Roos Vos
Studentnummer: 0860123
Creatieve Therapie
Medium: Muziek

Als de klank de storm verstomt…



Hogeschool Zuyd
Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
30 mei 2012
Scriptiebegeleider: Harry van den Born

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave p. 1
Voorwoord p. 3
Inleiding p. 5

Hoofdstuk 1: Probleemstelling p. 6
1.1 Aanleiding van het onderzoek p. 6
1.2 Begripsbepalingen p. 6
1.2.1 Autisme p. 6
1.2.2 Zelfverwondend gedrag p. 8
1.3 Affectregulatie p.10
1.3.1 Thomas Berry Brazelton p.10
1.3.2 Allan Sroufe p.10
1.3.3 Daniel Stern p.11
1.4 Affectregulatie en autisme p.11
1.5 De rol van het medium p.12
1.6 Relevantie van het onderzoek p.14
1.6.1 Zelfverwondend gedrag in Delacroix p.14
1.6.2 Muziektherapeuten in Delacroix p.14
1.6.3 Onderzoeken naar muziektherapie en zelfverwondend gedrag bij mensen met autisme p.14
Hoofdstuk 2: Vraagstelling p.14
Hoofdstuk 3: Doelstellingen p.15
Hoofdstuk 4: Onderzoekstype p.15
Hoofdstuk 5: Onderzoeksmethode p.15
Hoofdstuk 6: Voorfase + oriëntatiefase p.16
6.1 Voorfase p.16
6.2 Oriëntatiefase p.17
Hoofdstuk 7: Diagnostische fase p.18
Hoofdstuk 8: Ontwikkelfase p.19
Hoofdstuk 9: Evaluatie p.20
9.1 Evaluatie p.20
9.2 Kwaliteitscriteria p.21
9.2.1 Dependability p.21
9.2.2 Confirmability p.21
9.2.3 Transferability (overdraagbaarheid/begrijpelijkheid) p.21
9.2.4 Transferability (bruikbaarheid) p.22
9.2.5 Credibility p.22
9.2.6 Authenticity p.22
Hoofdstuk 10: Discussie p.22
10.1 Procesevaluatie p.22
10.1.1 Gezamenlijke diagnosestelling p.23
10.1.2 Blokkade en Aha-Erlebnis in het onderzoek p.26
10.1.3 Samenwerking E. Dereymaeker en ommezwaai in het onderzoek p.26
10.2 Productevaluatie p.28
10.3 Beantwoorden van de vraagstelling p.31
10.4 Verklaring/interpretatie van de resultaten p.32
10.4.1 Cello, lage tonen, melodie, harmonie p.32
10.4.2 Therapeutische houding p.35
10.4.3 Interpretatie reflectie H. Wouters p.36
10.4.4 Doelstellingen van het onderzoek p.36
10.5 Zijn de resultaten op de vooropgestelde manier behaald? p.37
10.6 Sterkte/zwakte-analyse van het onderzoek p.38
10.7 Nieuwe werkmodel versus oude werkmodel p.39
10. 8 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek p.43

Samenvatting p.44
Literatuuropgave p.45

Bijlagen p.47
Bijlage 1 Aufsteigend Entwicklungsmodell – Absteigend Stressmodell p.47
Bijlage 2 Kernzelf met anderen p.48
Bijlage 3 Zeven contactmodi p.49
Bijlage 4 Observatielijst volgens STARR en de AQR p.49
Bijlage 5 Nominale Groepstechniek p.50
Bijlage 6 Reflectiecyclus volgens Korthagen p.51
Bijlage 7 Beantwoorden van de onderzoeksvraag p.51

Voorwoord

Na mijn stage vorig academiejaar in de stichting Marguerite-Marie Delacroix, heb ik het bijzondere voorrecht gekregen om als muziektherapeut deeltijds aan de slag te gaan in paviljoen 3 op de campus Te Haghedorne. Dit heeft mij als laatstejaars de unieke kans gegeven een actieonderzoek uit te voeren naar een casus uit mijn onmiddellijke beroepspraktijk.
Cliënt S. is een man van 44 jaar, met een diep mentale beperking, een autismespectrumstoornis, en een lange voorgeschiedenis van probleemgedrag, waaronder ernstig zelfverwondend gedrag. Dit ernstige zelfverwondend gedrag is sinds een tweetal jaren aanzienlijk gereduceerd dankzij de onvermoeibare toewijding van pedagoog en opvoeders en hun consequente gedragstherapeutische aanpak.
Bij aanvang van mijn tewerkstelling in juli 2011 kreeg ik vanuit het team de vraag om de muziektherapie, die nu doorgaat in de woning, op termijn te verplaatsen naar het muzieklokaal elders op de campus. Momenteel schat men het verlaten van de woning zonder de aanwezigheid van een vertrouwde opvoeder in als een reëel risico voor ernstige terugval. Zomaar lukraak wat uitproberen zat er dus niet in. Ik begreep meteen de ernst van de zaak, en wist onmiddellijk dat mijn gebrek aan ervaring met deze doelgroep in mijn nadeel speelde. Vandaar het initiatief voor een actieonderzoek.
Mijn onderzoek begon met een diepteanalyse van de casus met behulp van een literatuurstudie, en daaruit leerde ik dat mensen met een autismespectrumstoornis beperkte en ontoereikende affectregulatiestrategieën hebben. Hier kan aan gewerkt worden op voorwaarde dat je dit doet vanuit een stabiele hechtingsrelatie tussen cliënt en therapeut. Met behulp van een actieonderzoek wilde ik achterhalen hoe ik met muziektherapie bij cliënt S. aan affectregulatie kon doen en of hechtingsbevorderende interventies daar een bijdrage aan konden leveren. Voor dit onderzoek had ik een uitgebreid actieonderzoeksnetwerk opgesteld. Pedagoog, opvoeders, een focusgroep van muziektherapeuten, een co-therapeut, mijn scriptiebegeleider, een berg aan literatuurbronnen en natuurlijk cliënt S., hebben allemaal bijgedragen aan een boeiend en leerrijk onderzoekstraject, wat me bruikbare antwoorden heeft opgeleverd naar aanleiding van de onderzoeksvraag en een verdieping en verbetering van mijn eigen therapeutische handelen.

Voor deze gelegenheid wil ik graag een aantal mensen via deze weg virtueel de hand schudden, want zonder hen was ik maar half wie ik nu was, zonder hen zou mijn scriptie nu niet bestaan.
Hartelijk dank aan..

- ⇨ mijn collega's muziektherapeuten uit de stichting, Heidi, Eva, Ann en Greet. In de eerste plaats omdat ik, dankzij hun vertrouwen in mij, een plaatsje heb mogen veroveren in hun boeiende team. Dank voor hun toegewijde inzet voor de bewoners en hun vak, voor hun kostbare ervaring, een lichtend voorbeeld in mijn persoonlijke zoektocht naar een muziektherapeutische identiteit. Dank voor hun vanzelfsprekende collegialiteit, toen ik hen vroeg mee te werken aan het onderzoek, toen bleek dat de eindevaluatie moest verplaatst worden. Dankzij hun deskundige bijdrage heb ik mijn onderzoek positief kunnen afronden en ben ik zelf als muziektherapeut een stuk mogen verder groeien. Ook dank aan de medewerking van stagiaires Eva en Esther.
- ⇨ Eva, mijn co-therapeut tijdens de tweede helft van het onderzoek. Eva, ik wil je bij deze persoonlijk bedanken, niet alleen omdat je mijn onderzoek 'basically' gered hebt, of omwille van je professionele deskundigheid op muzikaal en muziektherapeutisch vlak en blabla.. want het klopt allemaal, je bent een groot muziektherapeut. In de eerste plaats wil ik je bedanken omwille van de mens die je bent, omwille van je vriendschap en spontane behulpzaamheid, je unieke levensbeschouwing, omwille van de vurige passie waarmee je het dagelijkse leven in al zijn aspecten aangaat. Ik leer alle dagen van je, zowel op professioneel als op persoonlijk vlak. Bedankt daarvoor.
- ⇨ Herman Wouters, pedagoog van paviljoen 3. Omwille van zijn jarenlange toewijding aan zijn bewoners en niet in het minst aan cliënt S., zijn ervaring op vlak van zijn discipline, zijn enthousiasme waarmee hij zijn kennis wil delen, ook tijdens mijn onderzoek. Omwille van zijn openheid naar mij en mijn vak toe.

- ⇨ De opvoeders van woning 14. Omwille van hun bijdrage aan mijn onderzoek, aan de stichting, aan de levenskwaliteit van cliënt S. Ik kijk uit naar de voortzetting van onze samenwerking.
- ⇨ Harry van den Born. Dank voor je deskundige bijstand. Nu, tijdens het laatste jaar als scriptiebegeleider, de jaren daarvoor als docent, als mentor. Dank dat je me ondersteund en gestuurd hebt tijdens mijn groeiproces naar een professioneel muziektherapeut.
- ⇨ Mijn Stéphane. Zonder hem was ik niet aan de opleiding begonnen, laat staan afgemaakt.
- ⇨ Cliënt S., je hebt me een betere muziektherapeut gemaakt..

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

Roos Vos, 30 mei 2012

Inleiding

Mijn scriptie begint met hoofdstuk 1, de probleemstelling. Daarin wordt de aanleiding van het onderzoek geschetst, de casus van cliënt S., en kan je verder lezen hoe dat met behulp van een literatuurstudie wordt uitgediept. Kernwoorden daarin zijn autisme, zelfverwondend gedrag en affectregulatie, opgenomen in de verschillende paragrafen. Het hoofdstuk eindigt met de uiteenzetting van de relevantie van het onderzoek.

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

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

In hoofdstuk 10 zijn we aangekomen bij het gedeelte van de discussie. Ik begin dit hoofdstuk met een gedetailleerdere beschrijving van de proces- en de productevaluatie. Van daaruit ga ik over tot het beantwoorden van de vraagstelling en mijn interpretatie/verklaring naar aanleiding van de resultaten. In de discussie dien ik ook te bespreken of de resultaten op vooropgestelde manier behaald zijn, ik moet een sterkte/zwakte-analyse maken, mijn vernieuwde werkmodel vergelijken met het oude en tenslotte ook aanbevelingen doen voor vervolgonderzoek. Dat gebeurt achtereenvolgens in de paragrafen 10.5 tot en met 10.8.

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

Hoofdstuk 1: Probleemstelling

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Na het afronden van mijn stagejaar in de stichting Marie-Marguerite Delacroix bood de stichting me een deeltijds contract aan om als muziektherapeut aan de slag te gaan in paviljoen 3, op de campus Ten Haghedorne, te Hakendover. Ik ben daar als muziektherapeut verantwoordelijk voor de individuele begeleiding van zestien bewoners. Eén casus in het bijzonder wekte mijn interesse om er een eindscriptie over te schrijven.
Cliënt S. is een volwassen man van 44 jaar met een diep mentale handicap en een lange voorgeschiedenis van ernstig zelfverwondend gedrag (ZVG). Zijn mentale leeftijd wordt geschat op 33 maanden, en hoewel niet officieel gediagnosticeerd, omschrijft de pedagoog die verantwoordelijk is voor deze leefgroep, hem als autistisch of met autistische trekken (H. Wouters, personal communication, September 30, 2011). S. woont permanent in de woning. Zich buiten de woning, op het terrein van de campus, begeven lukt enkel, dat wil zeggen zonder dat S. hervalt in ZVG, in het bijzijn van een vaste, vertrouwde begeleider. Muziektherapie kan niet doorgaan in het muziektherapielokaal omdat het zich elders op het terrein van de campus bevindt, de sessies vinden daarom plaats in snoezelruimte van de woning waar S. verblijft, eenmaal per week gedurende dertig minuten. Bij aanvang van mijn tewerkstelling werd mij door de OG (opvoeder groepschef) een doelstelling en een restrictie voorgelegd (M. C. Frison, personal communication, Juli 7, 2011):

a. Het doel is om S. op termijn buiten de woning te krijgen (in mijn geval dus in het muzieklokaal).
b. Je mag niet meegaan in de uitingen van S. want hij slaat snel om in ZVG. Elke vorm van ZVG moet onmiddellijk stopgezet worden.

Het doel van mijn probleemstelling is een diepteanalyse van deze casus te maken, om te achterhalen wat er precies aan de hand is, en waar ik als muziektherapeut op kan inhaken om uiteindelijk tegemoet te kunnen komen aan de vraag van de instelling.

1.2 Begripsbepalingen

Twee uit het oog springende thema's die in deze casus naar voor komen zijn 'autismespectrumstoornis' en 'zelfverwondend gedrag'. Ik ga beginnen met het definiëren van deze begrippen, en vervolgens een vergelijking maken met de casus van cliënt S.

1.2.1 Autisme

Met betrekking tot het definiëren van het begrip autisme haal ik twee relevante bronnen aan, die, naast elkaar gelegd, mijns inziens wat betreft deze casus een voldoende brede kijk geven op de problematiek.

Lahuis en Serra (2006) geven op de website van het landelijk kenniscentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie volgende kenmerken weer:

Autisme behoort tot de pervasieve ontwikkelingsstoornissen, ook aangeduid met de term 'autismespectrumstoornissen'. In het classificatiesysteem DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) wordt deze groep gekenschetst door problemen in de ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden en een beperkt repertoire van spel en gedrag. Men onderscheidt vijf subgroepen, waarvan autisme wordt gezien als de meest ernstige variant. Kenmerkende problemen in de interactie en communicatie gaan gepaard met problemen op vele andere gebieden, zoals agressie, zelfverwondend gedrag, hyperactiviteit, dwangmatig gedrag, stereotypieën, tics, stemmingsstoornissen en slaapproblemen, epilepsie (25%) en verstandelijke beperking (70%).

Kraijer (1991) heeft met betrekking tot de veelvuldige gedragsproblemen die kunnen voorkomen bij mensen met een verstandelijke handicap en autisme, de volgende indeling gemaakt:

a. Specifieke problemen (karakteristiek voor autisme)	**b. Deels specifieke problemen** (niet-karakteristiek maar behoren bij het klinische beeld van autisme)	**c. Niet-specifieke problemen** (behoren niet tot het klinische beeld maar kunnen wel optreden)
1. tekortkomingen op vlak van cognitie, taal en socialisatie 2. ontbrekende vaardigheid tot codering en abstractie (dat zich onder andere toont in het onvermogen emotionele tekens te begrijpen, en in het ontbreken van het fantasiespel) 3. het geheel ontbreken van of de vreemde taal 4. het niet-communicatieve oogcontact 5. het ontbrekende initiatief tot contactname en de gebrekkige reactie op initiatieven van anderen	6. het rigide vasthouden aan routinematige verlopen 7. stereotiepe motorische manieren (vb. het draaien van de handen) 8. preoccupatie met voorwerpen 9. zelfverwondend gedrag	10. plotselinge woede 11. agitatie 12. agressie 13. destructie

Ik kan stellen dat de diagnose ‘autismespectrumstoornissen’ van toepassing is bij cliënt S. Hij heeft problemen en/of beperkingen op sociaal en communicatief vlak, hij heeft een beperkt repertoire wat betreft spel en gedrag, en hij vertoont volgende kenmerken: agressie, zelfverwondend gedrag, dwangmatig gedrag, stereotypieën, tics en verstandelijke beperking. Om dit concreter te stellen zal ik een beeld scheppen van cliënt S., aan de hand van de indeling van Kraijer (1991). Deze informatie heb ik verzameld uit het ondersteuningsplan van S. (Stichting Delacroix, 2009) en naar aanleiding van persoonlijke observaties tijdens de muziektherapeutische sessies.

Specifieke problemen

1. Hij heeft een mentale leeftijd van 33 maanden, spreekt enkele woordjes die hij contextcorrect aanwendt (door de opvoeders goed verstaanbaar, voor buitenstaanders minder) en gebruikt verschillende SMOG-gebaren (Spreken Met Ondersteuning van Gebaren). Via deze communicatiemiddelen kan hij duidelijk maken wat hij wil. Volgens de opvoeders doet hij dit de hele dag door.
2. Hij heeft nood aan korte, duidelijke boodschappen, wat duidt op het niet begrijpen van abstractere boodschappen. Tijdens mijn sessies speelt hij vaak met blokken, maar dit heeft weinig weg van een fantasiespel. Vb. hij plaatst de blokken in geometrische figuren op het bord, of gooit ze één voor één in een bak, om deze vervolgens om te kiepen en terug opnieuw te beginnen.
3. De woorden die hij gebruikt zijn voor buitenstaanders moeilijk verstaanbaar. Vb. ‘teuteu’ betekent koffie.
4. Hij kan oogcontact maken, maar dat heeft vaak geen communicatieve functie.
5. Hij is erg nieuwsgierig, is meteen van de partij als er iets in de woning gebeurt. Hij maakt contact met de begeleiders om aan te geven wat hij wil, maar maakt minder tot geen contact met de bewoners. Tijdens mijn sessies reageert hij variabel op contactaanbod.

Deels specifieke problemen

6. Hij heeft veel nood aan een vaste dagstructuur. Bij vertrouwde begeleiders kan deze structuur iets meer worden losgelaten.
7. Een opvallende stereotiepe beweging is het schudden met zijn hoofd. Ook het spelen met voorwerpen is stereotiep, vb. de hele tijd hevig met het wieltje van een autootje draaien.
8. Hij kan tijdens mijn therapie erg gepreoccupeerd zijn met zijn blokken.
9. Hij heeft een lange voorgeschiedenis van ernstig ZVG: met de vuist kloppen op het hoofd, heftig schudden met het hoofd, stampen met zijn been. Sinds twee jaar is het ernstige kloppen weg, het hoofdschudden en stampen met zijn been zijn nog wel aanwezig. Hij vertoont ook zelfbeschermend gedrag.

Niet specifieke problemen

10. Het is mij niet bekend of hij aanvallen van plotse woede heeft.
11. In de muziektherapie vertoont hij momenten van agitatie. Een andere term die in deze context ook gebruikt wordt, is arousal[1].
12. Volgens de begeleiders kan hij agressief zijn. Hij kan pitsen, spuwen en stampen.
13. Hij gaat destructief met de muziekinstrumenten om.

1.2.2 Zelfverwondend gedrag

Alvorens dieper in te gaan op het begrip ZVG, is het zinvol om na te gaan of ZVG überhaupt te behandelen is. Want wanneer een ziektekenmerk inherent is aan de stoornis, is het per definitie niet adaptief. ZVG hoort tot de niet-specifieke problemen, en dus mogen we er van uitgaan dat er tenminste een reductie van het gedrag mogelijk is (Rutter, 1985). Hieronder haal ik enkele bronnen aan die in de context van casus S. relevant zijn.

Zelfverwondend gedrag is een klasse van gedrag, vaak in hoge mate repetitief en ritmisch, dat resulteert in fysieke schade bij het individu die het gedrag vertoont. Dit gedrag dient plaats te vinden zonder een duidelijke intentie van moedwillige zelfverwonding. Er is een belangrijk verschil tussen zelfverwondend gedrag zoals zelfmoord, dat geassocieerd wordt met de opzettelijke wens zichzelf te beschadigen, en zelfverwondend gedrag bij personen met ontwikkelingsstoornissen, die kunnen voorkomen in samenhang met biologische pathologieën of die eerder het resultaat zijn van omgevingsfactoren (Fee & Matson, 1992, p. 4).

“Self-injurious behaviours are often placed on a continuum with repetitive stereotypies, and have been suggested to only differ at the moment of injury” (Jones, 1987, in Weiss, 2003, p. 130). Wouters en Van Driessche (2002, p. 11-12) geven in hun boek een indeling in vijf niveaus weer. Niveau 1 wordt omschreven als “ZVG is aanwezig maar levert geen problemen op” en niveau 5 als “extreem ernstige bijverschijnselen, wanneer geen maatregelen worden getroffen om ZVG te voorkomen zal de persoon zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengen, wellicht met blijvende gevolgen” (Wouters & Van Driessche, 2002, p. 11-12).

Na een gesprek met de pedagoog (H. Wouters, personal communication, September 20, 2011) ben ik te weten gekomen dat S. vroeger ZVG niveau 5 vertoonde. Hij heeft daardoor onder andere permanente schade aan een van zijn ogen opgelopen. Sinds ongeveer twee jaar zijn pedagoog en opvoeders erin geslaagd met succes het ernstige ZVG terug te dringen, met behulp van gedragstherapeutische technieken die gericht zijn op preventie. Om te voorkomen dat de neerwaartse spiraal van het ZVG terug in gang wordt gezet, grijpt men onmiddellijk verbaal bestraffend in wanneer het probleemgedrag zich voordoet. Probleemgedrag in de context van cliënt S. betreft: schudden met het hoofd, stampen met het been, verbale uitingen van S. die neigen naar te luid (hij verliest zich daar vrijwel meteen in), uitdaaggedrag, pitsen, spuwen of ander vergelijkbaar gedrag. Voor de opvoeders betekent dit een continue alertheid op dergelijke signalen, voor cliënt S. een heel strikt regime, die zorgt voor zelfbescherming en een leefbare omgeving voor hem en andere bewoners. Daarnaast vermijdt men activiteiten die dit gedrag oproepen, of breken de activiteit onmiddellijk af zodra het gedrag zich voordoet.

Hoe zit het nu eigenlijk met de etiologie van ZVG? Feuser (2004, p. 1) beaamt dat het een hele complexe aangelegenheid is te achterhalen welke omstandigheden tot dit gedrag leiden, welke mechanismen achter deze verschijningen zitten. Weiss (2003) merkt in zijn review op dat er tal van hypothetische etiologische theorieën zijn die ZVG bij mensen met autisme en mentale retardatie trachten te verklaren. Een kritische beschouwing hiervan is noodzakelijk, omdat onze interpretatie van de oorzaak de keuze van de behandeling zal beïnvloeden. Ook H. Wouters (personal communication, September 20, 2011) moet het antwoord min of meer schuldig blijven als ik hem vraag naar de etiologie bij cliënt S. Evenmin evident en eenduidig is het antwoord op de vraag hoe het te overwinnen of mogelijkerwijze preventief te vermijden

[1] Arousal: een fysiologische opwinding/activering wat onder andere gepaard gaat met versnelde hartslag en ademhaling, verhoogde bloeddruk en spierspanning.

(Feuser, 2004, p. 1). Het staat uiteraard buiten discussie te bevestigen dat de pedagoog en opvoeders van cliënt S. met hun behandelaanpak een bijzondere overwinning hebben bereikt met het terugdringen van dit ernstige ZVG.
Weiss (2003) drukt op het belang van onze interpretatie, Kraijer (1991) benadrukt dat we onze behandelaanpak moeten afstemmen op de functie die we aan het ZVG toekennen. Hij spreekt in dat verband van de volgende functies:

- instrumenteel: middel om a) iets te verkrijgen
  b) van iets af te komen
- reactief: een min of meer vitale reactie op (relatieve) overprikkeling/op overvraging/op frustratie
- zichzelf stimulerend: een in zichzelf gevangen compensatie van onderprikkeling/ondervraging
- structureel: a) drang- of dwangmatig (obsessief-compulsief)
  b) verworden instrumentele of zichzelf stimulerende vorm

Na overleg met mijn docente Kathinka Poismans (personal communication, October 18, 2011) heb ik de volgende functies bij cliënt S. kunnen herkennen:

- reactief: cliënt S. geraakt heel snel overprikkeld oftewel 'aroused'. De aanleiding is niet altijd eenduidig (dit kunnen verschillende situaties of affecten[2] zijn), maar wanneer zijn opvoeders hem niet zouden reguleren door middel van bestraffende opmerkingen, kan dit uiteindelijk uitmonden in een ernstige terugval.
- structureel: er zit ook een dwangmatige kant aan het ZVG. H. Wouters (personal communication, September 20, 2011) herkent in dat verband ook het zelfbeschermend gedrag van zijn cliënt op (vb. op de handen gaan zitten om het kloppen te voorkomen). Hoewel volgens Kraijer (1991) moeilijk te beïnvloeden, kan dit, tenminste tijdelijk, ook een halt worden toegeroepen door een onmiddellijk(e) verbalisatie/ingrijpen van de opvoeders.

