psychotherapie-Gruppen fällt mir jetzt keiner ein wo das nicht möglich ist. Das ist natürlich immer unterschiedlich möglich wie sich jemand reflektieren kann. Bei den Psychose-Gruppen ist das oft so. Es gibt aber auch manchmal Leute, die eine Borderline-Erkrankung haben, die so schwer ist, dass die das auch nicht können. Da geht es dann wirklich drum dass Affekte in der Musik laut werden dürfen.

Gertrud: Was ich schon mache, ich spiegele denen das, ohne dass sie das selber reflektieren müssen. Ich finde es schon wichtig dass das benannt wird, was da eigentlich geschehen ist. Aber das ist dann wirklich auf so einem „unteren“ Niveau.

Anne: Ich hab da auch noch ein Beispiel. Ich arbeite auf einer Doppeldiagnose-Station, wo Suchtpatienten mit einer Diagnose von entweder Psychose oder eben Persönlichkeitsstörung sind. Da waren zu einer Zeit auch intelligenzgeminderte Patienten, die auch aggressiv waren, ähnlich wie du das in deinem Fall beschrieben hast. Die waren auch nicht in der Lage in dem Sinne zu reflektieren, wie das bei anderen ist. Denen spiegle ich auch: So war euer Verhalten in der Musik, so hab ich euch erlebt, so haben auch eure Mitpatienten euch erlebt und dann eben zu schauen: Ist das sozial verträglich? Da geht es also wirklich mehr um das soziale Integrieren der Patienten in die Gruppe und das passiert hauptsächlich in der Musik.

Tom: Merkst du denn dann auch dass das dem Patienten gut tut, dass es wirklich einen Effekt hat?

Anne: Ja, das hat auf jeden Fall einen Effekt. Erstmal ist das was Gertrud gerade sagte für die Patienten wichtig: In der Musik darf ihr Affekt, also auch dieses Aggressive und Impulse dürfen laut und hörbar werden, dürfen ausgedrückt werden. Und trotzdem bekommen sie eine Resonanz von der Gruppe, trotzdem bekommen sie eine Reaktion darauf wie: „Das stört mich“, Blicke oder eben auch musikalischen Kontakt. Und darüber können sie anfangen das zu regulieren und spüren da auch eine Selbstwirksamkeit, das heißt: „Ich bin in der Lage meinen Impulsen die ein oder andere Richtung zu geben“. Und das ist das was für solche Patienten in der Musik eben sehr wirkungsvoll ist.

Tom: Dann würde ich jetzt gerne noch auf ein paar Aspekte des Interviews von deiner Abschlussarbeit eingehen, Anne. Ich habe mir da so ein paar Sachen herausgepickt auf die ich eingehen will. Franz du hast in dem Interview von vor fünf Jahren gesagt dass du auf jeden Fall eine verbale Rückmeldung von den Patienten haben willst, weil du eine Sicherheit haben willst dass die Patienten sich richtig verstanden gefühlt haben und sich nicht nach der Sitzung etwas antun. Machst du das nur wenn du fühlst, dass der Patient etwas Negatives erlebt hat oder machst du das generell immer?

Franz: Ich mache das nur wenn ich das Gefühl habe. Es ist kein generelles Thema.

Tom: Ich hab mich nur gefragt ob das etwas ist was in der Gruppentherapie öfter vorkommt, da man sich in der Einzeltherapie ja auch nur auf eine Person konzentrieren muss. Und kann den Patienten dann auch besser beobachten und beurteilen wie er Sachen erlebt hat. Ist das bei beiden Therapieformen gleich wichtig?

Gertrud: Ja natürlich. Und da ist es auch egal ob das individuell oder in der Gruppe ist. Wenn ich als Therapeutin in der Gegenübertragung ein komisches Gefühl kriege: Der Patient ist nicht absprachefähig, da wabert irgendetwas mit was du nicht einordnen kannst, versuche ich auch jeden Fall rauszukriegen was das ist. In der Einzeltherapie ist das natürlich einfacher, weil man ja nur Einen hat wo das passieren könnte.

Tom: Du arbeitest ja auch mit Kindern, wo du sagst das ist ein total anderes Spielen mit denen, mit denen kann man noch wirklich über die Musik arbeiten, weil bei denen eher das Affektive eine Rolle spielt. Hattest du denn auch schon einmal Patienten die in der Musik auch eher affektiv reagieren?