In principe zou ik mijn probleemstelling hier kunnen afronden. Het is bewezen dat de behandelaanpak van de pedagoog en zijn team zijn vruchten afwerpt. Door middel van gedragstherapeutische technieken wordt het probleemgedrag van cliënt S. gereguleerd zodat het gedrag onder controle blijft en niet verder escaleert tot eerdere proporties. Ik zou dus dezelfde gedragstherapeutische technieken kunnen hanteren in mijn muziektherapie.
En toch vind ik het zinvol om even stil te staan met de potentiële consequenties van een dergelijke behandelaanpak. En niet in de eerste plaats omdat ik merk dat mijn wekelijkse dertig minuten muziektherapie met S. hierdoor aanzienlijk gereduceerd worden, tot er in feite nog maar weinig sprake is van therapie.

Feuser (2004, p. 2) wijst erop dat het doel van een dergelijke behandelaanpak vaak gericht is op het corrigeren van het gedrag, het onder controle krijgen van het gedrag. De focus ligt op de stoornis, de afwijking, de handicap, waardoor de behandeling in feite inhoudsloos is, en bijgevolg niet ontwikkelingsgericht. Met name wanneer men te maken heeft met agressieve en destructieve handelingen, wanneer men de nadruk legt op de beperking van de cognitieve mogelijkheden van de cliënt, wanneer men aanneemt dat de cliënt min of meer door alles overvraagd is, dan bestaat het gevaar erin dat zijn levenswereld zodanig gereduceerd wordt, waardoor het ervaringsarm wordt en op sociaal-communicatief en sociaal-interactief vlak geen ontwikkeling meer inhoudt. Om die reden vind ik het relevant om te onderzoeken of er alternatieve methoden bestaan om aan regulatie, aan affectregulatie te doen, die evenzeer de huidige levenskwaliteit van cliënt S. waarborgen, maar die ook op ontwikkeling gericht zijn en zo de leefwereld, de belevingswereld van cliënt S. rijker maken.
Ik vervolg mijn probleemstelling door dieper in te gaan op het begrip affectregulatie in de context van deze casus.

[2] Affect: een patroon van waarneembaar gedrag waarmee een subjectief gevoel (of emotie) tot uitdrukking wordt gebracht.

1.3 Affectregulatie

Tijdens mijn zoektocht om te achterhalen hoe een mens zijn affecten überhaupt leert reguleren, stuit ik op ontwikkelingspsychologische theorieën die mij terugvoeren naar het prille begin, de babytijd, de vroege moeder-kind-relatie. Deze theorieën zijn in oorsprong gebaseerd op de gehechtheidstheorie van John Bowlby (1969) en Mary Ainsworth (1978), en dat is niet toevallig, want er is een verband aangetoond tussen affectregulatie en de kwaliteit van de hechting tussen moeder en baby. Een baby heeft een 'caregiver', een sensitieve ander nodig, om zijn affecten te reguleren en om uiteindelijk te leren zijn affecten ook zelf te reguleren. Aan de hand van de volgende wetenschappers zal ik dit concretiseren.

1.3.1 Thomas Berry Brazelton

Ook Brazelton onderkende de betekenis van de vroege moeder-kind interactie en richtte zich op de kwaliteit van de interactie en daarin de emotionele uitwisseling (Brazelton, 1990).
Een pasgeborene heeft vier systemen ter beschikking. Reeds voor de geboorte ontwikkelt zich eerst het fysiologische autonome systeem (onwillekeurig systeem dat onder andere ademhaling, temperatuur, spijsvertering en bloedcirculatie reguleert). Vervolgens ontwikkelt zich, met de groei van armen en benen het motorische systeem (dit bepaalt de beweging, tonus en houding). Daarop ontwikkelt zich het slaap-waaksysteem (dit heeft na de geboorte invloed op het aandachtsniveau). En tenslotte de samenhang van opwinding (arousal) met het interactieve systeem. Deze vier systemen heeft de pasgeborene ter beschikking om nieuwe prikkels te verwerken en integreren.
De baby streeft ernaar zijn innerlijke toestand steeds in balans te houden. Afhankelijk van de belasting van de prikkels kunnen alle systemen met elkaar verbonden worden en elkaar wederzijds beïnvloeden. Zodra een baby een prikkel kan integreren wordt zijn aandachtsniveau gestabiliseerd. Het kind bedaart en kan rustig een blik uitwisselen en gedurende korte tijd in de interactie blijven. Wordt de prikkel echter niet geïntegreerd, dan ontstaat er spanning. Het kind probeert daarop door motorische zelfregulatie de innerlijke balans terug te verkrijgen (vb. vinger in de mond steken). Lukt een dergelijke zelfregulatie niet, dan toont het door motorische gedragingen de stijging van innerlijke spanning (vb. ballen van de vuist, spreiden van de vingers). Tijdens deze toestand van arousal kan het aangeboren interactieve systeem niet van het kind uit geactiveerd worden. Dit moet vanuit een ander gebeuren. Er kan tenslotte nog een derde systeem geactiveerd worden, vb. huilen of plotseling inslapen.
Wordt de innerlijke spanning wel gereguleerd en de arousal door het motorische systeem terug stabiel, dan wordt het aandachtssysteem en het interactieve systeem geactiveerd. Het kind is goed gereguleerd en kan met zijn omgeving in positieve uitwisseling gaan. Brazelton spreekt dan van een 'aufsteigend Entwicklungsmodel' (zie bijlage 1). Als de spanning echter niet afgebouwd kan worden, dan treden stresstekens in alle systemen op. Het kind zal zich afwenden en dit kan tot een chronisch vermijdingssysteem uitgroeien, tot een zogenaamd 'absteigend Stressmodel' (zie bijlage 1). Deze dysregulatie is enkel met behulp van een ander mens op te lossen. Is de primaire verzorger echter niet in staat als regulator te ageren, dan kunnen hier chronische symptomen uit verdergroeien. De onzekerheid van de verzorger, het ontbreken van de zogenaamde fijngevoeligheid van de verzorger (Ainsworth, 1987) veroorzaakt een vicieuze cirkel, wat respectievelijk leidt tot een over- of onderstimulering, een basis voor verdere pathologische systemen (Brazelton, 1990).

1.3.2 Allan Sroufe

Sroufe (1997, p. 175) conceptualiseert hechting als een vorm van dyadische[3] emotieregulatie. Hij beschrijft de invloed van de regulatievaardigheid van volwassenen op de emotionele ontwikkeling van het kind. "Confidence in the caregiver becomes confidence in the self with the caregiver and, ultimately, confidence in the self" (Sroufe, 1997, p. 186).
Meteen na de geboorte ondervindt de zuigeling zijn affecten fysiologisch, en is hij aangewezen op anderen voor regulatie. Een baby is niet in staat eigen affecten en arousal te reguleren. Hij is daarvoor afhankelijk van zijn verzorger. Enkel wanneer de verzorger deze fysiologische (vb. ademhaling, huidskleur) en fysieke signalen (vb. spierspanning, beweging)

[3] Dyade: een groep bestaande uit twee personen.

van het kind overeenkomstig kan waarnemen en interpreteren, zal de zuigeling leren zijn innerlijke spanning met behulp van de volwassene te overwinnen. Daardoor leert het kind de afwisseling kennen van spanning en de door deze regulatie weergekeerde rust. Dit gevoel van innerlijke rust maakt het voor het kind mogelijk aandachtig te zijn. Pas dan kan hij zich naar buiten wenden en positieve ervaringen met zijn omgeving uitwisselen. Herhaalt zich dit proces, dan ontwikkelt het kind een positieve instelling tegenover spanningstoestanden, omdat het ervaren heeft dat deze reguleerbaar zijn. Deze positieve basisinstelling is voor de ontwikkeling van dialogische vaardigheden cruciaal. De vaardigheid zich later zelf affectief te kunnen reguleren is een voorwaarde om als gevolg daarvan een zekere (veilige), bevredigende interpersoonlijke relatie aan te kunnen gaan (Sroufe, 1996, p. 78).

1.3.3 Daniel Stern

Stern heeft met het zelfconcept, waarin respectievelijke de ontwikkeling van het ontluikende zelf (the sense of an emergent self), het kernzelf (coreself), het subjectieve zelf (the sense of an intersubjective self) en het verbale zelf (the verbal self) aan bod komen (Stern, 1985, p. 11), beschreven hoe een baby tot interactie en tot een interpersoonlijke relatie kan komen, want dit is de basis van elke verdere ontwikkeling, en dus ook van de emotionele ontwikkeling. Het ontluikende zelf en het kernzelf zijn volgens Stern's theorie aangeboren. Voor verdere ontwikkeling is de baby afhankelijk van zijn vertrouwde verzorger, en diens vaardigheid tot 'affect atunement' (Stern, 2006, p. 138). Stern geeft per fase weer welke gewaarwordingen (the sense of the self') ervaren en positief verwerkt moeten worden, om de vaardigheid te ontwikkelen tot het aangaan van een interpersoonlijke relatie. De gewaarwording van het 'kernzelf met anderen' (sense of core-self-with-another) als basis voor de vaardigheid tot intersubjectiviteit, is met drie ervaringen verbonden: 'self-with-a-self-regulating-other', 'self-resonating-with-another' en 'self-in-the-presence-of-another' (Stern, 1985) (zie bijlage 2).

1.4 Affectregulatie en autisme

Bovengenoemde wetenschappers spreken over het belang van een sensitieve ander in het proces van affectregulatie, maar Lahuis en Serra (2006) gaven eerder al aan dat aan het diagnostische beeld van autismespectrumstoornissen problemen op vlak van interactie en de ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden gekoppeld zijn (zie 1.2.1 autisme). Mijns inziens heeft dit een directe invloed op de affectregulatie, omdat deze problemen, die inherent zijn aan de diagnose, ongetwijfeld hun weerslag op de binding met de 'caregiver' hebben. "Attachment is not a one-way street. As the caregiver affects the infant, the child also affects the caregiver." (Sonkin, 2005, "Attachment Theory: An Overview", para 3).

Op de website van het kenniscentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie spreken Lahuis en Serra (2006) over een verstoorde prikkel- en informatieverwerking bij kinderen met autisme. Dit wordt bevestigd door een studie van Ben Shalom et al. (2006), waarbij de fysiologische emotieverwerking en de gerapporteerde gevoelens bij hoogfunctionerende personen met autisme en Asperger syndroom onderzocht werden. Zij vonden geen verschil wat betreft de huidgeleiding in vergelijking met de controlegroep, maar wel wat betreft de gerapporteerde gevoelens. De resultaten wezen op een normale fysiologische emotieverwerking, maar andere gerapporteerde gevoelens bij personen met autisme. Een vervolgstudie van Bölte, Feineis-Matthews, & Poustka (2008) onderzocht de fysiologische reactie en het bijbehorende affectieve verslag bij tien volwassen personen met autisme en een controlegroep. De resultaten duidden op een andere fysiologische reactiviteit en andere gerapporteerde gevoelens bij kinderen met autisme in vergelijking met de controlegroep, en dat kan gerelateerd worden aan de meer algemene defecten in het sociaal-emotionele functioneren, wat tot de kernproblemen van deze stoornis hoort. De onderzoekers wezen wel op de beperking van de kleine onderzoeksgroep.
Een studie van Konstantareas en Stewart (2006) onderzocht de affectregulatie bij kinderen met een autismespectrumstoornis. De kinderen met autisme toonden een grotere variatie in affectregulatie en gebruikten minder effectieve affectregulatiestrategieën in vergelijking met de controlegroep. Een lagere academische competentie werd geassocieerd met minder effectieve affectregulatiestrategieën bij kinderen met autisme. De kinderen met autisme

scoorden minder op attention focusing, inhibitie en troostbaarheid. De onderzoekers wijzen wel op enkele beperkingen van de studie.

Een verstoorde prikkelverwerking beïnvloedt dus in negatieve zin de affectregulatie bij mensen met een autismespectrumstoornis. Mijn vermoeden dat door deze storing ook de binding met de 'caregiver' aangetast wordt, wordt bevestigd door Schumacher (2004, p. 22-23), die de koppeling maakt tussen autisme, binding, affectregulatie en zelfverwondend gedrag. Een baby die geboren wordt heeft volgende vaardigheden ter beschikking: de amodale waarneming, het oogcontact en de ontwikkeling van corresponderende vitaliteitsaffecten (Stern, 1985, in Schumacher, 2004). Het autistische kind heeft deze vaardigheden niet of niet volledig. Het zoekt niet actief naar sensorische stimulering, maar beschermt zich van externe prikkels door stereotiepe handelingen. Het exploreert zijn omgeving niet, omdat het niet in staat is tot integratie van verschillende zintuigelijke indrukken. Oogcontact en imitatie van de gezichtsuitdrukking van een ander mens ontbreken of is verstoord. Dit heeft een negatief effect op de binding met de ander, daar deze hierdoor geneigd is zich terug te trekken van het kind. Omdat de ander zich terugtrekt ervaart het autistische kind geen emotionele resonantie, en verliest daardoor grotendeels de motivatie zich verder te ontwikkelen en de mogelijkheid te leren. Omdat het kind niet de vaardigheid heeft een interpersoonlijke relatie aan te gaan, blijven zijn affecten ongereguleerd en zijn schreeuwen, zelfverwondend gedrag en andere vormen van verwondend gedrag het gevolg van deze niet-integreerbare, voor het kind overweldigende affecten.

In paragraaf 1.1 van deze probleemstelling beschreef ik de aanleiding van het onderzoek, namelijk de vraag van de instelling om cliënt S. na verloop van tijd in mijn muzieklokaal (buiten zijn vertrouwde woning) therapie te geven. M.a.w. het verlaten van de vertrouwde woning is dus een risicovolle onderneming voor cliënt S. De inzichten die ik n.a.v. bovenstaande literatuurstudie verworven heb, stellen mij in staat een voorlopige aanname te doen met betrekking tot het probleem van het verlaten van de woning en het ZVG van cliënt S. De veilige, vertrouwde omgeving van de woning is voor cliënt S. overzichtelijk en begrijpelijk/integreerbaar. De wereld buiten de woning bestaat echter uit allemaal nieuwe, onvoorspelbare prikkels die S. niet kan integreren of zinvol verwerken. Ten gevolge hiervan treedt arousal op, en wanneer er geen vertrouwde begeleider bij hem is die deze toestand van arousal, deze affecten kan reguleren, zal S. zichzelf met behulp van ZVG beschermen tegen overprikkeling.
Wil ik nu tegemoet komen aan de vraag van de instelling, dan zal mijn eerste doel zich moeten richten op het opbouwen van een stabiele therapeutische vertrouwensrelatie met mijn cliënt. Een voorwaarde daarvoor is mijn rol als sensitieve ander, die mijn cliënt laat ervaren dat zijn affecten gereguleerd kunnen worden. Vanuit deze basis van een vertrouwensrelatie zal ik kunnen werken aan de transfer naar het muzieklokaal, maar zoals ik aangaf in subparagraaf 1.2.2 wil ik ook ontwikkelingsgericht werken, met de nadruk op relatievaardigheden, op interactie, op de interpersoonlijke relatie waarin affecten deelbaar en mededeelbaar zijn. Deze vaardigheden zullen mijn cliënt ook buiten de muziektherapie ten goede komen. Binnen het tijdsbestek van dit onderzoek zijn deze doelstellingen wellicht niet allemaal haalbaar, maar omdat ik mijn cliënt ook na het onderzoek verder therapie blijf geven vind ik het relevant om een plan op langere termijn te formuleren.

Hoe past het medium muziek nu binnen deze doelstellingen? Wat is de rol van de muziek als het gaat om affectregulatie? Daar wil ik in de volgende paragraaf dieper op ingaan.

1.5 De rol van het medium

Vorig jaar tijdens mijn stage heb ik mijn werkmodel gebaseerd op de methode van Schumacher. Schumacher (2004) heeft een muziektherapeutische methode ontwikkeld, eveneens gebaseerd op ontwikkelingspsychologische theorieën die uitgaan van de invloed van de vroege moeder-kindrelatie. Haar muziektherapeutische interventies refereren aan de vroegkinderlijke vorm van communicatie die moeder en kind normaal gezien hebben. Deze vorm van communicatie ligt aan de basis van de persoonlijke emotionele ontwikkeling en de ontwikkeling van interpersoonlijke relaties, die onlosmakelijke verbonden zijn met de emotionele ontwikkeling (Smeijsters, 2006, p. 291-292). Zij gebruikt het theoretische kader

van Stern's ontwikkeling van het zelfconcept (Stern, 1985, in Schumacher, 2004), wat eerder vermeld werd in subparagraaf 1.3.3. Binnen de muziektherapie ziet Schumacher het fysiek-emotionele niveau van het kind weerspiegeld in de manier waarop het kind al dan niet in contact, in relatie treedt met de therapeut en de instrumenten. Het niveau waarop het kind zich bevindt is ook het niveau waarop de therapeut het kind moet benaderen (Smeijsters, 2006, p. 292), en om dit te bepalen heeft Schumacher een meetinstrument ontwikkeld op basis van 7 contactmodi (zie bijlage 3), het zogenaamde AQR (Assesment of the Quality of Relationship) (Schumacher en Calvet-Kruppa, 1999). Om affecten te kunnen reguleren behoeft men de waarneming van een moeder, die wederom de vaardigheid moet hebben haar affect af te kunnen stemmen op dat van haar kind (Schumacher, 2004). De therapeut stemt zijn interventies af op dezelfde wijze zoals in de vroegkinderlijke moeder-kindcommunicatie. Het medium muziek heeft de mogelijkheid tot deze fijn-afstemming. Hieronder zal ik concreter uiteenzetten waarom dit zo is.

Stern (1985, in Schumacher, 2004) zegt dat de zuigeling 'gevoelsmatig' waarneemt. Hij spreekt bij zuigelingen niet over emoties, maar over zogenaamde vitaliteitsaffecten. Dit zijn belevingskwaliteiten die het beste met dynamische, kinetische[4] begrippen kunnen worden gekarakteriseerd, begrippen zoals krullend, wegebbend, vluchtig, exposief, aanzwellend, barstend,... Het zijn belevingskwaliteiten waar de zuigeling zich helemaal in onderdompelt, gevoelens waar hij min of meer aan overgeleverd is. Deze dynamisch-kinetische begrippen vinden we ook terug in de Italiaanse muzieknotaties, denk maar aan crescendo (aanzwellend), decrescendo (afnemend), diminuendo (verminderend), accelerando (versnellend), glissando (glijdend), morendo (wegstervend), ritenuto (plotseling vertragend), staccato (stotend) enz. Vitality affects zijn gekenmerkt door parameters als tempo, ritme, dynamiek, vorm, die overeenkomen met de parameters uit de muziek (Smeijsters, 2006, p. 31). De muziektherapeut tracht het innerlijke 'ritme' van zijn cliënt, dat zich voelbaar en zichtbaar uit, te vatten en door middel van een instrument of stem hoorbaar te maken, waardoor het fenomeen van een gemeenschappelijk beleefd affect door twee personen in verschillende kanalen uitgedrukt, kan ontstaan (Schumacher, 2004).
Naast de dynamisch-kinetische manier waarop door de therapeut gespeeld wordt, is ook de instrumentkeuze bepalend voor een goede afstemming. Een zuigeling leert zichzelf als persoon kennen, bij wie hij resonantie ervaart (Schumacher, 2004). Instrumenten die een groot resonantievermogen hebben, zijn hier aangewezen. Instrumenten die hiervoor in aanmerking komen zijn onder andere akoestische instrumenten, zoals gitaar, cello, enz. Ook het verschil in timbre en toonhoogte kan van belang zijn in de keuze van het muziekinstrument.
De verbinding tussen de verschillende dynamische, tonale, ritmische, melodische en harmonische elementen in de muziek activeren het affectieve beleven van de mens (Schumacher, 2004). Om zijn cliënt nog meer ervaring te geven wat betreft de omgang met affecten, kan de therapeut bewust spelvormen kiezen die dit affectieve beleven ordenen, teneinde de cliënt te laten ervaren dat zijn affecten mededeelbaar, deelbaar en daarmee ook reguleerbaar zijn. Onder andere kinderliedjes lenen zich hier erg goed toe. Door hun eenvoudige en overzichtelijke structuur en hun dynamisch speelse karakter (ze eindigen ook vaak met verrassingselementen) bloeit in de cliënt een affectief ervaren dat door het lied en de liedvorm kan worden gereguleerd. De therapeut kan deze affecten doseren door de manier waarop het gebracht wordt (tempo, dynamiek en de verandering daarin), hoe vaak het wordt aangeboden, enz. en helpt zo de cliënt verschillende affectlagen bij zichzelf waar te nemen (Schumacher, 2004).

Dit zijn enkele relevante elementen die bevestigen waarom het medium muziek geïndiceerd is bij de casus van cliënt S. Omdat ik ontwikkelingsgericht wil werken acht ik de methode van Schumacher, gebaseerd op Stern's theorie wat betreft de ontwikkeling van het zelfconcept, als een belangrijke leidraad voor mijn therapeutisch werk. Tijdens mijn onderzoek zal ik worden bijgestaan door een focusgroep van muziektherapeuten. Omwille van de keuze voor deze leidraad zal ik hieromtrent ook een interne vorming moeten organiseren. Het is echter niet mijn doelstelling om mijn onderzoek uitsluitende vanuit deze methode te benaderen. Ook andere denkkaders (vb. het gedragstherapeutische) of methoden, indien relevant, wil ik bij mijn onderzoek betrekken, teneinde een zo volledig mogelijk antwoord te kunnen geven op

[4] Kinetisch: met betrekking tot energie opgewekt door beweging.

de onderzoeksvraag (zie hoofdstuk 2). Ik ga kort nog even in op de relevantie van dit onderzoek alvorens de onderzoeksvraag te formuleren.

1.6 Relevantie van het onderzoek

Ik acht mijn onderzoek om de volgende redenen relevant.

1.6.1 Zelfverwondend gedrag in Delacroix

In 2000 is een onderzoek gedaan binnen de stichting Delacroix betreffende het voorkomen van ZVG bij de bewoners. 37% van alle bewoners vertoont een of meerdere vormen van ZVG (Wouters & Van Driessche, 2002). Hieruit blijkt al een duidelijke relevantie met betrekking tot mijn directe beroepspraktijk.

1.6.2 Muziektherapeuten in Delacroix

Uit een interview bij de muziektherapeuten van Delacroix (A. Cox, H. Ickmans, & E. Dereymaeker, personal communication, October 20, 2011), blijkt een duidelijke behoefte aan meer verdieping rond oorzaak en (muziektherapeutische) behandeling van ZVG. Het team is niet vertrouwd met de muziektherapeutische methode van Karin Schumacher en wenst hier graag over geïnformeerd te worden.

1.6.3 Onderzoeken naar muziektherapie en zelfverwondend gedrag bij personen met autisme

Muziektherapie is sowieso een jonge professie en de nood aan wetenschappelijk onderzoek binnen dit veld is nog groot. Wat betreft onderzoeken naar het effect van muziektherapie bij ZVG en autisme, haalt Smeijsters (2001) vier onderzoeken aan. Hoewel al deze onderzoeken enkele positieve effecten aantonen, is het onvoldoende duidelijk of het effect rechtstreeks het gevolg is van muziektherapie, dan wel van andere factoren (zoals de therapeut).

Hoofdstuk 2: Vraagstelling

Bovenstaande probleemstelling brengt mij tot de volgende onderzoeksvraag met subvraag:

“Hoe kunnen affecten gereguleerd worden met behulp van muziektherapie, bij een cliënt met zelfverwondend gedrag en een autismespectrumstoornis, die in de stichting Marguerite-Marie Delacroix verblijft?”

Subvraag:

“Hebben hechtingsbevorderende interventies invloed op de affectregulatie? En zo ja, welke zijn dat dan?”

Hoofdstuk 3: Doelstellingen

Mijn onderzoek kan aan verschillende doelstellingen beantwoorden.
Ten eerste is het mijn doel om mijn eigen therapeutische handelen te verbeteren, enerzijds om tegemoet te komen aan de vraag vanuit de instelling, en anderzijds om een bijdrage te leveren aan het verhogen van de levenskwaliteit van cliënt S.
Ten tweede wil ik met mijn onderzoek komen tot het verder uitdiepen van de theorie van Schumacher over affectregulatie, met een specifieke focus op zelfverwondend gedrag.
Ten derde wil ik via mijn actieonderzoek ook mijn teamgenoten binnen de muziektherapie in de stichting Delacroix vertrouwd maken met de methode van Schumacher, en dit toegepast op een reële casus binnen hun instelling.
En tot slot heb ik als breder doel, enerzijds de ervaringskennis die dit onderzoek zal opleveren, te delen met andere muziektherapeuten die te maken hebben met een vergelijkbare casus of problematiek. Anderzijds is onderzoek met betrekking tot de thematiek van zelfverwondend gedrag bij deze doelgroep in opmars, en levert dit actieonderzoek een bijdrage aan dit onderzoeksterrein.

Hoofdstuk 4: Onderzoekstype

Mijn vraagstelling vangt aan met “Hoe kunnen affecten gereguleerd worden met behulp van muziektherapie...?”. Het antwoord op deze vraag zou dus moeten zijn: “Op deze manier:....”. Om er nu achter te komen op welke manier dit is, moest ik methodes, interventies, werkwijzen ontwikkelen die zouden kunnen beantwoorden aan mijn vraagstelling, en deze aftoetsen in de praktijk. Mijn onderzoekstype was met andere woorden ontwikkelend. Migchelbrink (2001) geeft ook aan dat een ontwikkelingsonderzoek leidt tot nieuwe of betere werkwijzen, instrumenten of methodieken. Ik wil echter wel benadrukken dat mijn onderzoek het karakter heeft van een ontwikkelingsonderzoek. Een ontwikkelingsonderzoek zoals Migchelbrink (2001) omschrijft, als een stapsgewijze aaneenschakeling van deelonderzoeken, neemt jaren in beslag. Dit was gezien het gegeven tijdsbestek niet haalbaar.

Hoofdstuk 5: Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode die het beste bij mijn vraagstelling paste, was het actieonderzoek. Ik geef hieronder aan waarom dit zo is.
Mijn vraagstelling richt zich op “een cliënt met zelfverwondend gedrag en autismespectrumstoornis, die in de stichting ‘Marguerite-Marie Delacroix verblijft”. De vraag die de instelling mij voorlegde, betrof een actueel en praktisch probleem in het dagelijkse leven van een van haar cliënten en diens omgeving. Migchelbrink (2007, p. 43) omschrijft actieonderzoek als een manier van onderzoek dat zich bezig houdt met praktische problemen die individuele mensen of groepen mensen ondervinden in hun dagelijkse woon/leefsituatie. Het veranderen van de werkelijkheid staat centraal (Migchelbrink, 2007, p. 60). Het is een middel om een situatieverbetering tot stand te brengen door een combinatie van onderzoek en verandering (Migchelbrink, 2007, p. 52).
Zoals ik in hoofdstuk 4 reeds aangaf, zal het antwoord op mijn vraagstelling: “Op die manier...” zijn. Om te weten op welke manier dat is, moest ik eerst kennis vergaren omtrent onder andere de problematiek en mogelijke behandelaanpakken via verschillende bronnen. Vervolgens moest ik deze kennis, omgezet in actieplannen, gaan aftoetsen in de praktijk om zo te achterhalen welke manier leidde tot het verbeteren van mijn handelen, wat uiteindelijk tegemoet zou komen aan de vraag vanuit de instelling. Migchelbrink (2007, p. 43) zegt dat een actieonderzoek meer is dan onderzoek. De kennis die verzameld wordt is direct gekoppeld aan het toepassen van die kennis in en naar handelen. Hij noemt actieonderzoek een combinatie van onderzoek, handelen, reflecteren en veranderen: het verbindt onderzoek en actie (=handelen) met elkaar.
Voorts wilde ik werkwijzen ontwikkelen en uittesten in samenspraak met de praktijk. Want het effect van mijn handelen heeft invloed op de cliënt. De cliënt met zijn gedrag heeft invloed op

de woning waarin hij verblijft, met zijn bewoners, opvoeders, en andere verantwoordelijken, waaronder de pedagoog en OG en dus uiteindelijk op de instelling Marguerite-Marie Delacroix. Evenzeer wilde ik mijn team van muziektherapeuten bij dit onderzoek betrekken, om te beginnen omwille van hun waardevolle en bruikbare ervaringskennis (bron van kennis), maar ook omdat zij in een interview hadden aangegeven dat een onderzoek naar ZVG relevant is voor hun eigen muziektherapeutische praktijk. Actieonderzoek geschiedt in nauwe samenwerking met betrokkenen. Onderzoekers en betrokkenen werken samen om inzicht te verwerven in handelingsprocessen en problemen van onderzochten (Migchelbrink, 2007, p. 43).
Mijn doel was, om in functie van het voorgelegde probleem, mijn handelen te verbeteren. Het veranderen van een handelen gebeurt niet van vandaag op morgen. Het vergt kennis vergaren, oefening en reflectie. Migchelbrink zegt dat actieonderzoek een verander- en leertraject is. Samen lerend wordt door onderzoekers en betrokkenen de onderzochte werkelijkheid veranderd en via onderzoek naar en reflectie op het handelen in de uitgangssituatie, wordt gezocht naar handelingsalternatieven. De gevonden handelingsalternatieven worden toegepast, en zullen via onderzoek en reflectie opnieuw worden bijgesteld (Migchelbrink, 2007, pp. 43-44).
De vraag ‘hoe’ of ‘op welke manier’ houdt enerzijds een kennis- (theoretisch) anderzijds een handelingsaspect (praktisch) in zich. In mijn onderzoek lag het accent dan ook zowel op de ontwikkelingsfase als de actiefase. Omdat ik als muziektherapeut werkzaam was in de instelling, heb ik voortdurend kleine minicycli doorlopen tussen ontwikkelen en handelen/actie.

Hoofdstuk 6: Voorfase + oriëntatiefase

6.1 Voorfase

In deze fase moet de actieonderzoeker een actieonderzoeksnetwerk samenstellen, bestaande uit actoren die op directe of indirecte wijze aan het onderzoek zullen participeren (Migchelbrink, 2007, p. 154).
De aanleiding kwam vanuit de instelling (zie paragraaf 1.1), waarop ik als initiatiefnemer de beslissing heb genomen een actieonderzoek op te starten ter verbetering van mijn eigen beroepsmatige handelen, om tegemoet te kunnen komen aan de vraag van de instelling (Migchelbrink, 2007, p. 154). Omdat ik mijn eigen handelen heb onderzocht maakte mij dit tot centrale actor in het onderzoek, en tevens probleemaanbrenger omdat ik het initiatief heb genomen om het probleem/de vraag via een actieonderzoek aan te pakken. Het betrof mijn handelen dat veranderd/verbeterd moest worden, en dat maakte mij eveneens tot ‘doelwit’ van het traject (Migchelbrink, 2007, p. 155). Ik heb in deze fase een actieonderzoeksnetwerk samengesteld met volgende actoren:

Actoren	Wie?	Waarom?
Probleem-drager	Ik/ Instelling/ Cliënt S.	Ikzelf, omdat het mijn therapeutische handelen betrof dat verbeterd diende te worden. De instelling (pedagoog, OG, opvoeders van woning 14, medebewoners) omdat het probleem al bestond voor mijn therapie startte. Cliënt S. omdat mijn verbeterde handelen invloed heeft op zijn levenskwaliteit (Migchelbrink, 2007, p. 157).
Direct betrokkenen	Cliënt S./ pedagoog H. Wouters/ muziektherapeute E. Dereymaeker	Cliënt S. omdat het zijn muziektherapeutische behandeling betrof. H. Wouters, omdat hij als pedagoog verantwoordelijk is voor cliënt S. en diens behandeling. Hij heeft zowel meegewerkt aan de diagnosestelling als de eindevaluatie. E. Dereymaeker, omdat zij vanaf 04/04 mee deelgenomen heeft aan de therapeutische sessies, de reflectie en het ontwikkelen van actieplannen.
Indirect betrokkenen	Focusgroep muziektherapeuten: A. Cox, H. Ickmans, G. Wielemans, E. Dereymaeker, E. De Smet (stagiaire), E. Fröhlings (stagiaire) / opvoeders woning 14/ scriptiebegeleider H. van den Born	De focusgroep heeft gezamenlijk de diagnose gesteld, ideeën voor actieplannen gegenereerd en de eindevaluatie bepaald. H. Ickmans heeft eenmalig deelgenomen aan een therapeutische sessie met cliënt S. E. Fröhlings heeft niet deelgenomen bij de eindevaluatie. Opvoeders woning 14. Ze hebben na de sessies de gemoedstoestand van cliënt S. opgevolgd. H. van den Born, omwille van zijn deskundige begeleiding doorheen het onderzoekstraject.

Mijn entree als onderzoeker werd vergemakkelijkt, omdat ik reeds als muziektherapeut aan de slag was sinds 01/07/2011. In die periode had ik al een relatie kunnen opbouwen met de instelling. Ik kende inmiddels missie en visie van de instelling, de gebruiken van het paviljoen waaronder die van woning 14, en de werking van het muziektherapeutenteam. De verschillende werknemers hadden inmiddels ook mij leren kennen, als persoon alsook in mijn rol als muziektherapeut. Op het moment dat het onderzoek van start ging gaf ik al meer dan zes maanden muziektherapie aan de bewoners, bracht ik via overlegmomenten geregeld verslag uit over mijn behandelplannen en had meermaals advies ingewonnen bij verschillende mensen. Bij de aanvang van het onderzoek was er dus al sprake van een frequente en regelmatige interactie met zoveel mogelijk deelnemers (Migchelbrink, 2007, p. 159), en hoefde ik daarom geen extra relatiebevorderende activiteiten te ondernemen.

6.2 Oriëntatiefase

De oriëntatiefase in een actieonderzoek behelst de volgende doelstellingen (Migchelbrink, 2007, p. 161-166):

- verkennen van het handelingsprobleem dat via het actieonderzoek onderzocht wordt
- verkennen van het doel van de betrokkenen in het actieonderzoek
- opbouwen van een samenwerkingsrelatie en een goed werkklimaat met alle betrokkenen
- invullen van de rol van onderzoeker

Het doel van het verkennen van het handelingsprobleem was voor mij tweeledig: een beter zicht krijgen op het leven van cliënt S. (zowel vandaag de dag als in zijn voorgeschiedenis) en een beter zicht krijgen op mijn eigen handelen op dat moment, door middel van een analyse van de observatieverslagen van mijn therapie.

De analyse van het leven van cliënt S. had ik deels gedaan bij de start van mijn tewerkstelling. Ik was een halve dag gaan meedraaien in woning 14 om een idee te krijgen over het leef- en werkklimaat van de woning, de gebruiken en de visies. Migchelbrink (2007, p. 230) spreekt in dat verband ook van een niet-participerende observatie. Ik had het dossier van cliënt S. bestudeerd, met persoonlijke gegevens, anamnese, diagnose, ontwikkelingsleeftijd, eventueel bijkomende problemen, activiteitenprogramma enz. Ik had de verslagen bestudeerd van de vorige muziektherapeut (sinds januari 2011 is er geen muziektherapeut meer in het paviljoen) en ook persoonlijk met hem afgesproken. De OG had mij een korte beschrijving van de verschillende bewoners gegeven. En tot slot had H. Wouters, de pedagoog, naast specifieke informatie omtrent cliënt S., mij ook videobeelden van vroeger getoond. Zo was ik onder andere te weten gekomen dat het ZVG en de gedragsproblemen van cliënt S. al ruim 20 jaar een probleem vormen. De pedagoog en zijn team hebben reeds verschillende behandelaanpakken uitgeprobeerd, waarvan de gedragstherapeutische de enige succesvolle is met betrekking tot het terugdringen van het ZVG.
Om beter zicht te krijgen op mijn eigen therapeutische handelen met cliënt S., had ik een analyse van de observatieverslagen gemaakt, die ik tijdens mijn 6 maanden therapie met cliënt S. verzameld had. Ik bracht daarover verslag uit bij mijn docente Kathinka Poismans, en zij gaf mij advies wat betreft mijn handelen en de interpretatie van het gedrag van cliënt S. Op dat moment was het zo dat cliënt S. tijdens mijn therapie vaak uitdaaggedrag vertoonde, destructief gedrag naar de instrumenten en mij toe, erg snel overprikkeld was, wat zich uitte in schudden met het hoofd of stampen met het been, en dat ik eigenlijk niet wist hoe ik moest handelen om deze situatie om te buigen.

Wat betreft het verkennen van het doel van de betrokkenen, had ik alle betrokkenen op de hoogte gebracht van mijn intentie tot actieonderzoek. H. Wouters vroeg ik om te filmen tijdens de sessies en aan het team van muziektherapeuten vroeg ik of zij als focusgroep wilden fungeren aan het begin van het onderzoek en bij de eindevaluatie. De opvoeders van woning 14 bracht ik eveneens op de hoogte van mijn onderzoek en vroeg hen of ze tijdens het onderzoek na elke sessie het gedrag van cliënt S. wilden evalueren op bijzonderheden.

Zoals ik in paragraaf 6.1 reeds vermelde bracht het feit dat ik al enkele maanden werkzaam was in de stichting met zich mee dat ik al een relatie had kunnen opbouwen met de stichting en dus ook de betrokkenen. Ze hadden mij leren kennen als persoon, in de rol van muziektherapeut, en als lid van het team, als iemand met bijzondere interesse voor de doelgroep, de instelling en voor mijn vak. Ik ben iemand met verantwoordelijkheidszin, met daadkracht, iemand die zichzelf in vraag durft te stellen, iemand die diepgaand naar oplossingen wil zoeken. Ik ben een teamplayer, met een actieve inbreng tijdens overlegmomenten en een open houding voor andere visies en meningen. Verder had ik er bewust voor gezorgd dat de rollen van de betrokkenen zo bepaald waren dat zij zich niet onnodig teveel in bochten moesten wringen voor hun bijdrage in mijn onderzoek. Om een voorbeeld te geven, de gebruikelijke muziekoverlegmomenten hebben het karakter van een intervisie, mijn focusgroepbijeenkomsten pasten dus ook binnen deze visie.
Al van bij het begin van mijn tewerkstelling had ik de werknemers van paviljoen 3 en het team van muziektherapeuten laten weten dat ik in mijn laatste opleidingsjaar een onderzoek moest doen. Het viel me op dat zij hier bijzonder voor open stonden. H. Wouters (personal communication, September 19, 2011) liet weten dat hij geloofde in de voordelen van een onderzoek ten bate van de bewoners. Het team van muziektherapeuten (personal communication, September 22, 2011) had meteen haar steun en medewerking beloofd en zag dit ook als een waardevolle toevoeging wat betreft de eigen overlegmomenten. Al deze bovengenoemde factoren hebben ertoe bijgedragen dat de overgang van muziektherapeut naar de rol van onderzoeker vrijwel rimpelloos is verlopen.

Hoofdstuk 7: Diagnostische fase

De volgende stap na de oriëntatiefase is het opstellen van een gezamenlijke diagnose van het probleem. Het betreft een gezamenlijk oordeel waarin vastgelegd wordt wat er volgens alle betrokkenen aan de hand is. Het is daarbij de bedoeling om vanuit zoveel mogelijk invalshoeken de verschillende aspecten van de bestaande uitgangssituatie te exploreren (Migchelbrink, 2007, p. 168-170).

Voor het stellen van deze gezamenlijke diagnose had ik twee partijen aangesproken, enerzijds pedagoog H. Wouters, anderzijds de focusgroep van muziektherapeuten. Ik had hiervoor gekozen omwille van de verschillende invalshoeken. H. Wouters kent cliënt S. reeds meer dan 20 jaar en heeft een pedagogische kijk op de casus. De muziektherapeuten hebben deskundigheid op vlak muziektherapeutische diagnosestelling en interventies. Beide vond ik erg waardevolle perspectieven om samen te brengen in de diagnostische fase. Onafhankelijk van elkaar hebben de partijen een diagnose gesteld. Met H. Wouters had ik een open expertinterview (Migchelbrink, 2007, p. 172) afgenomen, naar aanleiding van zijn niet-participerende observatie (Migchelbrink, 2007, p. 230) tijdens een muziektherapiesessie met cliënt S. (hij filmde de sessie). Met behulp van deze video-opname heb ik een focusinterview (Smeijsters, 2005, p. 208) afgenomen bij het team van muziektherapeuten.
De bijeenkomst met de focusgroep bestond uit verschillende onderdelen. Ze werd gestart met een interne vorming over de methode van Schumacher, meer bepaald rond het kernzelf (Schumacher, 2004). Het ontluikende zelf was al in een eerder overlegmoment besproken. Vervolgens werd met behulp van een powerpointpresentatie een uiteenzetting gegeven over gestelde problematiek (gegevens uit de oriëntatie- en voorfase), de diagnose van de pedagoog en de onderzoeksvraag. De deelnemers kregen nadien de mogelijkheid verduidelijkende vragen te stellen.
Vervolgens kreeg de focusgroep de video-opname te zien, als onderzoekstechniek ook wel indirecte externe observatie (Migchelbrink, 2007, p. 231) genoemd. Ik koos voor deze techniek om een zo concreet en correct mogelijke weergave te geven van de werkelijkheid. Een mondelinge beschrijving heeft het gevaar in zich subjectief gekleurd te zijn. Een andere reden waarom ik voor deze techniek koos, en bijvoorbeeld niet voor een interview met de cliënt, had uiteraard te maken met de aard van de doelgroep (non-verbaal, verstandelijke leeftijd zeer beperkt).
De dataverzameling gebeurde aan de hand van een gestructureerde observatielijst (Migchelbrink, 2007, p. 230), die enerzijds gebaseerd was op de reflectietechniek volgens STARR (Migchelbrink, 2007, pp. 246-247), anderzijds op de AQR, het meetinstrument door Schumacher ontwikkeld, zoals eerder vermeld in paragraaf 1.5 (zie bijlage 4). Ik koos voor de AQR omdat het mijn doelstelling (zie hoofdstuk 3) was het team te laten kennis maken met dit meetinstrument, en omdat het een erg gedetailleerde observatielijst is, waardoor ik de mogelijkheid gecreëerd had een zo volledig mogelijk beeld van de situatie te scheppen. De observatielijst bevatte verder nog een open vraag voor opmerkingen of bedenkingen.
De gestructureerde observatielijst had al een ordening, een rubricering in zich (Migchelbrink, 2007, p. 173), wat de analyse van de gegevens vergemakkelijkte. Deze analyse gebeurde door mezelf, ter plekke, met behulp van de techniek ‘samenvattingen maken’ (Migchelbrink, 2007, p. 236), en werd onmiddellijk afgetoetst bij de groep op juistheid en volledigheid.

Hoofdstuk 8: Ontwikkelfase

In de ontwikkelfase staat het maken van een plan voor het verbeteren van het huidige handelen voorop. Op basis van de diagnose worden ideeën voor verbetering verzameld in dialoog tussen onderzoeker en betrokkenen. De uitvoering wordt voorbereid en gepland (Migchelbrink, 2007, p. 179).

In dezelfde focusgroepbijeenkomst waarin de gezamenlijke diagnose werd gesteld, werden gezamenlijk ook de ideeën voor actieplannen gegenereerd. Ik koos hiervoor omdat het volgende teamoverleg pas een maand later kon doorgaan (de gebruikelijke overlegmomenten vinden eenmaal per maand plaats). Aan de andere kant zag ik het als een voordeel dat de leden nog midden in de materie zaten, op het moment dat ze overgingen tot het genereren van ideeën. Om beter zicht te krijgen op haalbaarheid en realiseerbaarheid van de actieconcepten (Migchelbrink, 2007, p. 181) gaf ik mijn collega’s vooraf een korte beschrijving van de huidige situatie. De muziektherapie met cliënt S. ging wekelijks door in de snoezelruimte van de woning waar hij permanent verblijft. Materiaal zou dus vanuit het muzieklokaal overgebracht moeten worden. Dit zou invloed hebben op de keuze van het materiaal, het moest dus, naast adequaat voor de bedoelde interventies, ook transporteerbaar zijn. Het beschrijven van ideeën of actieconcepten moest daarnaast ook volgende items bevatten: therapeutisch doel, therapeutische houding, interventies, gebruikt materiaal. De bedoeling was om de ideeën te verzamelen volgens de Nominale

Groepstechniek (Migchelbrink, 2007, pp. 214-215), zie bijlage 5. Ik koos voor deze techniek omdat de leden hierdoor de mogelijkheid kregen vanuit hun eigen invalshoek, zonder door de ander beïnvloed of beoordeeld te worden, ideeën neer te schrijven. De ideeën werden gegenereerd, maar omwille van tijdsgebrek zijn we echter niet toegekomen aan het gezamenlijk bepalen van een actieplan. Ik heb nadien zelf een analyse gemaakt van de ideeën door ze samen te vatten. Daaruit bleken veel overeenkomsten. Mijns inziens had het ontbreken van een gezamenlijk opgesteld actieplan geen cruciaal negatieve invloed op de kwaliteit van het onderzoek, omdat de actiefase zelf het karakter bleek te hebben van een trial/error, waarbij elk idee vrijwel apart moest worden afgetoetst en bijgesteld.
Het vervolg van het onderzoekstraject was een voortdurende afwisseling tussen ontwikkelfase/actiefase. Vanuit de ideeën die tijdens de focusbijeenkomst naar voren kwamen werd een eerste actieplan opgesteld, uitgevoerd, geëvalueerd, bijgesteld, opnieuw uitgevoerd, enz. Tot 04/04 heb ik zelf de actieplannen opgesteld, uitgevoerd en geëvalueerd, daarna heeft collega muziektherapeute E. Dereymaeker dit alles samen met mij gedaan tot het einde van het onderzoek op 08/05. Naar aanleiding van de evolutie tijdens het traject heb ik ook een aanvullende literatuurstudie gedaan om meer inzicht te krijgen in voorlopige uitkomsten en meer zicht op mogelijke alternatieve vervolgstappen in het traject.

Hoofdstuk 9: Evaluatie

In dit hoofdstuk beschrijf ik hoe de procesmonitoring of –analyse verlopen is, en op welke manier de eindevaluatie oftewel productanalyse heeft plaatsgevonden (Migchelbrink, 2007, p. 191-192). In het tweede deel van dit hoofdstuk overloop ik de kwaliteitscriteria van een actieonderzoek.

9.1 Evaluatie

De procesevaluatie omschrijft Migchelbrink (2007, p. 192) als het volgen, beschrijven en beoordelen van de verschillende onderdelen of stappen van het handelen, het gebeuren tijdens het handelen. Ik heb dit op drie manieren gedaan.
Zoals ik al in het vorige hoofdstuk aangaf had ik dit tot 04/04 zelf gedaan, en dit met behulp van ervaringsgerichte zelfreflectie, met het reflectiemodel van Korthagen (Migchelbrink, 2007, pp. 243-246) als leidraad (zie bijlage 6). Vanaf 04/04 heb ik dit verder gezet samen met mijn collega E. Dereymaeker. Vanaf dat moment hebben we de sessies ingekort (van 30 minuten naar 10 à 15 minuten) en het aantal per week verdubbeld (van 1 naar 2 sessies). Eenmalig heeft ook collega muziektherapeute H. Ickmans een sessie meegevolgd en achteraf mee gereflecteerd. Naast deze vorm van monitoring heb ik ook de opvoeders van woning 14 betrokken bij de procesevaluatie. Op geregelde tijdstippen heb ik na de sessies kort een open en informeel interview (Migchelbrink, 2007, p. 172) met hen gehouden, om na te gaan of mijn actieplannen invloed hadden op het gedrag van cliënt S. buiten de sessies. Dit deed ik om de transfer van therapie naar het leven daarbuiten te evalueren, en om eventueel via die weg ook bijstellingen te doen.
Tenslotte heb ik het onderzoek zelf ook gemonitord, om na te gaan of ik wel degelijk onderzocht wat ik oorspronkelijk wilde onderzoeken. Op dat vlak ben ik deskundig bijgestaan door mijn scriptiebegeleider, H. van den Born.

De productevaluatie is het volgen, beschrijven en beoordelen van de uitkomst of resultaten van de acties, m.a.w. wat het handelen heeft opgeleverd en of dit overeenkomstig is met de verwachtingen of gestelde doelen (Migchelbrink, 2007, p. 192).
Ik had opnieuw een video-opname gemaakt, dit keer zonder cameraman, omdat H. Wouters op dat tijdstip niet beschikbaar was. Ik had geen andere cameraman aangesproken om te voorkomen dat de sessie door de aanwezigheid van een derde persoon te veel zou beïnvloed worden. Ter evaluatie van deze opname had ik terug een focusgroepbijeenkomst gepland met de muziektherapeuten. De externe indirecte observatie (Migchelbrink, 2007, p. 231) werd voorafgegaan van een powerpoint waarin een kernachtige uiteenzetting van het afgelopen proces werd gegeven. Daarnaast werd de onderzoeksvraag ter opfrissing nog eens herhaald. De leden kregen een nieuwe observatielijst die semigestructureerd was en aangepast aan

het videofragment. Gedeeltelijk gestructureerd omdat het mijn intentie was een bepaald fragment, dat relevant was in het licht van de onderzoeksvraag, eruit te lichten. De rest van de vragen waren relatief open, omdat ik zo weinig mogelijk suggestief wilde zijn, zo weinig mogelijk de antwoorden wilde beïnvloeden. Aan het eind van de observatielijst werd een terugkoppeling gemaakt naar de onderzoeksvraag en de subvraag, en de evaluatie van de methode van Schumacher als vooropgestelde leidraad in het onderzoek (zie bijlage 7). Na het bekijken van het videofragment en het invullen van de observatielijst hebben we gezamenlijk de antwoorden overlopen en aan de hand van de techniek 'samenvattingen maken' (Migchelbrink, 2007, p. 236) heb ik de analyse van de gegevens gedaan en onmiddellijk afgetoetst op juistheid en volledigheid.
De dag nadien heb ik met H. Wouters samen de videobeelden bekeken en heb met hem een open expertinterview (Migchelbrink, 2007, p. 172) afgenomen.

9.2 Kwaliteitscriteria

9.2.1 Dependability

Dependability oftewel verzadiging wil zeggen dat de onderzoeker zich voldoende heeft ingezet om zoveel data te verzamelen tot hij niets nieuws meer hoort (Pénzes, 2012).
Ik heb doorheen het ganse traject van het actieonderzoek op verschillende wijze data verzameld, via literatuurstudie, het bestuderen van verslagen en dossiers, gesprekken met de pedagoog, video-opnames met bijbehorende observatieverslagen voor de focusgroep, gesprekken met de opvoeders, ervaringsgerichte zelfreflectie, expertkennis van deskundigen, advies van H. van den Born, enz. Ik heb geprobeerd zoveel mogelijk verschillende perspectieven te bekomen van waaruit het probleem kon worden bekeken, zodat ik de onderzoeksresultaten op een zo correct en breed mogelijke manier zou kunnen interpreteren.

9.2.2 Confirmability

Confirmability oftewel navolgbaarheid wil zeggen dat de onderzoeker zich voortdurend afvraagt of de gevonden antwoorden daadwerkelijk dat weergeven wat de deelnemers hebben gezegd en of de onderzoeksvraag beantwoord wordt (Pénzes, 2012).
Actieonderzoek is een co-creatie, resultaten worden op basis van een algemene consensus bepaald. Tijdens de focusgroepbijeenkomsten aan het begin en het einde van het onderzoek heb ik gebruik gemaakt van observatielijsten, waardoor elke deelnemer de kans kreeg onbevooroordeeld zijn bevindingen neer te schrijven. Deze informatie werd naderhand samen gelegd en op basis van consensus werden de resultaten bepaald. Deze resultaten heb ik vervolgens ter plekke afgetoetst op juistheid en volledigheid aan de hand van de techniek van het samenvatten. Bij de eindevaluatie werd er in de observatielijst een aparte verwijzing gemaakt naar de onderzoeksvraag. Deze resultaten werden eveneens op basis van consensus bepaald en afgetoetst. Bij H. Wouters hield ik een open expertinterview om van hem diagnose en eindconclusie te bekomen. Dit liep iets minder gestructureerd dan bij de focusgroep omwille van het ontbreken van een observatielijst. Ik heb tijdens het gesprek echter wel gebruik gemaakt van de techniek van het samenvatten.

9.2.3 Transferability (overdraagbaarheid/begrijpelijkheid)

Met transferability, anders gezegd overdraagbaarheid of begrijpelijkheid, wordt bedoeld of het voor de betrokkenen duidelijk was hoe de onderzoeker data heeft verzameld, data geanalyseerd, conclusies getrokken en zijn rol als onderzoeker heeft verduidelijkt (Pénzes, 2012). Ik ben tijdens het onderzoek zo transparant mogelijk te werk gegaan. Ik heb de betrokkenen vooraf, mondeling, of per email ingelicht over het actieonderzoek en mijn verwachtingen van hun bijdrage. Tijdens de focusgroepbijeenkomsten heb ik de zitting ingeleid m.b.v. powerpointpresentaties om de deelnemers te informeren over mijn onderzoek, de evolutie ervan en mijn taak/rol als onderzoeker. Voorts heb ik tijdens de focusgroepbijeenkomsten gebruik gemaakt van verschillende lijsten (observatielijst, NGT, ..), vooraf voorzien van de nodige uitleg, om de deelnemers een zo duidelijk mogelijk beeld te geven over mijn bedoelingen en verwachtingen. Tijdens een tussentijds vergadermoment heb

ik H. Wouters en de aandachtsopvoeder van cliënt S. een mondelinge update van het onderzoek gegeven.

9.2.4 Transferability (bruikbaarheid)

In de betekenis van bruikbaarheid wordt met transferability bedoeld of de aanbevelingen van de onderzoeker bruikbaar zijn voor de praktijk, en of de lezers de overgang naar de praktijk kunnen maken (Pénzes, 2012). Een actieonderzoek is onderzoek voor en door de directe praktijk. Ik ben in het beschrijven van het proces en de resultaten zo transparant mogelijk te werk gegaan met de bedoeling de lezers concrete praktijkkennis over te brengen. Aanbevelingen die ik doe liggen in het verlengde van het onderzoek, ze betreffen een verdere verdieping van de resultaten, met het oog op het streven naar verdere ontwikkeling van mijn cliënt en het tegemoet komen aan de vraag van de instelling.

9.2.5 Credibility

Credibility oftewel geloofwaardigheid betekent dat de bevindingen van het onderzoek en de analyse van de gegevens berust op meerdere betrokkenen en voldoende gedetailleerd is beschreven (Pénzes, 2012). De resultaten en de analyse ervan berust inderdaad op het perspectief van verschillende betrokkenen, zoals hierboven reeds beschreven. De betrokkenen kregen op verschillende wijzen de mogelijkheid hun bevindingen kenbaar te maken, via observatielijsten, semigestructureerd met ruimte voor eigen opmerkingen, open interviews, enz. De resultaten daarvan zijn gedetailleerd beschreven. Tenslotte werden de resultaten uit de praktijk vergeleken met kennis uit de literatuur, om de praktijkkennis ook op een breder perspectief te betrekken.

9.2.6 Authenticity

Met authenticity of gemeenschappelijkheid bedoelt men dat de resultaten van het onderzoek voorgelegd zijn aan de deelnemers, en of zij zich herkennen in de conclusie van de onderzoeker (Pénzes, 2012). De resultaten van de focusgroep zijn op basis van algemene consensus vastgelegd. Het perspectief van H. Wouters heb ik ernaast gelegd en geprobeerd deze te integreren in het geheel van resultaten. Omwille van de beperking van cliënt S. (mentale handicap, non-verbaal) heb ik met hem de resultaten niet kunnen bespreken. Ik heb aan de hand van observaties van mezelf en collega E. Dereymaeker getracht zo dicht mogelijk het perspectief van de cliënt te benaderen. Mijn eerste prioriteit betrof dan ook het welzijn van mijn cliënt en dat heb getracht dit zo authentiek mogelijk na te streven.

Hoofdstuk 10: Discussie

In dit hoofdstuk besteed ik naast het beantwoorden van de vraagstelling en de verklaring/interpretatie van de resultaten ook bijzondere aandacht aan de proces- en de productevaluatie. Door dit transparant te maken geef ik de lezer tastbare en bruikbare informatie voor zijn eigen kennis en/of beroepspraktijk. Een andere reden hiervoor, is dat Smeijsters (2006, p. 288) aangeeft dat het opvallend is dat muziektherapeuten die werken met de doelgroep autisme in hun werkwijze weinig uitwijden over het gebruik van hun medium. De houding van de therapeut krijgt daarentegen meer aandacht, waaruit je kunt opmaken dat die een belangrijk onderdeel is in het handelen.

10.1 Procesevaluatie

Het verloop van het onderzoekstraject, het proces, heeft in belangrijke mate bijgedragen tot het eindresultaat, de eindconclusie van het onderzoek. Door dit globaal te beschrijven kan ik de lezer meenemen in mijn proces van bedenken, uittesten, evalueren, bijstellen, enz. zodat het voor hem herkenbaar wordt waarom ik de verschillende stappen/beslissingen genomen heb. Het proces is ook verantwoordelijk voor het verschil dat zich aantoont tussen het

moment van de diagnosestelling en het moment van de eindevaluatie, wat betreft therapeutisch doel, therapeutische houding, therapeutische interventies en het gedrag van cliënt S. Bovendien zijn bevindingen tijdens het proces van belang gebleken om de interpretatie/verklaring van het eindresultaat meer kracht bij te zetten.
Het proces kan ik het beste samenvatten aan de hand van vier sleutelpunten:
1) gezamenlijke diagnosestelling, 2) blokkade en Aha-Erlebnis in het onderzoek,
3) samenwerking met E. Dereymaeker en ommezwaai in het onderzoek, en
4) eindevaluatie/productevaluatie.

10.1.1 Gezamenlijke diagnosestelling

In deze subparagraaf zal ik een beschrijving geven van de gefilmde sessie tijdens de gezamenlijke diagnosestelling, met daarbij een gereduceerde versie van de diagnose en de ideeën voor actieplannen van de focusgroep, en de reflectie van H. Wouters. Voorafgaand aan deze beschrijving is het relevant om enkele bemerkingen te geven.
Het theoretisch kader waarop mijn interventies waren gebaseerd, was dat van de methode van Schumacher (2004). Ik had een inschatting gemaakt van de modus (zie bijlage 3) waarin cliënt S. zich bevond, namelijk tussen 2 (contact-reactie) en 3 (functioneel-sensorisch contact), en op basis daarvan wilde ik werken aan de bewustwording van het kernzelf. Interventies die hiervoor in aanmerking kwamen, waren imitatie, synchronisatie, situatieliederen en het gebruik van kinderliedjes. Ikzelf speelde gitaar en zong daarbij, voor cliënt S. had ik een tamboerijn en een piepeendje (een oranje-blauw visje) meegenomen. Affectregulerende interventies waren verbaal bestraffen (gedragstherapeutisch) en terugkeren naar een lagere modus (0 of 1) vb. door uit de synchronisatie te stappen. De sessies die aan deze opname vooraf gingen, waren erg stresserend geweest. Cliënt S. greep steeds naar mij en de gitaar en hij was destructief naar alle aangeboden instrumenten. Vandaar nu de keuze van een piepeendje, dat kan niet stuk.

We komen de snoezelruimte binnen en nog voor ik zit pakt S. het piepeendje, gaat dicht bij mij op de lange bank zitten en begint hevig met het eendje te piepen. Hij lacht, kijkt naar de cameraman en vervolgens naar mij. Ik zet mij tegen de muur, weliswaar dicht bij de deur, maar ik kan verder geen kant meer uit. Ik begin de sessie door eerst duidelijk af te spreken dat de gitaar enkel voor mij is en het eendje en de tamboerijn voor S. Terwijl ik dit zeg is S. al helemaal geconcentreerd op het piepeendje.
Plots piept S. heel fel, gooit het eendje op de bank, ziet de tamboerijn, pakt dit vast en haalt uit naar mij. Ik schrik, probeer me te herpakken en reageer streng dat dit niet kan, waarop ik de tamboerijn achter mijn rug leg, uit het zicht. S. komt daarop nog dichter bij zitten, instinctief scherm ik de gitaar af, maar S. grijpt er hevig naar. Opnieuw tracht ik streng te zijn, hem te wijzen op de afspraak, zeg dat hij maar terug wat verder moet gaan zitten. S. lacht, reageert niet op het verzoek, grijpt naar de piepeend en begint er terug mee te spelen. Pas dan zet ik het beginlied in.
S. is erg gefocust op het eendje, hij lacht, lijkt geamuseerd. Ik imiteer zijn snelle piepen door mijn slag aan te passen. Hij merkt dit onmiddellijk op en kijkt naar mij.
Ik zet het lied ‘de heks van dovenetel’ in. S. is op dat moment weer helemaal geconcentreerd op het eendje, trekt eraan, draait het rond, bestudeert het grondig. Hij kijkt plots even weg, alsof hij er even ‘uit moet’. Het piepen begint weer, ik imiteer dit, waarop hij onmiddellijk mijn richting uitkijkt en lacht. (Mijn reactie op dit onmiddellijke kijken is meteen uit die imitatie/synchronisatie gaan, want omwille van de intensiteit waarmee S. dan steeds kijkt ben ik bang dat hij me weer gaat aangrijpen).
S. is weer gefocust op zijn eendje, bekijkt het langs alle kanten, en ik zet daarop een rustig situatielied in, waarin ik bezing wat S. doet. S. gniffelt, kijkt recht naar mij, dan naar de camera, dan weer naar het eendje. Hij lijkt echt te luisteren, want zijn oor neigt naar de gitaar toe. Af en toe kijkt hij naar buiten. Op mijn synchronisatie reageert S. weer onmiddellijk, dit keer door een verbale uiting. Ik zie de arousal stijgen en stap meteen uit de synchronisatie. De sessie gaat terug zijn gangetje, S. is geconcentreerd bezig met het eendje, ik zing een situatielied waarbij ik imiteer of synchroniseer door mijn slag aan te passen, S. merkt dit onmiddellijk op door naar mij te kijken, waarop ik me weer terugtrek enz. S. gniffelt tussendoor. Op een bepaald moment tijdens een synchronisatie maakt S. een hevige beweging, alsof het even teveel is. Ik rond het situatielied af, S. kijkt naar de camera en vervolgens naar mij.

Ik kondig ‘de zon zien zakken’ aan. Tijdens dit lied is S. relatief rustig, kijkt geconcentreerd naar het eendje, draait het in alle richtingen. De rest van het lied blijft zo, ook als ik bezing wat hij doet, ook als ik zacht op ‘lailai’ zing.
Het volgende lied ‘in het bos’ is wederom een voortdurende afwisseling tussen imiteren/synchroniseren, een reactie van S., ik die me terugtrek, S. die zich weer op het eendje concentreert enz.
Als de sessie ongeveer 10 minuten bezig is, zegt S. op een bepaald moment iets. Ik begrijp het niet en ga door met het liedje waarop hij weer hetzelfde zegt, maar dit keer luider. Ik zie de arousal stijgen, S. maakt een hevige beweging en knijpt hard in het eendje. Ik begrijp het nog steeds niet en ga verder met ‘Old McDonald’ waarop S. hetzelfde nog luider zegt en vervolgens naar de gitaar grijpt. Ik reageer hier streng op, S. lacht. Op het moment dat ik terug inzet, begint hij met zijn hoofd te schudden, waarop ik kordaat ‘stop!’ zeg. Hij stopt met schudden maar begint luid te vocaliseren. Ik zeg opnieuw ‘stop!’, probeer te sussen met ‘shht’ en dat lukt kort. S. concentreert zich terug op het eendje.
Even later zegt S. opnieuw hetzelfde (ik begrijp het nog steeds niet) en gooit dan het eendje op de grond. Hij maakt daarbij een beweging alsof hij wil dat ik het eendje opraap. Omdat hij daarop naar de gitaar reikt probeer ik als afleidingsmanoeuvre het eendje terug te geven. S. gooit het opnieuw weg, waarop hij luid lacht, luid vocaliseert, naar mijn been grijpt en pitst. Hierop besluit ik de sessie af te ronden. S. loopt meteen naar buiten.

Naar aanleiding van de video-opname heeft de focusgroep een observatielijst ingevuld. In het schema hieronder geef ik een beknopte weergave van de gezamenlijke conclusie van de focusgroep wat betreft diagnose en ideeën voor actieconcepten (A. Cox, E. Fröhlings, E. De Smet, E. Dereymaeker, H. Ickmans, & G. Wielemans, personal communication, February 12, 2012).

Diagnose focusgroep	Ideeën voor actieconcepten
- Piepeend doet appèl op S., het vervult verschillende functies: visueel aantrekkelijk, voldoende uitdrukkingsmogelijkheden, S. kan ermee macht uitoefenen, imponeren...	- Goed voor beginfase, ook andere spelmogelijkheden dan muzikaal, vb. gooien met de piepeend.
- Piepeend biedt therapeut de mogelijkheid tot verschillende interventies. Kansen te weinig benut om S. tegemoet te treden, nu kwam de actie met name van S. (zijn gepiep) uit.	- Je kan met de stem inpikken op gedrag van S. vb. imitatie piepgeluid door 'piep' met de stem.
- Sommige interventies wekken meer arousal op, omwille van hoge klanken, hoog tempo, te zacht timbre.	- Gebruik maken van lage klanken, zowel in stem als begeleidingsinstrument. Eventueel andere begeleidings-instrumenten zoeken. Om meer duidelijkheid te krijgen de parameters, verschillende instrumenten en speelwijzen afzonderlijk uittesten.
- Huidig doel te hoog gegrepen, eerst veiligheid creëren voor zowel cliënt als therapeut.	- Maak gebruik van 2 stoelen, zodat ieder zijn eigen terrein heeft in de communicatie. Zo kan je letterlijk spelen met afstand-nabijheid. Bij jezelf kijken wat je kan doen om je veiliger te voelen.
- S. gebruikt vaak stem: communicatieve functie, dwingend, imponerend. Interpretatie: reactie op teveel prikkels/'help mij' of 'raap mij op' wanneer eendje op de grond ligt of andere.	- Functie wisselt, voor focusgroep duidelijker dan voor Roos. In geval van arousal naast 'stop' ook andere klanken/parameters proberen. Wat helpt S. om uit die arousal te komen?
- S. laat veel via lichaamstaal en mimiek zien. Interpretatie affecten: geamuseerd, aangedaan, spanning (teveel input).	- Mogelijk teveel triggers, teveel input. Minder doen vb. gitaarbegeleiding eenvoudiger of weglaten. Zie hierboven in geval van arousal. Sessies zijn te lang, i.p.v. 1 x per week 30 minuten 2 x per week 10 à 15 minuten.
- Structuur is te onduidelijk door het doorlopend kinderliedjes zingen. Kan ook arousal oproepen.	- Duidelijke afbakening in sessie maken. Welkom/midden/slot. Korte duidelijke boodschappen. Ideale tijdsduur bepalen zodat sessie op positieve manier afgerond wordt.

H. Wouters filmde de sessie. Nadien hield ik een open expertinterview met hem, waarin hij mij de volgende reflectie gaf (H. Wouters, personal communication, January 4, 2012). S. houdt ervan mensen uit te dagen. Het piepeendje was kennelijk fascinerend genoeg om zijn uitdaaggedrag af te wisselen met piepen/observeren van het eendje. Zijn typische gedrag (naar gitaar grijpen, eendje op de grond smijten, schudden met zijn hoofd) is uitdaaggedrag, om te kijken naar mijn reactie. Mijn kordate opmerking over het hoofdschudden was goed, mijn reactie om het piepeendje op te rapen moest ik niet verder zetten. H. Wouters denkt niet dat S. de situatieliederen begrijpt. Aan de gezichtsuitdrukking van S. kan je zien wat er in hem omgaat. Van afgeleid zijn door het eendje, naar willen uitdagen. Het afbreken van de sessie (omwille van het knijpen in mijn been) leek volgens pedagoog geen straf, S. leek geen spijt te hebben gehad dat het gedaan was. De activiteit op zich vond de pedagoog zinvol, zingevend voor S.

Met deze informatie ben ik van start gegaan met het opstellen en uitvoeren van actieplannen. Kernbegrippen daarbij waren: (focusgroep) interventies modus 0 t/m 3 verder te zetten, kortere sessies, duidelijke structuur, gebruik van stoelen, meer kansen benutten naar contact toe, minder input, uitzoeken welke parameters/instrumenten welk effect hebben naar appèl en naar verminderen van arousal toe; (pedagoog) hoe kan ik hem afleiden van het uitdaaggedrag, kordaat blijven reageren bij ongewenst gedrag.
Hoewel dit duidelijke en concrete actiestappen waren, liep ik helaas enkele weken later toch vast.

10.1.2 Blokkade en Aha-Erlebnis in het onderzoek

Eind maart liep ik vast, zowel fysiek als mentaal. Ik werd ziek en terwijl ik op mijn ziekenbed mijn hele onderzoek lag te overpeinzen, besefte ik plots wat er aan de hand was:

- Angst. Ik was nog steeds tijdens elke sessie bevangen van angst voor wat er kon gebeuren, ondanks verschillende maatregels die ik had genomen. Telkens wanneer cliënt S. in arousal ging, ging ik volledig mee in de tegenoverdracht. Hoe kan ik een veilige vertrouwensrelatie opbouwen als ik me zelf zo onveilig voel?
- Geen vat op het gebeuren. Ik had nog steeds het idee dat er veel te veel dingen in de sessies gebeurden waar ik geen vat op had. Ik wist onvoldoende wat de trigger was, ik wist onvoldoende hoe erop in te spelen. Telkens verviel ik weer in dat gedragstherapeutische. Van muziektherapeutische affectregulatie was weinig sprake.
- Participerende observatie. Omwille van angst en gebrek aan ervaring in het observeren had ik het gevoel dat er veel dingen aan mij voorbij gingen in een sessie, en dat er veel dingen waren die ik niet kon interpreteren en waar ik dus niet adequaat op kon inspelen.

Toen ik begin april terug uit ziekteverlof kwam heeft collega E. Dereymaeker op basis van mijn verhaal aangeboden om het onderzoek samen met mij verder te zetten. De ommezwaai die dit teweeg bracht beschrijf ik in de volgende subparagraaf.

10.1.3 Samenwerking E. Dereymaeker en ommezwaai in het onderzoek

In samenspraak met E. Dereymaeker koos ik voor een nieuwe benadering van het onderzoek. Een aantal zaken dienden te veranderen:

- Angst. De aanwezigheid van mijn collega zou mezelf een veiliger gevoel geven. Door haar aanwezigheid kon ik de angst beter onder ogen zien en aanpakken.
- Geen vat op het gebeuren. We besloten een paar stappen terug te gaan in het therapieproces. Het medium muziek werd op 2 manieren ontleed: enerzijds de keuze van instrument (slag, tokkel, blaas, strijk,..), anderzijds de keuze van parameters (melodie, ritme, harmonie, dynamiek,...). Deze werden afzonderlijk en gedoseerd aangeboden. Om een beter zicht te krijgen op het effect van instrument en parameter zou cliënt S. geen voorwerpen of instrumenten meer worden aangeboden (van actieve therapie naar receptieve therapie).
- Participerende observatie. Door met z'n tweeën te observeren kregen we een breder beeld over het gebeuren tijdens de sessie.
- Therapeutische houding. Hoewel het effectief bleek te zijn, kon ik me moeilijk verzoenen met het idee dat een relatie opgebouwd kon worden op basis van negatieve bestraffingen. Een literatuurstudie rond Gentle Teaching (De Corte, 2006) als alternatieve attitude voor gedragstherapie was in dit verband erg bruikbaar. Gentle Teaching is een benadering van mensen die gericht is op de relatie i.p.v. het gedrag.

Op 04/04 gingen we van start. Instrument, plaats in de ruimte en spelvorm werden vooraf vastgelegd. We kozen voor gitaar, cello-viool, en zang. De gitaar werd gebruikt voor het begin- en het eindlied, zodat S. ondanks alle veranderingen wist dat het nog steeds om de muziektherapie ging. Ik speelde cello, E. Dereymaeker viool, en we positioneerden ons zodanig dat cliënt S. midden tussen ons zat. Dereymaeker stond met haar viool in de deuropening waardoor ze kon profiteren van de akoestiek van het halletje naast de snoezelruimte. Verder kozen we als spelvorm voor kinderliedjes, op verschillende wijzen

gebracht, ofwel enkel instrumentaal, ofwel enkel zang, ofwel zang en begeleiding. Onze doelstelling was om na te gaan hoe S. op dit aanbod zou reageren.
De eerste sessie verliep erg rustig. S. leek in de ban van de klank, en het vermoeden rees toen al dat S. een voorkeur zou hebben voor de klank van de cello.

Naar vervolgstappen toe, kwam Dereymaeker (personal communication, April 4, 2012) naar aanleiding van haar postgraduaat over autisme, op het idee om een behandelaanpak van psycholoog Wilfried Peeters van het expertisecentrum Autisme van het UZ Leuven, als leidraad te nemen. Om een kind met autisme nieuw gedrag aan te leren moet je het soms fysiek daartoe dwingen, om meteen daarna het te belonen, zelfs al heeft het kind niets gedaan. Ter verduidelijking haalde ze het voorbeeld aan van een kind dat zijn jas niet aan de kapstok wil hangen. De opvoeder moet dan letterlijk het handje met de jas vastnemen en het naar de kapstok leiden, en het kind daarna belonen. Vertaald in een actieplan voor cliënt S. zag dat er als volgt uit:
We vertrekken van de aanname dat hij een relatieve rust ondervindt tijdens het viool/cello/zangspel. Vervolgens bieden we hem een nieuw instrument aan (vb. altblokfluit). Hij hoeft dit niet te accepteren maar hij moet het tenminste even ondergaan. Meteen daarna wordt bij wijze van beloning weer teruggekeerd naar het cello/viool/zangspel van voorheen. In figuur 1 is een schematische weergave te zien van het actieplan op 05/04 en de evaluatie ervan.

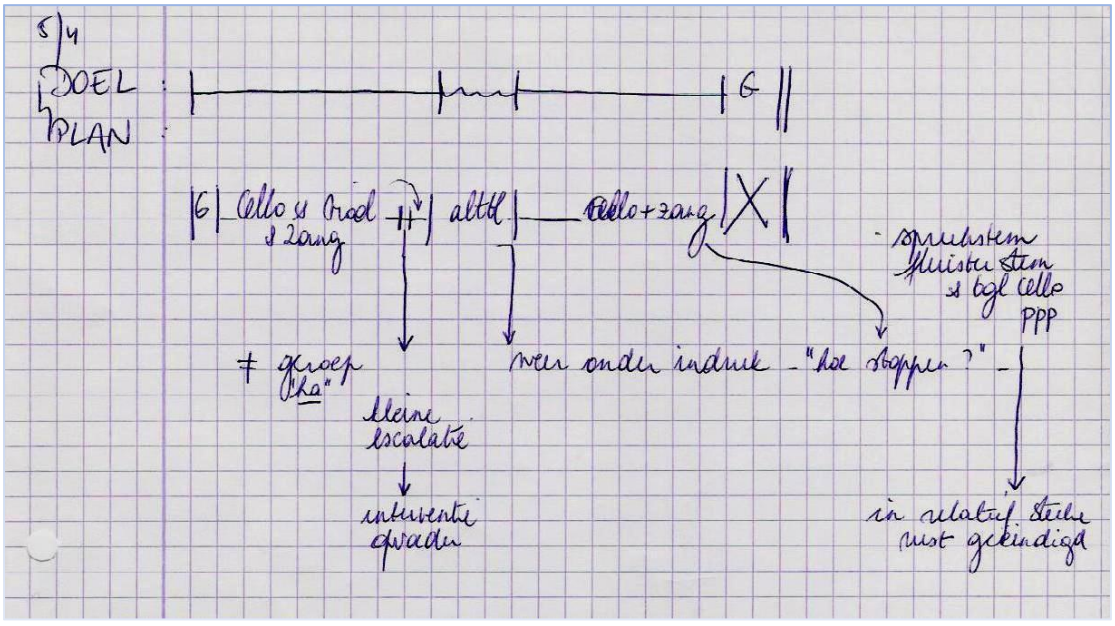


fig. 1 Actieplan 05/04 schematisch weergegeven.

Na iedere sessie werd geëvalueerd welke de stabiliserende en welke de regulerende factoren waren. Die werden dan in een volgend actieplan geïntegreerd om in meer of in mindere mate bevestiging te krijgen.

Naar aanleiding van bewijs uit verschillende sessies konden E. Dereymaeker en ik tegen het einde van het onderzoek met een redelijke zekerheid aannemen dat de klank van de cello een basis verschafte, waarop S. een relatieve stabiliteit ondervond. Dit is een cruciale factor in het opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie, namelijk het vertrouwen, de ervaring van S. dat hij tijdens de muziektherapie niet overprikkeld geraakt en dus niet automatisch moet teruggrijpen naar probleemgedrag om de situatie te doorstaan.

In paragraaf 9.1 gaf ik aan dat ik ook de opvoeders zou betrekken bij het monitoren van het gedrag van cliënt S. na de sessies om de transfer therapie-leefomgeving te kunnen evalueren. Het is belangrijk om na te gaan of het effect van mijn therapie ook daarbuiten vruchtbaar is, of juist een omgekeerd effect heeft, omdat ik uiteindelijk naar therapie in het muzieklokaal wil toewerken. Ik licht hier kort de bevindingen van twee opvoeders toe.

J. Roosen (personal communication, April 18, 2012): “Er is niets speciaals te melden over S. Momenteel is hij wat meer gespannen, maar dat heeft te maken met het vooruitzicht van het vakantiekamp.” K. Truyers (aandachtsbegeleider van cliënt S.) (personal communication, April 19, 2012):”Het is onmogelijk op dit punt te zeggen of de therapie invloed heeft op het gedrag van S. in de leefruimte. Dat gedrag wordt door zoveel verschillende factoren bepaald. Hij zal zich sowieso al anders gedragen afhankelijk van de opvoeder die op dat moment dienst heeft.”
Naar aanleiding van hun verklaringen heb ik geen specifieke wijzigingen meer aangebracht in de actieplannen.

De eindevaluatie oftewel productevaluatie zelf beschrijf in paragraaf 10.2.

10.2 Productevaluatie

Ik vind het relevant om ook hier zowel een beschrijving te geven van de gefilmde sessie, als een beknopte beschrijving van de bevindingen van focusgroep en pedagoog. Voor de lezer zal daardoor het eindresultaat en de koppeling naar verklaring en interpretatie van de resultaten transparanter zijn.
Vooraf heb ik nog enkele bemerkingen. E. Dereymaeker en ik zijn zo gepositioneerd dat cliënt S. midden tussen ons in zit. E. zit in het halletje, in het deurgat dat uitkomt op de snoezelruimte. Achterin, niet te zien vanuit de snoezelruimte, is de vestiaire waar we al onze instrumenten verzameld hebben. De gitaar wordt gebruikt voor het begin- en eindlied. Verder spelen E. Dereymaeker en ik allebei cello, ik de baspartij, zij de melodie. De muziek wordt op verschillende wijzen uitgevoerd (met zang, zonder zang, gestreken, pizzicato,...). Tijdens de sessie wisselt E. enkele keren van instrument. Op het moment van de opname gaat er een grote vergadering door in de leefruimte, ten gevolge daarvan passeren op geregelde tijdstippen opvoeders door het halletje naar de vestiaire.

Ik zit al klaar met de gitaar op het moment dat E. cliënt S. gaat halen. S. komt binnen met blokken in zijn handen. Ik vraag de blokken en leg ze weg. Terwijl ik terug ga zitten klapt S. enkele keren in de handen. Ik zet het beginlied in, het klappen stopt en S. wordt rustig. Terwijl ik zing zet E. zich klaar met de cello en cliënt S. kijkt aandachtig naar haar bewegingen. Als het beginlied stopt kijkt S. terug naar mij en zegt iets (inmiddels vermoed ik dat het ‘gedaan’ betekent, ik zal dit ook verder in de sessie zo benoemen). Terwijl ik de gitaar wegleg in de vestiaire en de cello haal, begint E. ‘des winters als het regent’ op haar cello te spelen. Ze speelt de melodie gestreken en in een laag register. S. kijkt even naar de camera, gniffelt en volgt mij als ik terug het lokaal binnenstap en me installeer. Cliënt S. kijkt vervolgens van mij naar E. Hij geeft een rustige indruk.
Ik zet de basbegeleiding in (met strijkstok). S. sluit even de ogen, kijkt dan rustig voor zich uit, alsof hij de klank op zich af laat komen. Hij gniffelt weer even en klapt dan in de handen (meedoen?).
We schakelen over naar pizzicato en S. kijkt een paar keer van E. naar mij. Hij blijft uiteindelijk in de richting van E. kijken. De deur in de hal gaat open en een opvoeder komt lang. S. kijkt even rustig op en richt zich dan weer in de richting van E. Vlak daarna komt er weer iemand voorbij, maar S. kijkt niet meer op. E. schakelt over naar zang (melodie), ik blijf de bas spelen, nu in pizzicato. Er volgt geen speciale reactie van S. Er komt weer een opvoeder voorbij, S. kijkt even op maar laat dat snel aan zich voorbij gaan. Hij sluit kort de ogen, heft zijn arm omhoog en wrijft over zijn hoofd.
Er is opnieuw geroezemoes in de gang, waarop S. kort een hevige beweging maakt en snuift. Maar dan gniffelt hij weer, kijkt terug naar E. die op dat moment haar cello achter de hoek weglegt. S. volgt haar geamuseerd. E. neemt een sopraanblokfluit. Ze speelt een fout, schiet in de lach, waarop S. meegniffelt. E. zingt dan verder op ‘nana’.
E. haalt nu een groot trommelvel uit de vestiaire en komt dit keer ook fysiek dichter bij cliënt S.
S. knijpt daarop zijn ogen toe en wijkt wat achteruit. Hij houdt zijn ogen even stijf dicht. Hij opent ze kort daarop weer, blijft rustig maar wendt zijn blik af en knippert. E. zet een stap terug. S. opent de ogen, kijkt recht naar het trommelvel, haalt ernaar uit en zegt ‘gedaan’. Dan wendt hij zijn blik weer af. E. blijft verder trommelen, op de twee laatste tellen van de

frase, en blijft ondertussen op ‘nana’ verder zingen. S. wendt zijn hoofd terug af, kijkt even voor zich uit, doet dan iets wat tussen gniffelen en snuiven inzit, en kijkt dan terug op want er passeert weer iemand door het halletje. Helemaal aan het einde van de frase, op de twee laatste tellen, zingt S. mee op ‘rere’ en haalt dan opnieuw, heviger en duidelijker, uit naar het trommelvel. E. zet daarop het trommelvel meteen weg. Cliënt S. volgt haar, terwijl ze in het halletje verdwijnt en kijkt dan terug naar mij. Ik speel nog steeds cello.
E. installeert zich terug met haar cello en S. kijkt weer van links naar rechts, naar buiten en dan terug naar E. Hij gniffelt en strijkt opnieuw met zijn arm over zijn hoofd.
E. zegt daarop verbaal ‘dit heb je liever, hé’ en kondigt ‘de zon zien zakken’ aan. We zetten het met de twee cello’s gestreken in. S. lijkt de klank weer tot zich te laten komen.
Dynamisch verandert er wat (de bas speelt staccato in plaats van lange noten), maar S. reageert hier niet specifiek op. Zijn blik staat op oneindig, hij fronst lichtjes, lijkt even in zichzelf gekeerd. Maar zijn ogen rollen af en toe, wat aangeeft dat hij toch nog wat meekrijgt van het spel.
S. richt zich weer naar E., sluit even zijn ogen. Hij geeft een rustige indruk maar aan zijn mimiek te zien is hij innerlijk toch ergens mee bezig. Hij wrijft nog een keer met zijn arm langs zijn hoofd. Wanneer het lied afgerond wordt kijkt hij weer van E. naar mij.
Het lied ‘de kikkertjes’ start, de bas speelt gestreken en E. zingt de melodie. S. blijft richting E. kijken.
Daarop neemt E. de blokfluit en speelt de melodie van het lied verder. De bas gaat over van staccato naar lange noten, waarop S. even met zijn ogen naar mij draait, zonder zijn hoofd te bewegen. S. laat de klank weer tot zich komen en sluit even de ogen.
We hernemen ‘de zon zien zakken’, E. zingt de melodie en ik speel de bas in gestreken staccato. S. blijft naar E. kijken en strijkt nog een keer met zijn arm langs zijn hoofd. De twee cello’s worden weer ingezet en spelen een tijdje tezamen, maar stoppen dan en E. en ik zingen verder de melodie. Niet lang daarna begint het hoofdschudden. Ik reageer vrijwel onmiddellijk met pizzicato op de cello en E. zet vlak daarna de melodie op de cello in. E. geeft ondertussen een sussende opmerking ‘Blijf maar bij ons.’ terwijl we cello blijven spelen. Kort daarna stopt het hoofdschudden.
S. gniffelt, wiebelt even hevig, zegt dan weer ‘gedaan’ en snuift. De muziek wordt afgerond en E. en ik bevestigen dat S., dat goed heeft gedaan. S. wordt rustig.
De gitaar wordt gehaald en het eindlied wordt ingezet, S. volgt E. nog even die nu gaat terugzitten. Hij gniffelt en maakt tegelijk een schokkende beweging. Vlak voor het einde doet hij dat nog eens, roept luid en lacht hard, wacht tot ik het einde aangeef, staat dan op en loopt weg terwijl hij ‘gedaan’ zegt en de armen ophaalt.

Ter evaluatie kreeg de focusgroep een observatielijst. De gezamenlijke conclusie geef ik hieronder schematisch weer (A. Cox, E. De Smet, E. Dereymaeker, H. Ickmans, & G. Wielemans, personal communication, May 8, 2012).

Welke indruk wekt S. in het algemeen? Wat zou daarvoor verantwoordelijk kunnen zijn?	- Vrij rustige indruk. - Geeft de indruk intens te luisteren, laat zich helemaal onderdompelen door de klank, laat het toe, komt enorm geboeid over. - Hij kijkt als er iets gebeurt, maar laat zich er niet door afleiden. Hij heeft wel alles gezien, is snel afgeleid, maar kan het wel aan. Hij laat het weinig aan zich komen. - Positie van de instrumenten (klankbad), tussen de klank, cello vertrouwt hij, lage tonen van de cello, - melodie geeft structuur, voor het concept van de tonale harmonie is hij enorm gevoelig, voor de natuurlijke structuur ervan. - Muzikaal boeiend, absoluut niet prikkelarm, gebruik van verschillende instrumenten, verschillende nuances, dit kan hij allemaal aan omwille van de lage tonen.
Op een bepaald moment vertoont S. probleemgedrag. Wat was de aanleiding? Wat gebeurt er vervolgens en welke interventies zijn daarvoor verantwoordelijk?	- Probleemgedrag is hoofdschudden. - Basisveiligheid in de vorm van lage tonen valt wel. - Twee vrouwenstemmen zingen, heel hoog, energie/arousal gaat omhoog want hoge stemmen. - De cello's zetten meteen terug in. Het probleemgedrag dooft uit, smeult nog wel wat. Sessie wordt positief afgerond. (Eigen hypothese waarom de arousal met name tijdens het eindlied even opflakkert: S. kent het eindlied en weet dat dit het einde betekent. De verwachting dat het gaat stoppen levert spanning op.)
Wat valt je op aan de therapeutische attitude?	- Er wordt amper gepraat. - Interventies zijn gericht op het hanteren van de klank. In plaats van verbale gedragstherapeutische interventies is de muziek van de cello kordaat. - Deze plek tussen de cello's, waar cliënt S. zich bevindt, geeft hem een ervaring waar hij nog nooit is geweest, je ziet de verwondering, 'wow, waar ben ik nu'.
In welke atmosfeer is de sessie afgerond?	- Hij is verder gegaan dan hij zelf verwacht had, hij moest effe bekomen. - Hij heeft lijfelijk kunnen voelen 'de klank helpt mij om terug tot rust te komen'. - Hij werd nadien verbaal positief bekrachtigd, is een succeservaring. Een beginnend verwachtingspatroon..

De dag nadien heb ik met H. Wouters (personal communication, May 9, 2012) de beelden overlopen en zijn bevindingen meegekregen. Wouters bekijkt het gebeuren vanuit het perspectief van de cliënt. Hij wil trachten te achterhalen wat er in hem omgaat, waar hij mee bezig is, wat op de voorgrond staat, wat op de achtergrond (vb. voldoende afleiding van buitenaf, zodat probleemgedrag op achtergrond is). Bewegingen die S. maakt tijdens de sessie (met arm over hoofd wrijven, tiks,..) ziet Wouters als mogelijke restgebaren van probleemgedrag die op dat moment niet op de voorgrond staan. Met de arm over het hoofd wrijven kan eveneens van jeuk zijn, in de handen klappen kan mogelijk 'meedoen' willen betekenen. Wouters stelt zich de vraag wat S. nu zo boeit: de klank of het visuele. Is hij gefascineerd door de draden van de cello? Het moment waarop E. Dereymaeker cliënt S. het trommelvel aanbiedt, en de reactie (het uithalend gebaar) van S., interpreteert Wouters als 'weg ermee'. Ten opzichte van de focusgroep taxeert Wouters sommige momenten anders dan de focusgroep, vb. wat de focusgroep ziet als 'zich laten onderdompelen door de klank', ziet Wouters als 'in zichzelf gekeerd zijn'. Wouters merkt objectief het moment waarop het hoofdschudden begint (wegvallen van cello, enkel vrouwenstem) en het moment waarop het

terug stopt (cello zet terug in) op, maar laat het verband met de klank/cello open. Het hoofdschudden dat nog even aanhoudt nadat de cello terug ingezet is, is iets wat eigen is aan cliënt S., het duurt altijd even alvorens het stopt. Wouters merkt op dat S. wacht op de omgeving om te stoppen, tot het eindlied gedaan is (hij zegt 'gedaan' en haalt zijn armen op).

Na de observatielijst kreeg de focusgroep de opdracht een gezamenlijk antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag. Dit antwoord geef ik in de volgende paragraaf weer. Omdat het ook mijn doelstelling was de methode van Schumacher als leidraad in dit onderzoek mee te nemen en te evalueren, heb ik hier ook apart naar geïnformeerd. Er was geen observatie-/vragenlijst voorzien voor H. Wouters. Zijn antwoord op de onderzoeksvraag heb ik niet expliciet meegekregen. Dit had wellicht sterker gekund. De interpretatie van zijn bevindingen komen wel in paragraaf 10.4 aan bod.

10.3 Beantwoorden van de vraagstelling

Dan ben ik nu toegekomen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag en subvraag. Deze antwoorden zijn gebaseerd op algemene consensus van de focusgroep:

Onderzoeksvraag:
"Hoe kunnen affecten gereguleerd worden met behulp van muziektherapie, bij een cliënt met zelfverwondend gedrag en een autismespectrumstoornis, die in de stichting Marguerite-Marie Delacroix verblijft?"

Subvraag:

"Hebben hechtingsbevorderende interventies invloed op de affectregulatie? En zo ja, welke zijn dat dan?"

Antwoord focusgroep op onderzoeksvraag (A. Cox, E. De Smet, E. Dereymaeker, H. Ickmans, & G. Wielemans, personal communication, May 8, 2012):

In de video-opname toont met name het fragment waarop de cello terug wordt ingezet (naar aanleiding van het hoofdschudden) aan, dat affectregulatie met behulp van muziektherapie kan bij cliënt S. Het is de combinatie van alle interventies (cello, lage tonen, melodie, harmonie) die daarvoor verantwoordelijk is. De weg die je nu gekozen hebt is een goede om verder te zetten, om je cliënt het vertrouwen te geven, hem te laten beleven, ervaren dat zijn affecten gereguleerd kunnen worden.

Antwoord focusgroep op subvraag (A. Cox, E. De Smet, E. Dereymaeker, H. Ickmans, & G. Wielemans, personal communication, May 8, 2012):

De twee onderzoeksvragen zijn moeilijk van elkaar los te trekken. Wat je doet aan affectregulatie, is evenzeer hechtingsbevorderend. Maar op dit moment is de focus op de hechting belangrijker. Ook hier is het de combinatie van de verschillende interventies die hechtingsbevorderend werkt. Met name de hechting via het instrument van de cello zien we als een goede hechtingsbasis.

Tenslotte stelde ik de focusgroep nog de volgende vraag:
"Is de theorie van Schumacher in deze casus een leidraad/toevoeging geweest in het bereiken van de doelstellingen?".

Antwoord van de focusgroep (A. Cox, E. De Smet, E. Dereymaeker, H. Ickmans, & G. Wielemans, personal communication, May 8, 2012):
De theorie van Schumacher is bruikbaar, ze is alleen op dit moment minder op de voorgrond. Op dit moment staan klank en hechting op de voorgrond, niet de ontwikkeling. Theorie is bedoeld om achter je te zetten, niet tussen jou en je cliënt in. Anders staat die in de weg (een verwijzing naar het moment van mijn blokkade tijdens het onderzoek).
Hierbij wil ik graag zelf nog een toevoeging doen. Ondanks het feit dat we cliënt S. bij de diagnosestelling unaniem tussen modus 2 en 3 geschaald hebben (naar aanleiding van zijn

omgang met therapeut en instrument), heb ik, omwille van de complexe problematiek in deze casus, de doelstelling alsnog kleiner moeten maken. Het nieuwe doel werd: een stabiele basis scheppen waarop cliënt S. een relatieve stabiliteit ondervindt, die S. (vanwege de bekende kinderliedjes) de mogelijkheid geeft om te participeren (vb. meezingen), maar hem daar niet toe dwingt. In Schumachermodi betekent dit modus 0 (contactloos) – modus 1 (contact-reactie). Zolang deze basis niet solide is, is cliënt S. niet klaar voor het werken aan verdere ontwikkeling wat betreft de omgang met affecten en het aanleren van interactievaardigheden.

In paragraaf 10.4 overloop ik, na interpretatie/verklaring van de resultaten, de vooropgestelde doelstellingen uit hoofdstuk 3. In het licht van de interpretatie/verklaring van de resultaten zal de koppeling naar het beantwoorden van de vooropgestelde doelstellingen gemakkelijker en duidelijker zijn.

10.4 Verklaring/interpretatie van de resultaten

De focusgroep was van mening dat de focus op de hechtingsrelatie prioritair was. Dit komt overeen met de ontwikkelingspsychologische theorieën die de kwaliteit van de hechting koppelen aan het vermogen tot affectregulatie (zie paragraaf 1.3). Het antwoord van de focusgroep op de onderzoeksvraag luidde: het is de combinatie van de (klank van de) cello, de lage tonen, de melodie en de harmonie. Naar aanleiding van dit antwoord ga ik in deze paragraaf aan de hand een literaire onderbouwing een verklaring/interpretatie trachten te geven waarom deze verschillende muziektherapeutische interventies in de casus van cliënt S. hechtingsbevorderend respectievelijk affectregulerend werkten. Daarnaast wil ik in deze paragraaf ook nog ingaan op de therapeutische houding, de reflectie van H. Wouters en de interpretatie van de resultaten in het licht van de geformuleerde doelstellingen in hoofdstuk 3.

10.4.1 Cello, lage tonen, melodie, harmonie

De focusgroep gebruikte in de beschrijving van de sessie uitdrukkingen als ‘hij laat zich door de klank onderdompelen’, ‘hij zit in een klankbad’, ‘hij vertrouwt de (klank van de) cello’ en ‘de klank (van de cello) helpt hem terug tot rust te komen’.
Een goede beschrijving van het begrip ‘klank’ vind ik terug in de componententheorie van Hegi (2011, p. 40-63). De component ‘klank’ staat centraal binnen de muziek, maar is als begrip eerder vaag en onbestemd. Klank is in feite het gebeuren tussen de noten, de trilling. Anders gezegd, van de hoorbare muziek, is klank de voelbare muziek der dingen (Hegi, 2011, p. 40). Klank wordt eveneens verbonden met de gevoelswereld, met affectiviteit en emotionaliteit, met of en hoe klank gevoelens kan losmaken/teweeg brengen en hoe gevoelsuitdrukkingen tot klank worden. Klank is gevoel, het kan gevoelens losmaken, van een bijna ongedefinieerd sensibele trilling tot een aangrijpende dramatische opwinding. Psychofysisch is ook elk gevoel in zijn uitdrukking reeds een trillingsruimte of een stemming, emotioneel is elke klank als trilling reeds gevoel. Opgewonden van plezier klinkt anders dan het bibberen van angst, het schokken van pijn klinkt anders dan de spanning van woede. Gevoelens zijn lichamelijke opwindingstoestanden en komen overeen met muzikale trillingsruimten. Er bestaat een oneindige veelvoud aan gevoelens, emoties, affecten,.. naast de zogenaamde grondgevoelens (verdriet, woede, angst en plezier) heb je daartussen een grijze zone van ongedefinieerde, onzekere, vage en ambivalente gevoelens zoals bijvoorbeeld de vitaliteitsaffecten (Stern, 1992, in Hegi, 2011, p. 41).
Wanneer een gevoel ten volle kan uitgeleefd worden, vindt er een verandering in een ander gevoel plaats. Vb. een kind huilt van de pijn, dit verandert in woede naar de pijnveroorzaker toe, dat verandert in plezierig lachen en uiteindelijk in vrees voor de leegte na het afzwakken van het plezier. Omgekeerd ziet men ook een verandering bij het vermijden van gevoelens, vb. het onderdrukken van pijn kan tot angst of afstomping leiden, het vermijden van plezier kan tot woede, droefheid of vrees leiden. Het onderdrukken van gevoelens mondt uit in onzekerheden, ambivalenties en afhankelijkheden. Een chronische vermijding van gevoelens psychomatiseert in storingen, ziektes van het lichaam (Hegi, 2011, p. 41).
Ik licht enkele kernbegrippen uit deze alinea: klank is de trilling tussen de noten, klank is verbonden met gevoel, met gevoelens losmaken, gevoel is in zijn uitdrukking reeds een

trillingsruimte, klank is als trilling reeds gevoel, onderdrukken van gevoel psychomatiseert in storingen van het lichaam. Hieruit blijkt dat in de casus van cliënt S. klank (en dus muziek) als medium in de omgang met affecten geïndiceerd is. Omdat klank een veelvoud aan gevoelens kan losmaken, is een bewuste omgang met het klankgegeven cruciaal. De keuze tot 'klankontleding' en het afzonderlijk en gedoseerd aanbieden ervan om het effect van de klank te achterhalen, bleek dan ook adequaat. Gevoelens onderdrukken 'psychomatiseert', zegt Hegi. Met deze uitspraak kan ik een directe link leggen naar onder andere Brazelton (1990) (subparagraaf 1.3.1) die bij een slechte affectregulatie spreekt over het risico voor de ontwikkeling van pathologische systemen. Ook Schumacher (2004) (zie paragraaf 1.5) pleit ervoor de cliënt te laten ervaren dat zijn affecten mededeelbaar, deelbaar en dus reguleerbaar zijn. Deze uitspraak stemt eveneens tot nadenken, als het gaat over de gedragstherapeutische methode probleemgedrag te willen controleren door de uitdrukking van affecten in de kiem te willen smoren.

Muziekinstrumenten zijn een materiële versterking, een klankkast voor een elementaire activering van reeds bestaande trillingsverhoudingen, de belichaming van de resonantie (Hegi, 2011, p. 40). Elk instrument, elk klanklichaam klinkt verschillend, en brengt door zijn geschiedenis en kwaliteiten een zeker spectrum aan boventonen teweeg.
Een welgestemd resonantielichaam, dat wil zeggen met een tevreden en ontspannen lichaamstrilling, ontwikkelt een stemming, een stem in de buurt van of rondom de grondtoon. Een overspannen of gestreste lichaamstrilling, zoals bij opgewonden of opgehitste mensen, ontwikkelt een stemming of stem in het hogere bereik van het boventonenspectrum, en dat klinkt eerder ongestemd, onbehaaglijk (Hegi, 2011, p. 42).
De cello als instrument heeft een grote klankkast, een groot trillingsoppervlak en daardoor een groot resonantievermogen. De klank van de cello bevindt zich in een lager toonregister, waardoor het een groter boventonenspectrum heeft ten opzichte van hoger klinkende instrumenten. Het 'vertrouwen in de (klank van de) cello' van cliënt S. zou ik kunnen linken aan de lage bastonen, die zich dichter bij de grondtoon bevinden en daardoor een tevreden en ontspannen lichaamstrilling teweegbrengen. Een atmosfeer waarin vertrouwen kan groeien. Omgekeerd kan het wegvallen van deze bastonen en daarmee het inzetten van de twee vrouwenstemmen (hoger boventonenspectrum) verklaren waarom het probleemgedrag van cliënt S. zo plots begon.

Binnen de component klank situeert zich ook het begrip van de harmonie (Hegi, 2011, p. 42). Stemming, atmosfeer en gemoedstoestand van een persoon klinken in hun helderheid en openheid akkoordisch (samenklank), in de verwarring rumoerig of ontstemd en in de geslotenheid klankloos. Gestemdheid en ontstemming zijn polariteiten van de voelende mens. Harmonie en samenklank is muzikaal-fysisch gedefinieerd als het klinken van grondtonen met hun primaire meeklinkende intervallen in de boventoonrij (octaaf, kwint, kwart, grote en kleine terts, grote secunde). Dissonanten en disharmonieën leiden de spanningen in het harmoniegebeuren in (Hegi, 2011, p. 42).
Als muzikale spelvorm kozen E. Dereymaeker en ik voor bekende kinderliedjes. Kinderliedjes zijn bij uitstek harmonisch, meestal gebaseerd op de eenvoudige structuur van I-IV-V-I. Deze structuur heeft in zich al een natuurlijke regulerende beweging van rust=>opbouw spanning=>spanning=>rust. Ook Schumacher (2004) bevestigt het regulerend effect van kinderliedjes (zie paragraaf 1.5). Ondanks het feit dat de sessie alles behalve prikkelarm was (omwille van de verschillende speelwijzen) kon cliënt S. dit toch aan. En dat zou ik kunnen verklaren vanuit deze harmonische helderheid en openheid en het regulerende effect van kinderliedjes. Omgekeerd leer ik uit deze alinea dat het gebruik van vrije improvisatie (in de zin van complexere structuren, ruimte voor disharmonieën) in de casus van cliënt S., tenminste in deze fase van de therapie, wellicht niet aangewezen was.

Ons gehoor neemt dagelijks, elk uur, ongeveer op elk moment, een onbevattelijke veelvoud aan geruis op. Een intacte selectieve waarneming van het gehoororgaan beschermt ons tegen verwarring van het gehoor door akoestische vervuiling. Omdat het zich echter niet kan afsluiten, moet het ongewenste geruis psychologisch afgewezen worden (Hegi, 2011, p. 43). Dit noemen we lawaai. Voor dit lawaai willen we onze oren toehouden, ze afwenden of er lawaai tegenaan maken. Dit is maar een tip van de ijsberg, daaronder 'hoort' een mens dagelijks en veelvuldig een grotere geruisberg, die ongevraagd in de gehele lichaamswaarneming binnendringt. Een chronisch teveel is ziekmakend en leidt tot

nervositeit, stress, enz. Sommige mensen hebben dan ook de ‘welluidendheid’ van de harmonie broodnodig. Harmonische muziek, die zich in het bereik van de boventoonintervallen beweegt, werkt als een oriënterende ontspanning (herstellen, bijkomen, aantrekken), een voedende recreatie, en geeft nu en dan het paradijselijke gevoel in een verwarrende wereld begrepen en opgetild te zijn. Er kan een onbewust gevoel van een alles omvattende ordening ontstaan. Disharmonische en dissonante muziek (secunden, grote septiemen, tritonus en andere wrijvingsklanken uit het hogere, onreine bereik van het boventoonspectrum) brengt ons in het gebied van de spanningen, conflicten, bedreigingen, ongerijmdheden, de tegenspraak en de discussie (Hegi, 2011, p. 44).
Een kenmerk van mensen met autisme is dat ze een verstoorde prikkelverwerking hebben in de hersenen waardoor ze moeilijkheden hebben met het integreren en zinvol verwerken van de verschillende prikkels rondom hen. Dit bevestigen onder andere Stern (1985, in Schumacher, 2004), Schumacher (2004) en Lahuis en Serra (2006) (zie paragraaf 1.4). Als therapeut moeten we daarom de prikkelomgeving voor onze cliënt bevattelijk maken, door ze te doseren, te ordenen. Harmonische muziek heeft deze eigenschap, zoals Hegi hierboven aangeeft. De keuze voor harmonische muziek in de vorm van kinderliedjes heeft ervoor gezorgd cliënt S. zich kon oriënteren in de berg van chaos en geruis, ondanks alle afleiding tijdens die sessie. De ervaring van S. dat hij niet overprikkeld geraakt is cruciaal in het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Om dit gevoel nog meer en beter te verankeren is de herhaling van deze spelvorm over een langere periode van groot belang.

De component melodie brengt door haar lineaire uitdrukking van toonbewegingen en door haar expliciete klemtonen, net zoals de taal houdingen, meningen, overtuigingen of verhalen over. Melodie is het narratieve element van de muziek. Ze staat voor individualiteit en persoonlijk profiel, waarin innerlijke bewegingen vorm krijgen en eigen meningen benadrukt worden, voorliefde geformuleerd en thema’s bewandeld worden (Hegi, 2011, p. 80-81).
Een melodie is met zijn begeleiding vergelijkbaar met de voor-/achtergrond verhouding. De melodielijn is de voorgrond, haar harmonisering en structurering is de atmosferische achtergrond. Veelvoorkomende en duidelijke melodiefiguren zijn vb. tegengestelde paren: opwaarts-afwaarts, eng-wijd, snel-langzaam, lang-kort, en de verrassingen: maatwissels, exacte herhaling of variaties van dezelfde motieven, ook opvallende of vaak zich herhalende intervalsprongen hebben een duidelijke figuurkwaliteit. Wanneer we melodie als een gesprek horen, waar klemtonen de betekenis naar voor brengen, waar herhalingen de belangrijkheid benadrukken, en pauzen de spanning verhogen, dan horen we de overgang van de taal tot muziek. Een gesprek gaat in melodie over wanneer ze dynamisch beklemtoond, ritmisch gefraseerd wordt, beelden tot klinken brengt, en motiefvariaties als retorisch vormenspel bedrijft (Hegi, 2011, p. 81). Ontbreekt in een gesprek de interpunctie, de frasering, de klemtoon op de centrale expressie, of ontbreekt bij muziek het figuurlijke thema, is het alleen achtergrondmuziek, dan verdwijnt het pregnante motief, dan vervlakt de motivatie toe te horen, en wordt het betekenisloos gezwets of een klankbrei (Hegi, 2011, p. 92).
Hegi zegt dat de melodie het narratieve element van de muziek is. De melodie vertelt het verhaal. De melodie (en dus ook muziek) als taalgegeven, als communicatief gegeven is dus als medium geïndiceerd in het werken met ‘non-verbale’ doelgroepen.
Kinderliedjes worden bij uitstek gedragen door de melodie. Zoals Schumacher zegt (zie paragraaf 1.5), hebben kinderliedjes door hun dynamisch speelse karakter de eigenschap in de cliënt een affectief ervaren te laten opbloeien, waardoor deze verschillende affectlagen bij zichzelf kan ontdekken, die door de liedvorm gereguleerd kunnen worden.
Het feit dat de melodie het verhaal vertelt, kan verklaren waarom cliënt S. tijdens de sessie met name gericht was op mijn collega E. Dereymaeker, die op een heldere, speelse en kordate wijze de melodie doorheen de sessie vertolkte. Het feit dat cliënt S., ondanks dat hij zo vlug afgeleid is, zich steeds opnieuw geboeid wist door de muziek, is allicht de verdienste geweest van deze speelse en dynamisch boeiende kindermelodieën.

Bij liederen met logische of sequensachtige bewegingen is het makkelijke de volgende toon te raden, het verhaal vermoeden, te vergelijken met een begonnen zin met semantische logica waarbij de vervollediging gevonden wordt (Hegi, 2011, p. 81).
Melodieën van kinderliedjes zijn door hun heldere, logische en voorspelbare opbouw voor cliënt S. bevattelijk, begrijpelijk, integreerbaar en uiteindelijk ook reguleerbaar.

10.4.2 Therapeutische houding

Ik wil graag terugkomen op het aspect van de therapeutische houding als onderdeel van hechtingsbevorderende en affectregulerende interventies. In de eerste plaats omdat er wat betreft mijn eigen therapeutische houding een verandering heeft plaatsgevonden ten opzichte van het begin van het onderzoek. In de tweede plaats omdat de therapeutische houding als 'onderdeel in het handelen' in het werken met de doelgroep van autisme door de muziektherapeuten belangrijk bevonden wordt (Smeijsters, 2006, p. 288). En tenslotte ook vanwege de uitspraak van J. Heinrich (2006) tijdens zijn voordracht in het Oostenrijkse Wells. Tijdens zijn loopbaan als onder andere supervisor in instellingen, scholen en werkplaatsen waar mensen met een mentale beperking, psychische stoornis en/of autismespectrumstoornis verblijven, heeft de ervaring hem geleerd dat de houding, met name de onzekerheid, van het personeel, de oorzaak kan zijn voor het uitbreken van agressie bij de cliënten (Heinrich, 2006, p. 23).

De houdingsverandering heeft op twee niveau's plaatsgevonden:
- het 'tackelen' van de verlammende angst en de onzekerheid
- de verschuiving van gedragstherapeutisch naar gentle teaching

Ik herinner me nog dat ik bij aanvang van de therapie met cliënt S., door alles wat ik gehoord, gelezen en gezien hand over hem, ontzettend bang was. Bij de minste beweging die hij maakte, het minste teken van arousal, ging ik meteen door het lint. De angst was zo verlammend, zo alles omvattend, dat ik niet meer helder kon denken, niet meer adequaat kon handelen, en de weerstand om therapie te geven steeg gradueel bij elke sessie die ik gaf. Het gekke was dat ik, ondanks het feit dat ik rationeel wist dat ik bang was, mij niet bewust was van het effect van deze angst op mijn cliënt. Ik wilde aan affectregulatie werken, en bij de minste arousal van mijn cliënt schoot die van mij mee door het dak. Vrij logisch dat ik mijn doelstelling niet haalde. In plaats van dit te beseffen, werd ik alleen meer onzekerder, meende dat de oorzaak aan een gebrek aan competentie en capaciteiten te wijten was. Tot mijn collega's mij er tijdens de eerste focusgroepbijeenkomst op attent maakten.
Als je voor de eerste keer in aanraking komt met een doelgroep die gekend is omwille van zijn agressieve en destructieve gedrag, dan is angst de meest natuurlijke en normale reactie. Die angst kan echter een enorme emotionele impact op de verzorger hebben, bevestigt Helm (2007) in Heilpädagogik-online. Dat was het ook, en in plaats van die angst aan te pakken probeerde ik het te negeren, weg te duwen, maar dat werkte alleen maar averechts.
Ik begon stilaan te beseffen dat ik het niet meer alleen kon overwinnen. Door de komst van E. Dereymaeker, door haar aanwezigheid en deskundige ervaring met de doelgroep, heb ik kunnen profiteren van haar stabiliteit om mijn eigen angst onder ogen te zien en aan te pakken. Omdat zij voor mij de plaatsvervangende stabiele, angstregulerende factor was, heb ik me tijdens de sessies kunnen concentreren op die angst, mij ervan distanciëren, om zo mijn eigen stabiliteit te herwinnen. Ik durf met vrij grote zekerheid zeggen dat deze ommekeer een belangrijk aandeel heeft gehad in het positieve eindresultaat van dit onderzoek.

In subparagraaf 10.1.3 gaf ik al aan dat ik me moeilijk kon verzoenen met het idee een therapeutische vertrouwensrelatie op te bouwen aan de hand van negatieve bestraffing. Hoewel het zijn effect bewezen had voor woning 14, voelde ik me er erg onbehaaglijk bij. Ik ben zo niet, dat is niet mijn stijl, ik raakte maar niet gewend aan al dat ge-'Stop daarmee!', 'Braaf zijn!!', 'Gedraag u!!'. Iedere therapeut heeft zijn eigen karakter, zijn eigen persoonlijkheid en zal daar in de keuze van een therapeutische attitude altijd mee geconfronteerd blijven. Ik ben op zoek gegaan naar een attitude die meer aansloot bij mijn persoonlijkheid en kwam zo bij Gentle Teaching (De Corte, 2006) uit. Gentle Teaching richt zich op de relatie in plaats van het gedrag. Sleutelwoorden in deze methode zijn: gelijkwaardigheid, onvoorwaardelijkheid, verbondenheid, basisacceptatie. Er valt veel meer over deze methode te zeggen, maar dat is in het bestek van dit onderzoek niet noodzakelijk relevant. Het feit is dat ik in deze methode meer mijn persoonlijkheid gereflecteerd zag, dat ik me daardoor ook comfortabeler in mijn vel voelde en niet meer met dat knagende gevoel zat van voorheen bij elke negatieve bestraffing. Kan ik hieruit concluderen dat gedragstherapie uit den boze is? Nee, dat wil ik niet beweren. Begrenzing is uiteraard nodig bij deze doelgroep, om duidelijkheid te scheppen, om structuur te brengen, maar men dient mijns inziens gedifferentieerd met het probleemgedrag van zijn cliënt om te gaan. Zoals Kraijer

(1991) zegt (zie subparagraaf 1.2.2), wees je bewust van de functie van het probleemgedrag, en stem je aanpak daarop af.

10.4.3 Interpretatie reflectie H. Wouters

H. Wouters heeft in zijn reflectie naar aanleiding van de laatste video-opname in zijn interpretatie over affectregulatie het verband met de muziek (klank) open gelaten. Hij vroeg zich af of het de klank of het visuele van de instrumenten was, die cliënt S. dermate boeide dat zijn probleemgedrag op de achtergrond bleef. H. Wouters kent cliënt S. al ruim 20 jaar, en heeft naar aanleiding van zijn casus hele studies over zelfverwondend gedrag uitgevoerd. Zijn perspectief is dus zonder twijfel waardevol. Maar hoe kan ik zijn perspectief nu interpreteren in het licht van de eindconclusie?
Hoewel de eindconclusie van de focusgroep met betrekking tot de onderzoeksvraag positief was, en ik in de literatuur ook een verklaring vond waarom dit zo kon werken, moet ik toch realistisch blijven. Mijn onderzoek, waarvan met name de laatste maand relevant was, is in tijdsduur erg beperkt geweest. In de interpretatie van de resultaten moet ik hier absoluut rekening mee gehouden worden. Vermoedens, hypothesen, die naar aanleiding van dit onderzoek uit de bus kwamen, dienen absoluut verder onderzocht en bevestigd te worden. Cliënt S. is van nature nieuwsgierig, het visuele doet vaak appèl op hem, het is zeer aannemelijk dat ook die factor bijgedragen heeft tot het positieve eindresultaat.
Langs de andere kant hebben we hier te maken met twee uit elkaar liggende perspectieven, dat van het pedagogische en het muziektherapeutische. H. Wouters heeft me laten weten dat hij weinig tot niet bekend is met het perspectief van de muziektherapie (personal communication, September 15, 2012), en kan derhalve niet weten wat muziektherapie is en kan zijn, kan betekenen in het werken met deze doelgroep. Hierin ligt dan ook de verantwoordelijkheid van mijzelf als muziektherapeut om verder aan beroepsprofilering te doen en de opportuniteiten en mogelijkheden ervan te verduidelijken en te staven aan de hand van behaalde resultaten.

10.4.4 Doelstellingen van het onderzoek

Het is zover, mijn onderzoek zit erop. Heb ik de doelstellingen gehaald die ik voorop gezet had in hoofdstuk 3 en wat zegt dat over de waarde van mijn onderzoek?
Samengevat ging het over de volgende doelstellingen:

- mijn therapeutische handelen verbeteren om tegemoet te komen aan de vraag vanuit de instelling en een bijdrage te leveren aan het verhogen van de levenskwaliteit van cliënt S.
- verder uitdiepen van de theorie van Schumacher over affectregulatie met een specifieke focus op zelfverwondend gedrag
- mijn teamgenoten laten kennis maken met de theorie van Schumacher in het licht van een reële casus uit de stichting
- ervaringskennis uit het onderzoek delen met andere muziektherapeuten en eventueel ook breder trekken door een bijdrage te leveren aan het onderzoeksterrein rond zelfverwondend gedrag in combinatie met een diep mentale beperking.

Beantwoorden aan de vraag van de instelling was binnen het tijdsbestek van dit onderzoek onmogelijk gebleken, dat vermoedde ik al voordien. Het zal zoniet nog maanden, wellicht jaren kunnen duren om tot die doelstelling te komen. De ernst en complexiteit van de problematiek laat niet toe stappen over te slaan, het proces te forceren, dat heb ik persoonlijk mogen ondervinden tijdens het eerste gedeelte van het onderzoek. Wanneer en of die doelstelling bereikt wordt, is voorlopig koffiedik kijken, al geven de resultaten van dit onderzoek een goede indicatie dat ik alvast op de juiste weg zit.
Met een zelfde voorzichtigheid wil ik kijken naar mijn bijdrage tot het verhogen van de levenskwaliteit van cliënt S. Het is mijn eerste prioriteit als therapeut om in de gegeven omstandigheden een zo hoog mogelijke levenskwaliteit van mijn cliënt na te streven. Maar de complexe problematiek en de jarenlange aansleep ervan voorspellen dat het een lange en moeizame weg zal zijn, zonder garantie op succes. Mijn hart zit op de juiste plaats, de nodige inspanningen worden geleverd, en ik ben bereid de zoektocht aan te gaan teneinde de geheimen te ontrafelen van een gelukkig en kwaliteitsvol leven voor mijn cliënt. In dit

evenwicht tussen dromen en realiteit ga ik mijn loopbaan als muziektherapeut verder uitbouwen.

Naar aanleiding van dit onderzoek kan ik concluderen dat de theorie/methode van Schumacher een bruikbare leidraad kan zijn in het werken met deze doelgroep. Om tot het echte uitdiepen te komen, daarvoor is het onderzoek in mijn geval te kort geweest. Ik ben geconfronteerd geweest met de typische valkuilen waar een beginnend muziektherapeut mee te maken kan krijgen: dat van de tegenoverdracht en de neiging het tempo van de cliënt te willen forceren (Schumacher, 2004). Schumacher (2004) zegt 'het volstaat niet het te hebben begrepen, als therapeut moet je deze houding altijd weer opnieuw doorwerken, je moet de consequentie van deze kennis geloofwaardig kunnen verdedigen en in al je handelingen een gelijknamige uistraling hebben'. Dit onderzoek heeft mij de kans gegeven om deze kennis te doorleven, te doorwerken, en in die zin kan ik met recht spreken van een verbetering van mijn handelen.

Vertalingen, powerpoints, video-opnames,.. Al deze middelen heb ik benut om op een zo efficiënt mogelijke manier mijn teamgenoten een introductie te geven over de theorie en methode van Schumacher. De trend is gezet, de bijeenkomsten rondom deze theorie en methode stoppen niet met dit onderzoek. Er zijn plannen gemaakt om dit verder uit te diepen aan de hand van videobeelden van de andere therapeuten. Dit onderzoek heeft de bestaande intervisiecultuur een nieuwe boost gegeven.

Het primaire kennisdoel van een actieonderzoek is niet ontleend aan de wetenschap, het is erop gericht kennis te verzamelen van, in of voor de specifiek onderhavige situatie. Actieonderzoek is er niet op gericht om de verworven kennis te generaliseren naar andere situaties, maar om bruikbare kennis te leveren die juist voor of in de specifieke onderzochte situatie van belang is. Dit kennisdoel wordt daarom aangeduid met het begrip 'lokale kennis' (Migchelbrink, 2007, p. 77). In het licht van deze uitspraak zou men kunnen concluderen dat een doelstelling als 'ervaringskennis voor andere therapeuten en eventueel een breder kader' irrelevant is. Ondanks dat, en ondanks het feit dat de resultaten nood hebben aan meer bevestiging door verder onderzoek, denk ik dat mijn onderzoek toch enkele kenniselementen heeft voortgebracht die in vergelijkbare situaties van toepassing kunnen zijn, mogelijk zelfs herkenbaar zijn voor therapeuten in vergelijkbare situaties. Ik denk maar aan de mediumspecifieke kennis rond klank, harmonie, melodie, of aan aspecten als de houding van de therapeut. Ik geloof dat dit onderzoek ook toegankelijk kan zijn voor andere disciplines die zich wensen te informeren rond muziektherapie en haar mogelijkheden bij deze doelgroep. Praktijkonderzoek en kennisoverdracht als deze blijven belangrijk, ook in een bredere context, in de zoektocht naar een betere levenskwaliteit voor deze doelgroep.

10.5 Zijn de resultaten op de vooropgestelde manier behaald?

Actieonderzoek is onderhevig aan de dynamiek van de praktijk, en daar heb ik zelf ook wat ervaring mee gehad. Er zijn enkele dingen anders gelopen dan oorspronkelijk gepland was.

- Eerste focusgroepbijeenkomst: de ideeën voor actieplannen zouden gegenereerd en op basis van consensus gezamenlijk opgesteld worden met behulp van de Nominale Groepstechniek. Omwille van tijdsgebrek (de focusgroepbijeenkomst zat overvol met activiteiten) zijn we niet meer toegekomen aan het gezamenlijk opstellen van de actieplannen. Ondanks het ontbreken van een uitdrukkelijk gezamenlijke consensus, bleken het merendeel van de ideeën met elkaar overeen te stemmen, zodat ik een goed beeld kreeg over de verwachte actieplannen.
- Ontwikkel-/actiefase: Deze fase ging ik met name alleen ondernemen en monitoren, maar vanaf 04/04 heb ik de hulp van collega E. Dereymaeker gehad, wat uiteraard een pluspunt betekende voor het onderzoek.
- Video-opname eindevaluatie: de sessie voor de eindevaluatie werd niet gefilmd door H. Wouters omdat hij op dat moment niet in de instelling was. De camera stond op een statief. Dat heeft ervoor gezorgd dat de sessie zelf zo min mogelijk extern beïnvloed werd. Ik heb nadien alsnog met H. Wouters de beelden herbekeken en een expertinterview afgenomen.

- Datum eindevaluatie: de focusgroepbijeenkomst voor de eindevaluatie is naar een latere datum verschoven. Omwille van een communicatiefout kwam ik er te laat achter dat woning 14 de week waarin ik de sessie voor de eindevaluatie ging filmen, op kamp vertrok.
- Observatielijst eindevaluatie: ik had voor de eerste focusgroepbijeenkomst een observatielijst opgesteld die gebaseerd was op de AQR van Schumacher. Ik wilde deze lijst eveneens gebruiken voor de eindevaluatie, maar ben daar van afgestapt omdat de AQR als meetinstrument wel goed was, maar te weinig gericht op de onderzoeksvraag.

Verder is alles volgens plan verlopen. Ondanks deze wijzigingen kan ik stellen dat dit weinig tot geen invloed had op de onderzoeksresultaten. De hulp van E. Dereymaeker en de aangepaste observatielijst zijn het onderzoek zelfs ten goede gekomen.

10.6 Sterkte/zwakte-analyse van het actieonderzoek

Na een kritische beschouwing van het onderzoeksgebeuren ben ik tot een sterkte-/zwakteanalyse gekomen die ik hieronder schematisch weergeef:

Sterktes
- Er is een brede betrokkenheid van andere partijen geweest bij:
    - het aflijnen vraagstelling/doelstelling
    - de gebruikte methodieken
    - de analyse van resultaten
- De vraagstelling is niet te eng
    - affectregulatie is enkel de einddoelstelling
    - de vraag houdt ook rekening met een breder kader van vertrouwen (zie subvraag)
        - dit is zowel van belang voor therapeut als cliënt
- De analyse van de resultaten gebeurde op basis van gestructureerde data:
    - vragenlijsten/observatielijsten
    - video-opnames
    - een brede focusgroep
- Er werd gebruik gemaakt van een adequaat theoretisch kader
    - opmerking: de doelgroep is dermate specifiek dat er weinig literatuur over bestaat, maar het kader voldoet aan de vooropgestelde doelstelling/onderzoek
- Er is ruimte gecreëerd binnen de woongemeenschap om binnen het medium af te wijken van de gangbare gebruikte technieken (gedragstherapeutisch versus gentle teaching).

Zwaktes
- Er was slechts een beperkte tijd voor het behalen van resultaten met deze doelgroep gezien:
    - de zware en complexe problematiek
    - het aantal sessies dat beperkt was voor een redelijk hooggegrepen beoogd resultaat
    - het doorbreken van patroon van gebruikte methodiek/cultuur (die gedragstherapeutisch is)
- Een beperkte ervaring van de onderzoeker met het observeren van cliëntgedrag en het hierop kunnen inspelen
- De initiële twijfel over het belang van een vertrouwensband met de cliënt (wat betreft het eigen gevoel van veiligheid van de therapeut) heeft voor vertraging gezorgd in de opzet van de sessies, maar dit is zeer belangrijk/relevant gebleken in het kader van affectregulatie.
- Het niet doortrekken van de gebruikte methodiek van observatie-/vragenlijsten naar niet-muziektherapeuten (pedagoog-opvoeders) had sterker gekund, dit is nu niet gebeurd om geen invloed uit te oefenen op hun antwoorden, om onafhankelijkheid te kunnen garanderen, maar dit had waarschijnlijk sterker gekund.

- Aangezien de cliënt niet kan verbaliseren wat hij voelt, is het onmogelijk de cliënt te betrekken bij de evaluatie van het proces en de behaalde resultaten.

10.7 Nieuwe werkmodel versus oude werkmodel

Ik wil deze paragraaf graag aanvangen door nog eens allemaal op een rijtje te zetten wat ik doorheen het traject van het onderzoek concreet over mijn handelen geleerd heb.

In eerste instantie heb ik geleerd dat het belangrijk is mij bewust te zijn van mijn eigen tegenoverdrachtsgevoelens, dat ik deze onder ogen moet zien en er iets mee moet doen. Mijn angst en onzekerheid ondermijnden mijn therapeutische handelen, ik kon niet meer helder nadenken, observeren, waardoor ik ook niet adequaat kon inspelen op hetgeen er in de sessies gebeurde. Het is absoluut van cruciaal belang om zelf stabiel te zijn, voor mezelf zodat ik contact blijf houden met mezelf en het gebeuren in de sessie, maar ook voor mijn cliënt, zodat ik deze stabiliteit op hem kan overdragen. Een eerste stap in het creëren van een veilige hechtingsrelatie.

In tweede instantie heb ik geleerd dat het belangrijk is je eigen therapeutische identiteit te bepalen, te kennen. Dit is een zoektocht waar elke beginnend muziektherapeut mee geconfronteerd wordt. Welke houding past bij je persoonlijkheid en welke doet je cliënt recht aan? Je dient een evenwicht te zoeken tussen de houding vanuit je eigen persoonlijkheid (wie ben ik als persoon, wie ben ik in de omgang met anderen) en de houding die tegemoet komt aan de noden van je cliënt (wat wil hij versus wat is het beste voor hem). Door mij te gaan verdiepen in methoden als Gentle Teaching ben ik meer gaan nadenken over mijn therapeutische houding, heeft die duidelijker vorm gekregen en heb ik ze concreter kunnen beleven/doorleven. Als gevolg hiervan voelde in me zelfzekerder en dat heeft bijgedragen aan het herwinnen van mijn innerlijke stabiliteit.

In derde instantie heb ik geleerd dat een goede observatie van mijn cliënt aan het begin van het therapeutische proces van groot belang is. Ik heb fouten gemaakt in het begin, omdat ik het gedrag van cliënt S. onvoldoende begreep en kon interpreteren. Vb. wat betreft de uitdrukking ‘gedaan’. Het heeft lang geduurd vooraleer ik begreep wat hij zei en wat hij daarmee wilde zeggen. Dit was zijn signaal om aan te geven dat het voor hem (even) teveel werd, dat hij wilde stoppen. In de eerste video-opname zie je dat hij op een bepaald moment dit signaal geeft, het wordt genegeerd door mij omdat ik het niet begrijp, ik zet mijn therapie verder, en kort daarna begint het hoofdschudden, het uitdaaggedrag, de echte arousal.. Dit had ik kunnen voorkomen, dit had ik voor kunnen en moeten zijn. Grondige observatie aan de hand van (een of meerdere) video-opnames is sterk aanbevolen om de cliënt in zijn gedrag en zijn behoeften beter te leren kennen.

In vierde instantie heb ik geleerd dat het belangrijk is het medium muziek te ontleden in de parameters/componenten/... Een lied is niet zomaar een lied, een instrument niet zomaar eender welk instrument, een lage toon klinkt wel degelijk anders dan een hoge toon. Elk instrument, elke parameter/component heeft een specifiek effect op je cliënt en het is belangrijk deze afzonderlijk na te gaan om te achterhalen wat dit met je cliënt doet, zodat je ze vervolgens ook gericht kunt gaan inzetten afhankelijk van je doelstelling. Wat doet appel op mijn cliënt, wat werkt hechtingsbevorderend, wat affectregulerend, enz.

In vijfde instantie heb ik geleerd dat je je als therapeut volledig ten dienste moet stellen van je cliënt, met andere woorden dat je het therapeutisch proces moet aangaan in het tempo van je cliënt. Met name als je werkt met een doelgroep als die van cliënt S. is het scheppen van een veilige hechtingsbasis je eerste prioriteit. Zolang die er niet is, zolang je niet de ‘sensitieve ander’ voor je cliënt bent en hij je daarin ook herkent, kan je niet verder aan ontwikkeling werken, kan er geen emotionele ontwikkeling plaatsvinden. En dat staat los van zijn cognitieve mogelijkheden, los van zijn hoogste modus. De omgang met affecten bij een doelgroep met zelfverwondend gedrag en gedragsproblemen dient met grote voorzichtigheid en stap voor stap te gebeuren, volgens de mogelijkheden van de cliënt.

Deze leerpunten neem ik mee in mijn nieuwe werkmodel, wat ik hieronder in schemavorm heb weergegeven. Het werkmodel is gebaseerd op mijn therapie met cliënt S., het kan als leidraad dienen voor het werken met deze doelgroep, maar het zal alsnog aangepast moeten worden aan de individuele noden en behoeften van elke cliënt. In mijn werkmodel maak ik gebruik van de vijf vormen van structurering volgens Kraijer (1994, in Smeijsters, 2006, p. 33): prikkelreductie, prikkelselectie, prikkelregulatie, prikkelversterking en prikkeluitbreiding.

VOORFASE/INTAKE

Therapeutisch doel	Kennismaking met cliënt ⇨ observatie algemeen gedrag cliënt ⇨ observatie gedrag cliënt ten overstaan van het medium: met nadruk op welke prikkels stabiliserend, welke affectregulerend zijn.
Modus	Modus 0. De therapeut doet geen appèl op de cliënt tot participatie of contactname.
Therapeutische interventies/ werkvormen	*Prikkelreductie en -selectie: het aantal prikkels wordt beperkt en voorgestructureerd.* Afzonderlijk aanbieden van ⇨ verschillende instrumenten: strijk, tokkel, slag, blaas, (stem).. ⇨ verschillende muzikale parameters/componenten: ritme, tempo, dynamiek, maatsoort, toonaard, harmonie,... Spelvorm: kinderliedjes (eenvoudige I-IV-V-I harmonisatie, heldere voorspelbare melodiestructuur)
Therapeutische houding	Basisacceptatie Onvoorwaardelijkheid Stabiele, eenduidige houding
Methodisch handelen	Methode van Schumacher Componententheorie van Hegi Gentle Teaching

FASE 1

Therapeutisch Doel	Opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie door middel van hechtingsbevorderende/stabiliserende en affectregulerende interventies.
Modus	Modus 0-1. De cliënt krijgt de mogelijkheid te participeren (vb. door mee te zingen) maar wordt hier niet toe gedwongen.
Therapeutische interventies/ werkvormen	*Prikkelreductie, –selectie en –regulatie: aantal prikkels wordt beperkt, voorgestructureerd (doelmatig ingezet) en dit in een vast patroon.* Stabiliserende interventies ⇨ vb. instrument: gitaar structureert begin en einde, cello stabiliseert midden ⇨ vb. componenten: harmonie en melodie als heldere en overzichtelijke componenten. ⇨ volgens een vast patroon dat iedere sessie herhaald wordt (gevoel van stabiliteit verankeren) Affectregulerende interventies ⇨ vb. instrument: cello ⇨ vb. parameter: lage tonen, laag register van de cello (lage tonen brengen hoge energie/arousal omlaag) Spelvorm: kinderliedjes (eenvoudige I-IV-V-I harmonisatie, heldere voorspelbare melodiestructuur).
Therapeutische houding	Basisacceptatie Onvoorwaardelijkheid Ondersteunen, uithouden, verdragen, structureren
Methodisch handelen	Methode van Schumacher Componententheorie van Hegi Gentle Teaching

FASE 2

Therapeutisch doel	Vanuit een veilige stabiele hechtingsrelatie de cliënt zichzelf en zijn eigen affecten geleidelijk aan laten ontdekken. Vanuit een veilige stabiele hechtingsrelatie de cliënt laten voelen dat zijn affecten mededeelbaar/reguleerbaar zijn.
Modus	Modus 1-2. De cliënt gaat geleidelijk aan zichzelf en verschillende affectlagen bij zichzelf ontdekken.
Therapeutische interventies/ werkvormen	*Prikkelselectie, -versterking en –uitbreiding: aantal prikkels wordt voorgestructureerd, versterkt en uitgebreid.* Stabiliserende interventies ⇨ vb. instrument: gitaar structureert begin en einde, cello stabiliseert midden ⇨ vb. componenten: harmonie en melodie Affectregulerende interventies ⇨ vb. instrument: cello ⇨ vb. parameter: lage tonen, laag register van de cello Affectuitbreidende interventies ⇨ aanbod nieuw instrument ⇨ interventietechnieken imitatie/synchronisatie om cliënt bewustzijn eigen affecten te vergroten Spelvorm: kinderliedjes (ook hier uitbreiding in harmonisatie mogelijk)
Therapeutische houding	Basisacceptatie Onvoorwaardelijkheid Ondersteunen, uithouden, verdragen, structureren Spiegelen, mee voltrekken
Methodisch handelen	Methode van Schumacher Componententheorie van Hegi Gentle Teaching

Op basis van de gegevens uit mijn onderzoek heb ik 3 fasen uitgeschreven. Latere fasen met betrekking tot de ontwikkeling van interactievaardigheden schrijf ik hier niet uit, omdat dit niet aan de orde is gekomen in mijn onderzoek. De methodische leidraad heb ik, maar over de concrete uitwerking ervan kan ik nog geen uitspraken doen.

Het is niet evident om een vergelijking te maken met mijn oude werkmodel. Tijdens mijn stage vorig jaar werkte ik weliswaar in dezelfde stichting, maar met een andere doelgroep. De meeste van mijn cliënten kwamen toen uit de zogenaamde ‘nursing’, een doelgroep van mensen met een meervoudig complexe handicap: verstandelijke leeftijd gemiddeld rond 6 maanden, bijkomende handicaps als visuele stoornis, gehoorstoornis, verlamming of sterk verminderde motoriek aan een of meerdere ledematen, enz. Het spreekt voor zich dat mijn werkmodellen aangepast waren aan deze beperkingen. Vb. welke (alternatieve) mogelijkheden heeft iemand met een visuele stoornis en hoe kan ik daar muziektherapeutisch op inhaken om aan ontwikkeling te werken, of hoe kan ik bij iemand met een beperkte motoriek met behulp van muziektherapie toch de ledematen activeren? Zelfverwonding en agressie kwamen in veel mindere mate en in veel minder ernstige vorm voor. De elementen die wel overeenkomstig zijn zal ik in onderstaand schema naast het nieuwe werkmodel plaatsen.

	Nieuwe werkmodel	**Oude werkmodel**
Methodisch handelen	Methode van Schumacher Componententheorie van Hegi Gentle Teaching	Ik gebruikte vorig jaar ook de methode van Schumacher als leidraad, maar toen had ik nog weinig zicht op de toepassing ervan in de praktijk. Dankzij dit onderzoek heb ik er meer grip op gekregen. Verder had ik vorig jaar nog geen kennis genomen van de componententheorie van Hegi en Gentle Teaching. Ik heb dankzij het onderzoek het belang van deze methoden ontdekt.
Therapeutische houding	Aan de slag met tegenoverdrachts-gevoelens Verdieping in Gentle Teaching	Ook vorig jaar werd ik met een waslijst aan tegenoverdrachtsgevoelens geconfronteerd geweest, maar ik heb ze in feite genegeerd. Dankzij dit onderzoek heb ik geleerd ermee aan de slag te gaan. Ik kende de principes van Gentle Teaching vorig jaar nog niet. Dankzij de verdieping in Gentle Teaching heb ik mijn eigen therapeutische identiteit meer vorm kunnen geven.
Fasering therapieproces	Voorfase/intake: observatie Fase 1: opbouwen therapeutische vertrouwensrelatie Fase 2: zelfervaring cliënt verhogen	Ook vorig jaar had ik een fase waarin de observatie van de cliënt aan de orde kwam. Dit kon echter nog meer verdiepend. Hoewel ik bij wijze van formaliteit ook een fase 1 ‘opbouwen van de vertrouwensrelatie’ in mijn werkmodel had staan, wist ik vorig jaar hoegenaamd de waarde ervan nog niet. Ik ben er veel te snel overheen gegaan. En dat ging in feite niet alleen over fase 1, ook de andere fasen werden onvoldoende uitgediept. Nu weet ik gelukkig wel beter.
Therapeutische interventies/ werkvormen	Ontleding van muziek in: - componenten - parameters - instrumentkeuze Belang van kinderliedjes	Vorig jaar heb ik me hoegenaamd niet bezig gehouden met de ontleding van de muziek. Ik gooide alles op een hoopje en had bijgevolg het gevoel dat ik zo maar wat deed zonder er vat op te hebben. Dankzij de ervaringskennis van mijn collega E. Dereymaeker op dat gebied en de componententheorie van Hegi heb ik geleerd bewust en gericht om te gaan met het medium muziek en zijn spelvormen.

10.8 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Wat betreft aanbevelingen voor vervolgonderzoek is er in de eerste plaats behoefte aan verdere verdieping en bevestiging van de eindresultaten van dit onderzoek. Gezien de beperkte tijdsduur van het onderzoek zijn de verkregen resultaten nog onvoldoende hard te maken. Deze behoeven verdere aftoetsing en bijstelling door middel van praktijkonderzoek.

In de tweede plaats is verder onderzoek nog geboden naar aanleiding van de vraag van de instelling die momenteel nog onbeantwoord blijft. Om de transfer muziektherapie snoezelruimte – muzieklokaal te kunnen maken zal verder onderzoek nog nodig zijn op drie fronten:

1. In de huidige therapie zal verdiepend onderzoek nodig zijn wat betreft het progressief verbeteren van affectregulatie en het ontwikkelen van interactievaardigheden (met onder andere de componententheorie van Hegi en de methode van Schumacher als leidraad).
2. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of er een transfer muziektherapie-woning kan plaatsvinden:
   - ⇨ vb.1. naar aanleiding van de componententheorie van Hegi: onderzoek naar stemintonatie van opvoeders naar bewoners toe
   - ⇨ vb.2. naar aanleiding van de rol van de cello: onderzoek of het regelmatig opzetten van een cd met cellomuziek in de woning vergelijkbare effecten aantonen met de resultaten van het huidig onderzoek
3. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen hoe kennis en ervaring uit dit en vervolgonderzoek kan worden omgezet in een werkbare methode die de uiteindelijke brug zal kunnen vormen tussen snoezelruimte-woning-muzieklokaal.

Samenvatting

Ik heb het bijzondere voorrecht als vierdejaarsstudent reeds als muziektherapeut aan de slag te kunnen. De stichting Marguerite-Marie Delacroix te Tienen heeft mij een deeltijds contract aangeboden en het is daar dat ik tegen een casus ben aangelopen die de aanleiding was voor mijn afstudeerproject. Cliënt S. is een volwassen man met een diep mentale beperking, een autismespectrumstoornis en een lange voorgeschiedenis van probleemgedrag, waaronder ernstig zelfverwondend gedrag. Het zelfverwondend gedrag is aanzienlijk gereduceerd dankzij een consequent gedragstherapeutische aanpak van pedagoog en opvoeders. Muziektherapie gaat in de woning door, en niet in het gebruikelijke muzieklokaal elders op de campus, want de woning verlaten zonder de aanwezigheid van een vertrouwde begeleider vormt een reëel risico voor een ernstige terugval. Men stelde mij echter wel de vraag er een doel van te maken om de muziektherapie op termijn toch in het muzieklokaal te laten doorgaan. Gezien het risico op terugval heb ik deze zaak ernstig genomen en het initiatief genomen tot het ondernemen van een actieonderzoek.
Een diepteanalyse van de casus wees uit dat mensen met een autismespectrumstoornis beperkte en ontoereikende affectregulatiestrategieën hebben. Het probleem van het verlaten van de woning zou dus verklaard kunnen worden door een overprikkeling die cliënt S. zelf niet kan reguleren. Als reactie daarop schermt hij zich af door middel van zelfverwondend gedrag. Hier kan aan gewerkt worden op voorwaarde dat je dit doet vanuit een stabiele hechtingsrelatie tussen cliënt en therapeut. Zo kwam ik op mijn onderzoeksvraag uit: “Hoe kunnen affecten gereguleerd worden met behulp van muziektherapie [...]?” met subvraag “Hebben hechtingsbevorderende interventies invloed op de affectregulatie [...]?”. Als leidraad in het onderzoek koos ik voor de methode van Schumacher. Voor het onderzoek stelde ik een actienetwerk samen dat bestond uit een focusgroep van muziektherapeuten, de pedagoog van cliënt S., de opvoeders van de woning waarin cliënt S. verblijft, mijn scriptiebegeleider en natuurlijk cliënt S. zelf. Na de voor- en oriëntatiefase werd een focusgroepbijeenkomst gepland voor de gezamenlijke diagnosestelling en het genereren van ideeën voor actieplannen. Onderzoekstechnieken waren onder andere: indirecte externe observatie met behulp van een video-opname, een observatielijst, de NGT, data samenvatten. Met de pedagoog hield ik een expertinterview. Het vervolg van het onderzoek bestond uit een opeenvolging van voortdurende minicycli tussen actie- en ontwikkelingsfasen. Dit werd geëvalueerd aan de hand van ervaringsgerichte zelfreflectie. In het tweede gedeelte van het onderzoek werd ik daarin verder bijgestaan door mijn collega E. Dereymaeker. De eindevaluatie werd op een vergelijkbare manier vormgegeven als de eerste focusgroepbijeenkomst. Resulaten wezen uit dat er aan affectregulatie en hechting kon gewerkt worden dankzij de combinatie van cello, lage tonen, harmonie en melodie. In de interpretatie van de resultaten heb ik ook de therapeutische houding en de verklaring van de pedagoog toegevoegd. Omwille van een beperkte tijdsduur van het onderzoek behoeven de resultaten nog verder onderzoek, maar ze geven alvast een sterke indicatie hoe je met muziektherapie aan affectregulatie en hechting kan werken.

Literatuuropgave

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment.* In Müller-Oursin, B. (Ed.) (2005). *Ich wachse, wenn ich Musik mache. Musiktherapie mit chronisch kranken und von Behinderung bedrohten Kindern* (p. 78). Wiesbaden: Reichert Verlag.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed., text rev.).* Washington, DC: APA.

Ben Shalom, D., Mostofsky, S. H., Hazlett, R. L., Goldberg, M. C., Landa, R. J., Faran, Y., McLeod, D. R., & Hoehn-Saric, R. (2006). Normal physiological emotions but differences in expression of conscious feelings in children with high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36,* 395-400. doi: 10.1007/s10803-006-0077-2

Bölte, S., Feineis-Matthews, S., & Poustka, F. (2008). Brief Report: Emotional Processing in High-Functioning Autism – Physiological Reactivity and Affective Report. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(4), 776-781. doi: 10.1007/s10803-007-0443-8

Bowlby, J. (1969). *Attachment. (Vol. 1) Attachement and loss Attachment.* London, England: Hogarth Press.

Brazelton, T. B. (1990). Saving the bathwater. In B. Müller-Oursin (Ed.), *Ich wachse, wenn ich Musik mache. Musiktherapie mit chronisch kranken und von Behinderung bedrohten Kindern* (pp. 75-78). Wiesbaden: Reichert Verlag.

De Corte, K. (2006). *Gentle Teaching op Vlaamse wijze in de 21ste eeuw.* Retrieved from http://www.kareldecorte.be/GT_in_21ste_eeuw.pdf

Fee, V. E., & Matson, J. L. (1992). Definition, classification, and taxonomy. In J. K. Luiselli, L. J. Matson, & N. N. Singh (Eds.), *Self-injurious behavior: Analysis, assessment, and treatment* (pp. 3-20). New York, NY: Springer-Verlag

Feuser, G. (2004). *Schwere Krisen bei Menschen mit Autismus-Syndrom – Ihre Bewältigung und Prävention.* Tagungbrochüre Autismus und Erwachsene. Zürich: Universitätsspital. Retrieved from http://www.autismus-shop.ch/Onlineshop/tabid/63/ProductID/28/Default.aspx

Hegi, F. & Rüdisuli, M. (2011). *Der Wirkung von Musik auf der Spur*. Wiesbaden: Zeitpunkt musik – Reichtert Verlag.

Heinrich, J. (2006). *Vortrag Akute Krise Aggression - Ein Behandlungsplan massiv aggressiven Verhaltens.* Retrieved from http://www.assista.org/files/akute%20Krise%20Aggression.pdf

Helm C. (2007). Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und der Umgang durch professionelle Bezugspersonen. *Heilpädagogik online, 6*(1), 35-66. Retrieved from http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/2007/heilpaedagogik_online_0107.pdf.

Konstantareas, K. & Stewart, K. (2006). Affect Regulation and Temperament in Children with Autism Spectrum Disoreder. *Journal of Autism and Developmental Disorders. 36*(2), 143-154. doi: 10.1007/s10803-005-0051-4

Kraijer, D. W. (1991). *Zwakzinnigheid, autisme en aan autisme verwante stoornissen.* Amsterdam, Nederland: Lisse.

Lahuis, B., Serra, M. et al. (2006). *Wat is een autisme spectrum stoornis?* Retrieved from http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/themas/autisme_spectrum_stoornissen/inleiding/

Migchelbrink, F. (2001). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: SWP.

Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn.* Amsterdam: SWP.

Pénzes, I. (2012). *C4.14 Start Afstudeerproject (2) Dataverzameling Actiegericht Project* [College Sheets]. Retrieved from http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=_2_1&url=%2Fwebapps%2Fblackboard%2Fexecute%2Flauncher%3Ftype%3DCourse%26id%3D_7063_1%26url%3D

Rutter, M. (1985). Treatment of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 26*(2), 159-186. doi: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb02260

Schumacher, K., & Calvet-Kruppa, C. (1999). The AQR - an Analysis System to Evaluate the Quality of Relationship during Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, 8*(2), 18-92.

Schumacher, K. (2004). *Musiktherapie und Säuglingsforschung*. Peter Lang Verlag

Smeijsters, H. (2001). Die musiktherapeutische Behandlung der Autoagression bei geistig Behinderten mit Autismus. *Musiktherapeutische Umscha*u *22*(3), 204-223.

Smeijsters, H. (Ed.). (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie.* Bussum: Coutinho.

Smeijsters, H. (Ed.). (2006). *Handboek muziektherapie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Sonkin, D. (2005). Attachment Theory and Psychotherapy. *The California Therapist*, *17*(1), 68-77. Retrieved from http://www.danielsonkin.com/attachment_psychotherapy.htm

Sroufe, A. (1997). *Emotional Development. The organization of emotional life in the early years.* Retrieved from http://books.google.nl/books

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant.* In B. Müller – Oursin (Ed.), *Ich wachse, wenn ich Musik mache. Musiktherapie mit chronisch kranken und von Behinderung bedrohten Kindern* (pp. 79-81). Wiesbaden: Reichert.

Stern, D. N. (2006). *The interpersonal world of an infant: A view from psychoanalyses and developmental psychology.* Retrieved from http://books.google.nl/books

Stichting Marie-Marguerite Delacroix (2009). Ondersteuningsplan S. *Niet-gepubliceerd document*. Hakendover, België: Stichting Marie-Marguerite Delacroix, Tienen.

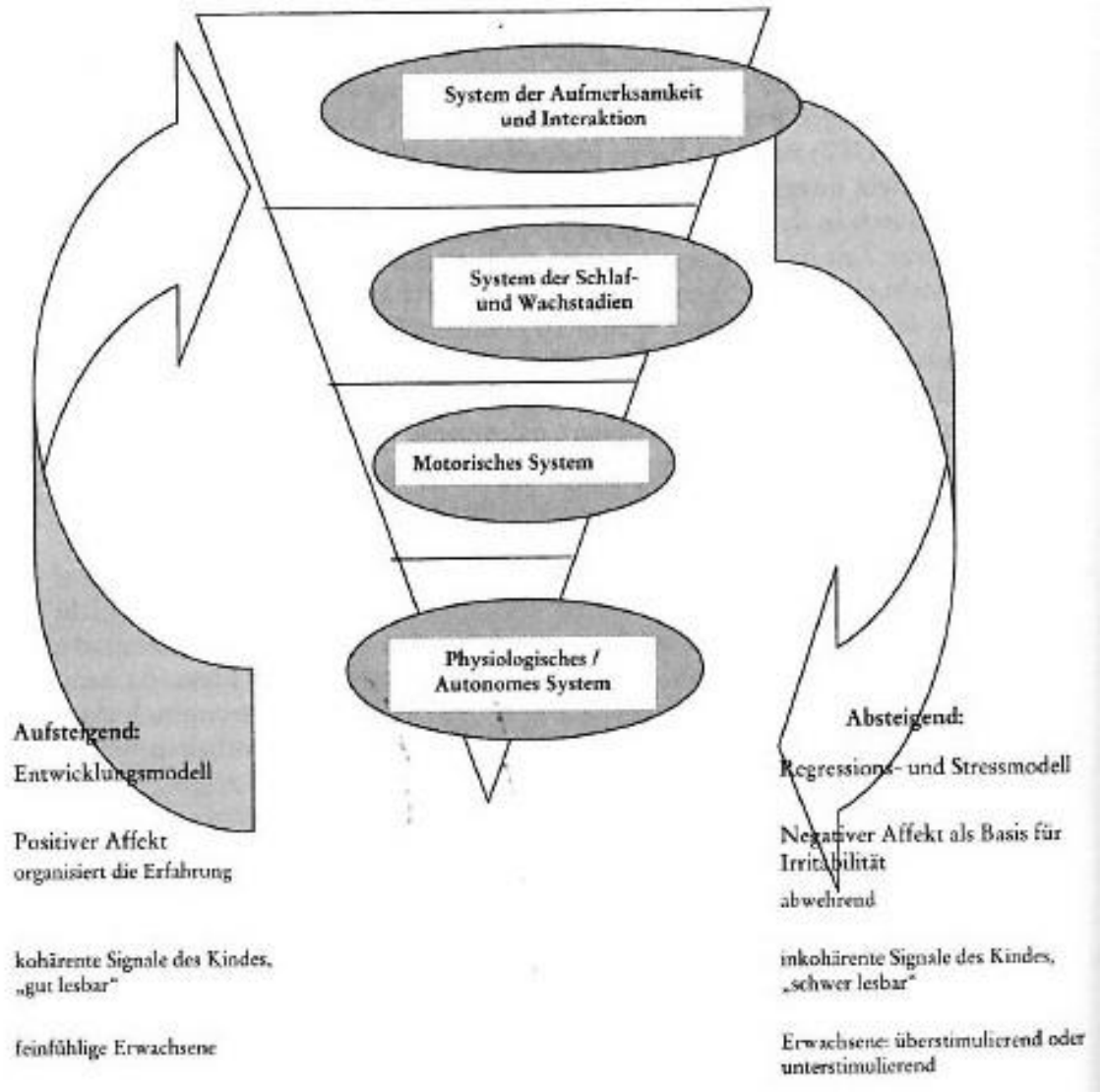
Weiss, J. (2003). Self-injurious behaviours in autism: A literature review. *Journal on Developmental Disabilities, 9*(2), 129-143. Retrieved from http://www.yorku.ca/jonweiss/files/JODD_SIB_WEISS.pdf

Wouters, H. & Van Driessche, J. (Red.) (2002). *Zelfverwondend gedrag als boodschap? Beeldvorming en behandeling van zelfverwondend gedrag bij personen met een mentale handicap.* Leuven-Apeldoorn: Garant.

Bijlagen

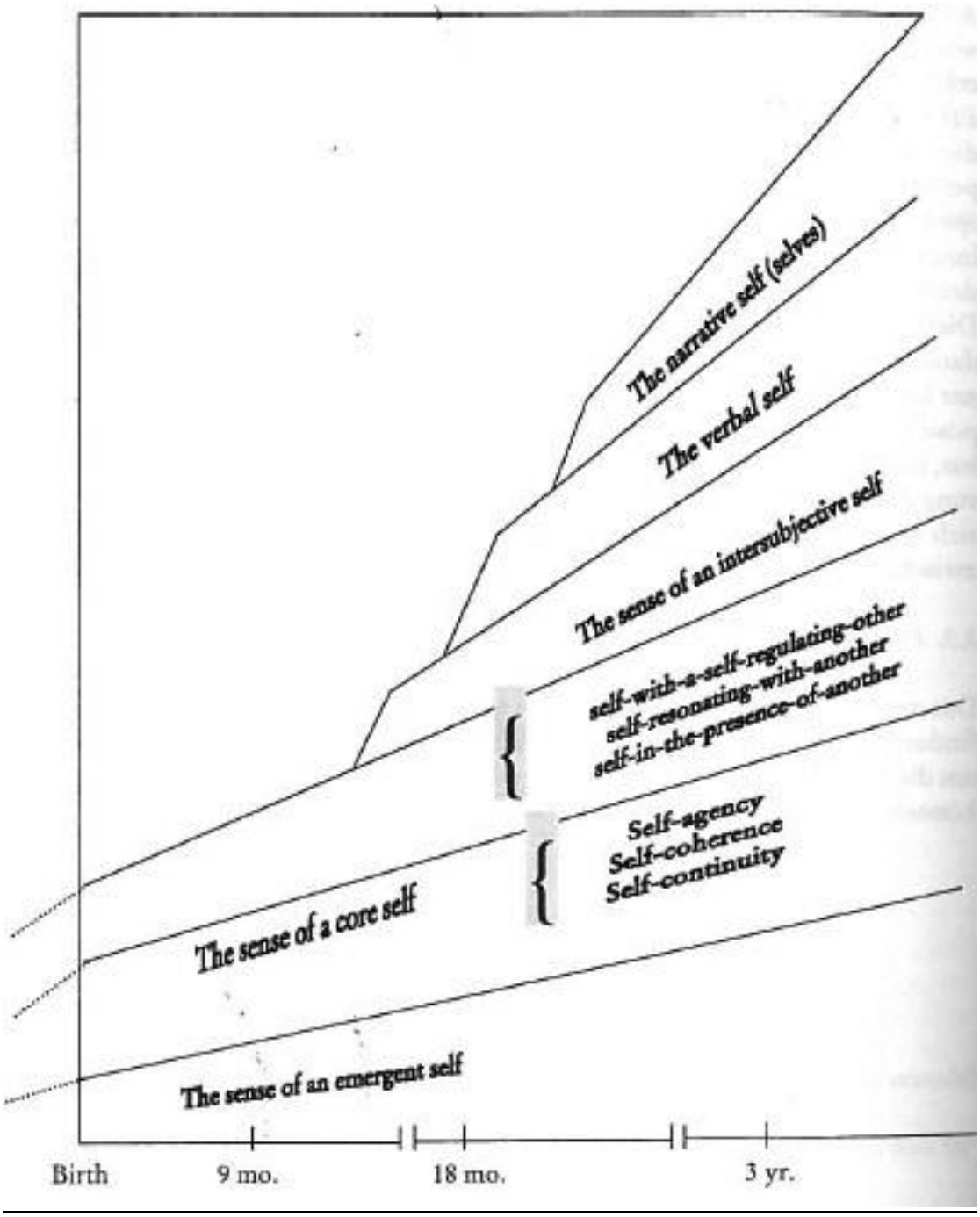
Bijlage 1: Aufsteigend Entwicklungsmodell – Absteigend Stressmodell

Abb. 2: Entwicklungsdimensionen des Früh- und Neugeborenen nach der Geburt (Ainsworth (1978))



(Ainsworth, 1978, in Müller-Oursin, 2005, p. 78)

Bijlage 2 Kernzelf met anderen



(Stern, 1985, in Müller-Oursin, 2005, p. 80)

Bijlage 3 Zeven contactmodi

Modus 0	Ich ohne mich	Kontaktlosigkeit
Modus 1	Ich bemerke etwas	Kontakt-Reaktion
Modus 2	Ich verwende Personen, Instrumente für meine Bedürfnisse	Funktional-sensorisch Kontakt
Modus 3	Ich höre mich und bemerke, daβ ich der Urheber des Spiels bin	Kontakt zu sich
Modus 4	Ich höre mich und will wissen, ob der Andere mein Spiel auch Wahrnimmt	Kontakt zum Anderen
Modus 5	Ich höre mich und dich	Beziehung zum Anderen
Modus 6	Ich höre uns und freue mich über das gemeinsame Spiel	Begegnung

(Schumacher, 2004, p. 121)

Bijlage 4 Observatielijst volgens STARR en de AQR

1. *stap 1: selecteren van situatie + vertellen over de situatie*
2. *stap 2: vaststellen van doel*
3. *stap 3: gedragsvragen stellen (aan de hand van het meetinstrument van Schumacher)*

IBQ: instrumentale uitdrukking van S.

- Is hij betrokken op het instrument?
  - Ja: Hoe zie je dat?
  - Nee: hoe zie je dat?
- Heeft hij voldoende uitdrukkingsmogelijkheden met het instrument?
  - Ja, want…
  - Nee, want…
- Heeft het instrument de capaciteit om te komen tot een gezamenlijk spel?
  - Ja, want…
  - Nee, want…
- Ontstaat er een gezamenlijk spel?
  - Ja, want…
  - Nee, want

VBQ: de stem- of preverbale uitdrukking van S.

Stem:
- Gebruikt S. zijn stem vaak? Ja/Nee
- Welke geluiden/woorden maakt/gebruikt hij?
- Welke betekenis kan daar aan verleend worden?
- Met welke functie gebruikt S. zijn stem? (vb. communicatief (interpersoonlijke context), zelfstimulatie (intrapersoonlijk context), andere…)

KEBQ: de lichamelijk-emotionele uitdrukking van S.

Gebruik van lichaam:
- Welke lichaamsuitdrukking/-taal zie je bij S.?
- Welke betekenis kan daaraan verleend worden?

Affecten:
- Welke affecten zie je?
- Hoe komen die tot uiting?

Oogcontact:
- kwantiteit: Maakt hij (vaak) oogcontact? Ja/Nee
- kwaliteit: Wat is de kwaliteit daarvan?

TBQ: de therapeut en zijn interventies

- Welke interventietechnieken zie je?
- Worden deze interventietechnieken adequaat ingezet gezien de situatie (gezien S.'s affecttoestand)?
    - Ja, want…
    - Neen, want…
- Welke parameters gebruik ik in mijn interventies?
    - Zijn deze aangepast aan de behoeften van S. (persoon met autisme)?
- Komt de interventie overeen met het vooropgestelde doel, en is dit doel passend?
    - Ja, want..
    - Nee, want…
- Hoe kan je de speelruimte tussen cliënt en therapeut het beste omschrijven (kan zowel letterlijk als figuurlijk)?

Modus:
- welke modus (modi) neem je overwegend bij S. waar?
- Wordt daar door therapeut op afgestemd?
    - Ja, want…
    - Neen, want…

4. <u>stap 4: bereikte resultaat bevragen</u>

Beschrijf het bereikte resultaat in het licht van de vooropgestelde doelstelling.

5. <u>stap 5: reflectie en evaluatie</u>

Reflecteer/evalueer de sessie op bovenstaande punten. Indien je bemerkingen of bedenkingen hebt, kunnen die hier terecht.

<u>Bijlage 5 Nominale Groepstechniek</u>

Werkwijze:

1. De uitgangsvraag wordt mondeling gepresenteerd.

2. Zonder enige interactie denken alle leden in stilte na over hun ideeën, opvattingen en antwoorden en schrijven dit op.

3. Om de beurt brengt elk lid één idee van zijn lijst in. De groepsleden mogen geen commentaar leveren. Elk nog niet eerder genoemd idee wordt op een flap geschreven. Deze inventarisatie stopt wanneer er geen nieuwe ideeën meer toegevoegd kunnen worden.

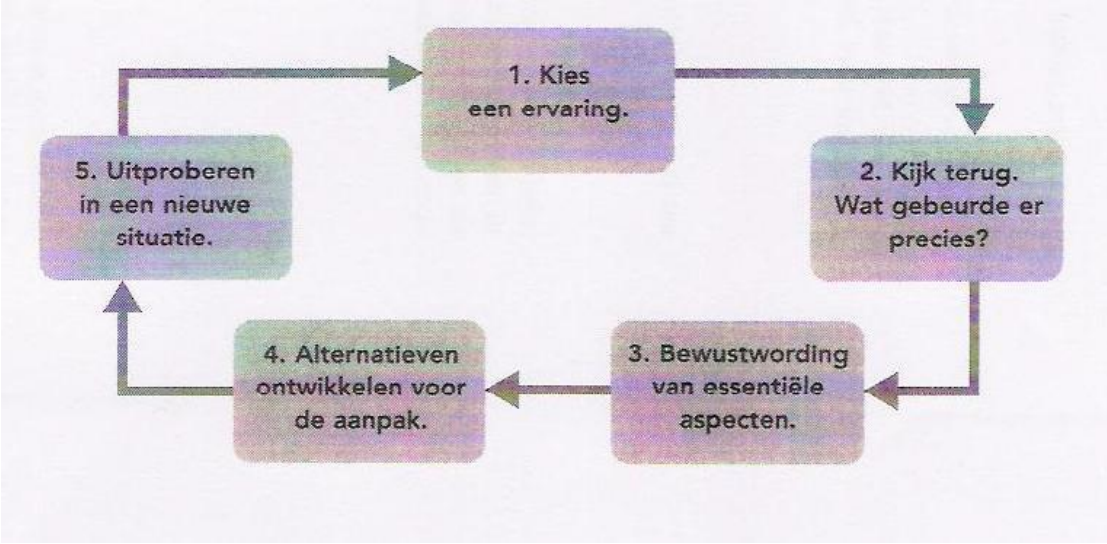
4. Nadat alle ideeën, verwachtingen en opvattingen gepresenteerd en genoteerd zijn, worden ze stuk voor stuk besproken en van evaluatief commentaar voorzien door de groepsleden. De groepsleden mogen verdere informatie of verduidelijking verschaffen. De procesbegeleider ziet erop toe dat alles aan bod komt, en dat er een zakelijke uitwisseling plaatsvindt.

5. Elk groepslid brengt en ordening aan. Bovenaan komt de opvatting die zijn voorkeur heeft of volgens hem het meest voldoet aan de geformuleerde criteria. De rangnummers van elke opvatting worden opgeteld. Zo ontstaat een opvattting/oplossing met de hoogste score. Dit is de groepsbeslissing.

6. De procesbegeleider kan besluiten om na de stemming nog een extra discussieronde te houden in verband met de ontstane ordening. Daarna wordt opnieuw gestemd zoals stap 5.

(Migchelbrink, 2007, pp. 214-215)

Bijlage 6 Reflectiecyclus volgens Korthagen



(Migchelbrink, 2007, pp. 243-246)

Bijlage 7 Beantwoorden van de onderzoeksvraag

En dan nu de eindconclusie..

1. De literatuur leert ons dat er met behulp van muziektherapie aan affectregulatie gedaan kan worden bij deze cliënt. Kan je deze aanname bevestigen wat deze casus betreft?
   - ⇨ Ja, want...
     Welke interventies hebben in deze casus affectregulatie in de hand gewerkt?
   - ⇨ Nee, want...
2. Hebben hechtingsbevorderende interventies invloed op de affectregulatie?
   - ⇨ Ja, want....
     Welke zijn dat?
   - ⇨ Nee, want...
3. Is de theorie van Schumacher in deze casus een leidraad/toevoeging geweest in het bereiken van de doelstellingen? Ja/nee, want....