Gertrud: Ja. Als ich hier angefangen hatte als Musiktherapeutin habe ich unter Anderem auf einer geschlossenen Station gearbeitet. Und damals mussten die Patienten noch hierhin kommen [das Gebäude in dem die Musiktherapie stattfindet liegt außerhalb der restlichen Stationen, Anm. d. Verf.]. Der Patient kam, ich hatte keinerlei Informationen über ihn, ich wusste nur dass er forensisch untergebracht war. Er kam rein und wollte nicht mit mir reden. Also haben wir direkt gespielt. Dann hat er getrommelt, da ist mir Angst und Bange geworden. Ich durfte nicht mittrommeln, das hat er nicht akzeptiert. Er hat sich dann hingesetzt und gesagt: „Sie wissen ja dass ich meine Mutter umgebracht habe“. Und da war wirklich in der Musik die ganze Thematik drin: Macht, Aggressivität etc. Mit dem brauchte ich nicht sprechen, das war ganz klar was mit dem abging.

Tom: Ein sehr krasses Beispiel. Was mir jetzt gerade auffällt ist, dass das „affektiv regieren“ vor allem bei aggressiven Patienten zu finden ist...

Anne: Nicht nur. Auch das was Gertrud eben über schwer depressive Patienten gesagt hat. Dass die eben auch eine Schwierigkeit haben das zu verbalisieren was in denen vorgeht, das ist auch etwas was in die gleiche Richtung geht. Da ist manchmal musikalisch eben mehr möglich, vor allen Dingen in der Gruppe, weil sie sich da eben nicht so beobachtet und bedrängt fühlen.

Anne: Und da kann auch die depressive Thematik durchaus eine Rolle spielen, da können auch traurige Gefühle, Schmerz, Einsamkeitsgefühle oder eben aber auch das Gefühl doch nicht allein zu sein in der Musik Ausdruck finden. Ohne dass das dann im Nachhinein verbalisiert werden kann von dem Patienten.

Gertrud: Oder dass die Aggressivität da mal richtig hervortritt. Also es ist immer wieder beeindruckend, dass da hörbar wird was da eigentlich in den Patienten vorgeht. Und Affekt ist für mich auch nicht nur Aggression, sondern eben alles was eben da sein kann.

Tom: Dann hast du in dem Interview auch noch erwähnt, dass du das Gespräch auch gerne bei Patienten benutzt die stark intellektualisieren und das Gespräch als Widerstand gebrauchen. Könntest du das noch etwas näher ausführen und vielleicht ein Beispiel geben?

Gertrud: Man merkt das vor allem daran dass die Leute viel reden. Viel über Gefühle reden, aber nicht fühlen, das spürt man ja. Ich spiegele denen das meistens und wenn es dann ans Musikmachen geht, wird das erstmal abgewehrt. Weil das ist kein kontrollierbares Terrain. Es liegt dann natürlich auch immer am Patienten wie ich dem das rüberbringe, manchmal durch Humor, manchmal spreche ich das direkt an. Da gibt es verschiedene Interventionen, die sich auch echt per Patient unterscheiden. Es gibt auch sehr intellektualisierende Gruppen, da wird extra mehr Musik gemacht als gesprochen. Im Nachhinein wird dann doch wieder die Sprache eingesetzt, aber dann sind die Patienten näher am Gefühl dran und auch näher an dem warum sie eigentlich hier sind.

Anne: Also mir fällt dazu ein ganz konkretes Beispiel ein. Ich habe gerade eine Patientin, die sehr viel intellektualisiert, da auch durchaus weiß was sie zu sagen hat, aber in der Musik sich immer fehl am Platz fühlt. Und das ist denke ich ein eindeutiges Symptom auch gerade bei solchen Patienten, dass eben dieses Gefühl einfach sehr vorherrschend ist in deren Leben. Und das ist der Musik dann nochmal zu spüren und zuzulassen und dann vielleicht Wege zu finden ihren Platz in der Musik zu finden, das ist das was den Patienten auch mehr hilft als drüber zu sprechen.

Tom: In dem Interview sagt ihr, dass das Gespräch auch einen strukturierenden Charakter hat...

Franz: Allein der Ablauf der Therapiestunde hat ja schon eine wiederkehrende Struktur: Blitzlicht – Musik – Gespräch. In dem Sinne ist das Gespräch natürlich strukturgebend.

Tom: Benutzt ihr auch die Musik um zu strukturieren. Wenn die Patienten unstrukturiert sind und sich das folglich auch in der Musik äußert?

Gertrud: Also bei Psychotikern ist das ja oft so, da ist das strukturierter. Das bedeutet aber nicht unbedingt dass ich mit Spielangeboten arbeite, Struktur kann auch bedeuten dass ich mich als Leiter wirklich zur Verfügung stelle. Da können die Patienten sich dran anlehnen, rhythmisch oder melodisch usw. Das kann auch Struktur bedeuten. Und das machen wir in allen anderen Gruppen aber auch. Da wird immer geguckt, wie viel Struktur brauchen die musikalisch von außen oder kann es wirklich ganz frei sein. Das liegt dann natürlich immer an der Gruppe und an der Diagnose warum die da sind.

Franz: Und da ist Musik ja strukturgebend. Ich kann da ja dann als Therapeut – ich zum Beispiel mit meinem Schwerpunkt Klavier – melodisch und rhythmisch Struktur geben. Egal ob jetzt bei Psychose-Erkrankten oder bei den Restlichen. Mir ist es zum Beispiel gestern noch passiert das ich anfangs sehr viel Struktur rein gegeben habe in die Improvisation und mich dann immer weiter hab zurückfallen lassen, auch nicht in musikalische Zwiesgespräche gegangen bin oder irgendwo interveniert habe. Sondern mich immer weiter zurückgezogen habe, bis ich überhaupt nicht mehr gespielt habe, weil die Gruppe es alleine geregelt hat. Das ist denk ich ganz kreativ-individuell, aber das ist ja eben das Tolle an der Musiktherapie dass man eben so mit dem Medium arbeiten kann.

Tom: Hat das auch einen positiven Einfluss auf die Patienten und ihre Art wie sie im Alltagsleben strukturieren? Oder wird das dann schlussendlich durch das Verbalisieren des Erlebten manifestiert?

Anne: Also ich habe da auch wieder ein konkretes Beispiel. Ich habe einen Patienten der zunächst in der Musik quasi nur zufällige Klangfolgen gespielt hat und da wenig selbstbestimmt war. Und ich habe da rückblickend gemerkt, dass dieser Patient in der Musik zunehmend mehr Struktur bekommen hat indem er eben selbstbestimmter gehandelt hat: Er hat eigene kleine Melodien gespielt und mehr darauf geachtet wie er spielt, wo er spielt... Das ist ein Prozess, der hat nur in der Musik stattgefunden. Das spiegelt ja auch auf den gesamten therapeutischen Prozess, das selbstbestimmte Handeln, das für sich einstehen und das Entwickeln von eigenen Ideen. Aber das ist etwas was ich so nicht verbalisiert habe, sonder etwas was in der Musik stattgefunden hat.

Gertrud: Es ist ja oft eine Wechselwirkung, man weiß ja auch nicht, was ist was. Aber mir fällt auch ein Patient ein, ein depressiver Patient, der ein unglaubliches Kontrollbedürfnis hatte am Anfang, überhaupt und auch in der Musik. Da kam so im Laufe heraus: Der hält das nicht aus wenn es mal disharmonisch ist, der muss immer alles kontrollieren. Thema war dann dass er immer zwischen seiner Ehefrau und seiner Mutter vermitteln muss und sich da nicht wehren und positionieren konnte. Und der hat das ausprobiert wie das in der Musik ist. Und der saß gestern an der Djembe und war total schwingungsfähig, das war unglaublich. Und in der Musik so Dinge auszuprobieren ist ungefährlicher. Man braucht ja ein positives Erlebnis um weitergehen zu können und das erreicht man in der Musik oft.

Tom: Eine letzte Frage noch: Habt ihr manchmal das Gefühl etwas tot zu reden?

Franz: Nein. Also soweit habe ich mich selbst unter Kontrolle. Dafür sind die Erlebnisse viel zu vielfältig, die in der Musik geschehen sind, dass ich mich alleine vom Zeitfaktor her schon gar nicht darauf einlassen kann eine Sache tot zu reden.

Tom: Gut, ok. Dann war es das von meiner Seite aus. Vielen Dank für das Gespräch.

Bijlage 4: Analyse van de bronnen uit hoofdstuk 4

In deze bijlage vindt u een beknopte analyse van de bronnen uit hoofdstuk 4. Zij dient ter beteren oriëntatie en ter classificatie van de literatuur. Bij de auteurs Bas Kast en Antonio Damasio behandel ik hun verschillende boeken in een kolom, omdat zij qua opbouw en achtergrond niet veel verschillen.

	Karl König	Bas Kast	Antonio Damasio	Daniel Stern	Henk Smeijsters	Ulrike Mönter	Behr & Wick
Type van de bron	Boek	Boeken	Boeken	Boek	Boek	Artikel	Scriptie
Type informatie	Methodologisch, deels ook empirisch of theoretisch	Theoretisch, zoveel als mogelijk empirisch	Theoretisch, vrij veel empirisch	Methodologisch, empirisch, theoretisch	Theoretisch, zoveel als mogelijk empirisch	Empirisch	Empirisch
Theoretisch kader	Verskillende stromingen van psychotherapie	Verskillend	Eigene Theorieën en evidence based practice	Verskillende stromingen van psychotherapie	Creatieve Therapie	Muziektherapie	Muziektherapie
Wordt een theorie ontwikkelt?	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Worden theorieën met elkaar vergeleken?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Worden meerdere studies met elkaar vergeleken of gecombineerd?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja