



DE VERBORGEN KRACHTEN VAN MUZIEK

Actiegericht onderzoek in de muziektherapie bij een jonge adolescente vrouw met een meervoudig complexe handicap

**E.L.J. Houtackers
Studentennummer: 0639699**

**Creatieve Therapie Muziek
Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit: Gezondheid en Zorg**

Scriptiebegeleidster: J. Tissen

3 Juni 2010

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	4
Inleiding	5
1 Inleiding op het onderzoek	6
1.1 Probleemstelling	6
1.2 Mensen met een handicap	7
1.2.1 Verstandelijke handicap	7
1.2.2 Motorische handicap.....	8
1.2.3 Zintuiglijke handicap	8
1.2.4 Epilepsie	9
1.2.5 Meervoudig Complex Gehandicapten (MCG)	9
1.3 Bijkomende probleemgebieden bij personen met een handicap	9
1.3.1 Psychische problemen.....	9
1.3.2 Verstoorde communicatie en interactie	10
1.4 Muziektherapie	11
1.4.1 Inleiding	11
1.4.2 Muziektherapie bij MCG	12
1.5 Methodes en werkwijzen	12
1.5.1 De componententheorie van Hegi	12
1.5.2 De improvisatietechnieken van Kenneth Bruscia	16
2 Onderzoeksontwerp	18
2.1 Vraagstelling	18
2.2 Doelstellingen	18
2.3 Onderzoekstype en onderzoeksmethode.....	18
2.4 Voorfase en oriëntatiefase.....	19
2.5 Diagnostische fase	20
3 Het actiegericht onderzoek.....	21
3.1 Ontwikkelfase	21
3.2 Evaluatie	23
4 Discussie	25
4.1 Is de vraagstelling beantwoord? En het doel van het project behaald?	25
4.2 Is het actiegericht onderzoek op de voorgenomen wijze gerealiseerd?	25
4.3 Sterkte – zwakte analyse van het actiegericht onderzoek	27
4.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten.....	28
4.5 Het nieuwe werkmodel	35
4.6 Oud werkmodel versus nieuw werkmodel.....	39
4.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	42

5	Samenvatting	43
	Literatuurlijst	44
	Bijlagen	46
	Bijlage 1: DVD, De verborgen krachten van muziek	47

Voorwoord

Aan het begin van het vierde jaar van de opleiding 'Creatieve therapie', afstudeerrichting muziek, was ik werkzaam als muziektherapeute in de muziekateliers in Lommel te België. De muziekateliers in Lommel hebben een pedagogische tak en een therapeutische tak. De therapeutische tak wordt aangeboden aan mensen met een verstandelijke beperking. Deze doelgroep beschrijven we in de muziekateliers als 'Jongeren en volwassenen met een verstandelijke beperking die muziekgevoelig zijn en die een instrument willen leren bespelen of willen leren zingen'.

Muziektherapie bij mensen met een verstandelijke beperking is bedoeld als ondersteuning van de ontwikkeling, niet als genezing. Het betreft hier dan de ontwikkeling van motoriek, waarneming, denken, taal, emoties, sociale omgang en ontdekken van het eigen ik. Concrete doelstellingen die nagestreefd worden zijn onder andere: het verbeteren van grove en fijne motoriek, verbeteren van de oog-hand coördinatie, verbeteren van het reactievermogen, de aandacht, vergroten van de concentratieboog, ontdekken van en leren omgaan met eigen emoties,... In de muziekateliers werken we één op één. Hierdoor kunnen we het tempo volgen van de cliënt en rekening houden met zijn/haar individuele mogelijkheden en noden.

Eén van mijn cliënten daar was Lien. De eerste sessies was ik onder de indruk van haar affiniteit met muziek. Door haar geestelijke, motorische en zintuiglijke beperkingen kon Lien mij echter niet vertellen waar deze liefde voor muziek vandaan kwam. Ik vroeg me af welke aspecten binnen de muziek maakten dat muziek zo een grote invloed op haar had. Was het ritme, klank, melodie, dynamiek, vorm? Ik besloot dit te onderzoeken in een actiegericht onderzoek en dit in het teken van mijn afstudeerproject aan de Hoge school Zuyd te Heerlen, faculteit gezondheid en zorg, afstudeerrichting Creatieve therapie, muziek. Ik heb gedurende dit actiegerichte onderzoek mijn plan vaak moeten herzien en bijstellen. Maar uiteindelijk zijn we er toch achter gekomen welke componenten in de muziek interactie uitlokte bij Lien.

Dit actiegericht onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de professionele feedback van een heel aantal mensen. Ik wil even de ruimte nemen om die mensen te danken die ieder op hun eigen manier een bijdrage aan mijn scriptie hebben geleverd.

In eerste plaats wil ik mijn vriend Dennis en mijn familie bedanken, zij hebben mij emotionele ondersteuning gegeven. Ze stonden gedurende heel dit proces achter mij in alles wat ik deed en spraken me woorden van moed in als ik het even niet meer zag zitten.

Mijn dank gaat ook uit naar de ouders en begeleiders van Lien, zij hebben dit onderzoek mogelijk gemaakt. Door hun vertrouwen heb ik carte blanche gekregen, ze hebben me in alle mogelijke wegen ondersteund. En natuurlijk ook een grote dank aan Lien zelf, zonder haar actieve houding en liefde voor muziek was dit onderzoek nooit tot stand gekomen.

Ook dank ik Juliane Tissen voor haar begeleiding tijdens mijn scriptie, maar mijn dank gaat ook uit naar de andere docenten van de opleiding Creatieve Therapie in Heerlen, veel onder hen hebben mij door de jaren heen veel geleerd en geholpen. Alleen dankzij de kennis en ervaringen die ik heb kunnen vergaren gedurende deze opleiding was het voor mij mogelijk om deze scriptie te schrijven. Ook wil ik mijn jaargenoten en klas bedanken, in het bijzonder Evelien Campo en Dorien Bruning, zij waren steeds bereid mijn twijfels te aanhoren, mijn vragen te beantwoorden en mij kritische feedback te geven.

Ik wil Inga Segers, muziektherapeute, bedanken voor haar kritische feedback op mijn beeldmateriaal en haar ondersteuning gedurende dit proces. Ik kon altijd bij haar terecht met inhoudelijke vragen. Een speciale dank gaat uit naar Janet Graham, hoofdtherapeute van Nordoff-Robbins, North-East Engeland. Zij heeft me gedurende dit proces zeer veel didactisch materiaal aangereikt en me een weekend te gast genomen om samen mijn beeldmateriaal kritisch te bekijken, en de resultaten te bespreken. Dankjewel voor de inzichten die je me gegeven hebt!

Last but not least gaat mijn dank uit naar Inge De Geyter, zij is al 10 jaar de logopediste van Lien. Doordat ze Lien zo goed kent, was ze in staat om veranderingen in Lien haar gedrag te zien. Verder wil ik haar ook bedanken omdat ze zoveel tijd heeft genomen om mijn teksten te lezen, mijn gedachtegangen te volgen en mij kritische vragen te stellen in verband met de inhoud. Dit zette me steeds meer op het spoor van een scriptie met een inhoud die voor iedereen toegankelijk kon zijn.

Inleiding

In deze scriptie komen vijf verschillende hoofdstukken aan bod. Hieronder wordt de inhoud hiervan kort toegelicht.

Ter inleiding vindt U in hoofdstuk één, de aanleiding van dit onderzoek terug. Deze zal omschreven worden in de probleemstelling. Tevens zal er in dit hoofdstuk dieper ingegaan worden op de literatuurstudie die aan dit onderzoek vooraf gegaan is. De literatuurstudie is onderverdeeld in volgende paragrafen: Mensen met een handicap, Bijkomende probleemgebieden bij mensen met een handicap, muziektherapie en tot slot methoden en werkwijzen.

Het tweede hoofdstuk geeft u meer informatie over het onderzoeksontwerp. Naar aanleiding van de probleemstelling is er een vraagstelling geformuleerd. Dit is het centrale onderwerp van deze scriptie. Vervolgens wordt er in dit hoofdstuk toegelicht op welke wijze de vraagstelling onderzocht is. Ik beschrijf hierin de doelstelling van het onderzoek, het onderzoekstype, de onderzoeksmethode, de voorfase en oriëntatiefase en de diagnostische fase.

Hierop aansluitend volgt hoofdstuk drie, in dit hoofdstuk wordt het actiegericht onderzoek behandeld. De ontwikkelfase en de evaluatie worden hierin beschreven.

Het vierde hoofdstuk is de discussie. In dit onderdeel van de scriptie vindt u een kritische terugblik op de resultaten van het onderzoek. De resultaten zullen worden teruggekoppeld aan de literatuur en beschreven worden in een nieuw werkmodel. Verder vindt u in de discussie een sterkte-zwakte analyse terug van dit onderzoek en doe ik aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

In hoofdstuk vijf wordt het onderzoek samengevat.

In de bijlage vindt u een dvd, deze bevat beeldfragmenten van de sessies die gedurende dit onderzoek verricht zijn.

1 Inleiding op het onderzoek

1.1 Probleemstelling

Lien is een vrouwelijke adolescent¹ van 19 jaar met een ernstige psychomotorische retardatie², refractaire epilepsie³ en spastische quadriplegie⁴. Ze is ook gedeeltelijk blind, volgens deskundigen kan ze enkel het verschil tussen licht en donker waarnemen (Ortibus, E. 2007, medische dossier p.1). Lien is echter niet altijd zo geweest. Toen Lien 3 maanden oud was, constateerde een arts een infectie op de nier en de blaas. Volgens deze arts moest Lien snel geopereerd worden. Lien ging na de operatie ernstig achteruit. Toen er een pediater ontbonden werd, alarmeerde deze onmiddellijk het Universitaire Ziekenhuis te Leuven. Het bloed van Lien was aan het stollen. Bij de cardioloog kreeg Lien een hartstilstand en moest zij gereanimeerd worden. Later bleek dat Lien tijdens de operatie een bloedinfectie had opgelopen. Urine liep gewoon in de buik, zo in het bloed. Door de hartstilstand liep Lien ernstige hersenbeschadigingen op, hierdoor kan ze niet spreken of lopen en is ze gedeeltelijk blind (T.B. 1997, krantenartikel). We kunnen hier spreken van een meervoudig complexe handicap.

Gedurende Liens eerste levensjaren hebben haar ouders veel geïnvesteerd in trainingen die ze samen met hun dochter konden doen. Deze trainingen waren vooral gericht op het ontwikkelen van motoriek en psychische stimulatie. De trainingen waren zeer intensief, zowel voor Lien als voor haar ouders.

Al snel werd duidelijk dat Lien een grote affiniteit had met muziek. Liens mama zong vaak liedjes, Lien had haar eigen luisterverhalen,... Liens broer is drummer en heeft zijn eigen bandje. Lien reageert sterk op zijn muzikale spel. Als hij in de kelder zit te repeteren merkt ze volgens haar ouders zelfs op wanneer hij fouten speelt, dan begint ze te lachen.

Sinds een aantal jaren ontvangt Lien een Persoons Gebonden Budget, hierdoor konden de ouders Lien een persoonlijke begeleidster geven. Tinne van Loy werd in het leven van Lien gehaald. Driemaal per week doet Tinne de Loy allerlei activiteiten met Lien. Ze gaan regelmatig naar concerten en festivals. Lien bloeit hier helemaal open en lacht veel als de muziek haar aanspreekt, als dit niet het geval is begint ze te geeuwen of zelfs te huilen. Zo geeft ze het signaal aan Tinne dat ze het "niet leuk vind", of dat er iets aan de hand is met haar.

Door Liens grote liefde voor muziek werd muziektherapie opgestart. Ik ben muziektherapie met Lien opgestart in november 2009, ik zag haar één keer in de week op zaterdag middag van half twaalf tot kwart na twaalf. De eerste keer dat ik Lien zag wist ik niet goed wat te doen. Wat kon ik haar aanbieden? En op welke manier zou zij reageren? Dit waren de eerste gedachten die door mijn hoofd gingen toen Lien en Tinne voor de eerste keer het muzieklokaal binnenkwamen. Al snel werd duidelijk dat ik eerst vertrouwd moest worden voor Lien. Omwille van haar beperkingen is het voor Lien niet vanzelfsprekend om zich meteen open te stellen naar iemand die ze (nog) niet goed kent. In deze context is het vooral de slechtheid die haar parten speelt. U kan zich voorstellen dat als u enkel het onderscheid tussen licht en donker kan ervaren, nieuwe dingen als een bedreiging kunnen overkomen.

De eerste sessies die ik met Lien gedaan heb, waren receptief om zo een veilige afstand te bewaren. Op deze manier werd voor mij ook duidelijk van welke muziek Lien hield en van welke niet. Bij sommige muziek begon Lien te lachen, sperde ze haar ogen wijd open en bij sommige muziek begon ze te geeuwen waarna ze ging huilen. Was dit misschien de manier voor Lien om aan te geven dat ze iets leuk of niet leuk vond? Stilaan kwam ik dichterbij, ik ging de muziek die op de achtergrond klonk meetikken op haar rolstoel, dit liet ze allemaal toe, misschien genoot ze wel van de trillingen die mijn stokgeroffel op haar rolstoel maakten want weer verscheen de glimlach en spreidde ze haar ogen wijd open. Weer later ging ik de muziek zachtjes ritmisch meetikken op haar been.

¹ Adolescent: Jongen of meisje in de leeftijd van +/- 16 tot +/- 20 jaar

² Psychomotorische retardatie: De ontwikkeling van de psychomotoriek is ernstig vertraagd. Psychomotoriek is een verzamelnaam voor alle bewegingen die de psychische gesteldheid uitdrukken (gebaren, gelaatsuitdrukking, manier van bewegen, spreken...)

³ Refractaire epilepsie betekent dat de epilepsie aanvallen niet onder controle gebracht kunnen worden. Epilepsie of vallende ziekte is een ziekte waarbij bepaalde type aanvallen optreden die hun oorsprong hebben in de hersenen.

⁴ Spastische quadriplegie: Spasticiteit begint altijd met een hersenbeschadiging, de motorische handicap is een aspect hiervan, bij spastische quadriplegie zijn alle bewegingen moeilijk, die van het hoofd en de armen. Men kan meestal wel een verschil ervaren tussen rechts en links.

De vraag “Wat maakt muziek zo aantrekkelijk voor Lien” werd in mij opgewekt. Was het ritme, klank, melodie, vorm of dynamiek? Waarop richtte ze haar aandacht, in de muziek die we beluisterden? En hoe kon ik haar actiever betrekken in het muziektherapeutisch proces? Er moest een manier zijn om Lien zo uit te lokken in de muziek dat ze actief zou participeren.

Het zou dus mooi zijn als we in de muziektherapie een manier vonden om interactie met Lien te bevorderen. In Liens eigen omgeving gaf Lien door huilen aan dat ze ergens last van had, maar dan bleef de vraag; wat had Lien? Dit kon Lien niet vertellen en nog steeds niet. Ook als Lien ergens van genoot verscheen er een brede glimlach op haar gezicht. Omdat Lien niets tot weinig kan aangeven, ligt er misschien een mogelijkheid tot interactie in de muziek, omdat ze hier zo een grote affiniteit mee heeft. Als we een gegeven vinden waar Lien actief op reageert, denk hierbij aan, ritme, melodie, klank, dynamiek of vorm, dan kunnen we dit misschien zo trainen dat het kan toegepast worden in Lien haar dagelijkse leven en activiteiten, in de hoop dat ze meer interactie zal aangaan, en misschien vinden we een mogelijkheid om d.m.v. klanken Lien dingen te laten aangeven.

Dit waren natuurlijk allemaal ambitieuze en wilde ideeën. Maar je moet altijd bij het begin beginnen. En niet te hard van stapel lopen. Een therapeutische relatie was tot stand aan het komen, het werd tijd om Lien actief te betrekken in de muziek. Voordat ik hier aan begonnen ben heb ik eerst een literatuur onderzoek gedaan. Ik ben gaan zoeken naar literatuur over wat een handicap nu inhoudt, in al zijn vormen. Later stootte ik op het begrip meervoudig complexe gehandicapt (MCG), een begrip dat goed aan Lien te linken was. Omdat er in mijn ogen vooral problemen zijn op gebied van communicatie en interactie heb ik hierover informatie gezocht in de literatuur. Hier is al heel wat over geschreven. Tot slot ben ik gaan kijken hoe deze problematiek in de praktijk werd behandeld. Al deze zaken worden hieronder verder uiteengezet.

1.2 Mensen met een handicap

1.2.1 Verstandelijke handicap

Wanneer we spreken over een verstandelijke handicap gaat het over een persoon die een geestelijke vertraging heeft opgelopen. Vaak wordt de verstandelijke handicap ook wel intellectuele stoornis of mentale handicap genoemd. Mogelijke oorzaken voor deze handicap zijn; erfelijk, aangeboren, niet-aangeboren hersenletsel, trauma of metabool⁵.

Wanneer spreekt men bij iemand over een verstandelijke handicap? Volgens de DSM-IV (2001, p82, 83) moet er aan drie criteria voldaan worden, wilt men spreken van een “zwakzinnigheid”.

- A. “Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ-test (bij zeer jonge kinderen op basis van een inschatting van een verstandelijk significant onder het gemiddelde functioneren).
- B. Gelijktijdig aanwezige tekorten of beperkingen in het huidige aanpassingsgedrag (d.w.z. of de betrokkene er in slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden binnen zijn of haar culturele achtergrond) op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.
- C. Begin voor het achttiende jaar.”

In de DSM-IV wordt de term “zwakzinnigheid” gebruikt om een verstandelijke handicap aan te geven, dit is een verouderde term die vandaag de dag niet meer gebruikt wordt.

Volgens Willems (1996) is de term ‘zwakzinnigheid’ in de loop van de jaren vervangen door ‘geestelijke handicap’ en later weer door ‘verstandelijk handicap’. In het bijzonder de laatste term dekt niet geheel de inhoud en gevoelswaarde van de bedoelde handicap, aangezien er naast de verstandelijke stoornis tevens problemen in het adaptief gedrag (of sociale redzaamheid) bij de persoon aanwezig moeten zijn om ervan te kunnen spreken. Bovendien manifesteert de handicap zich in veel gevallen, tevens in verschillende andere ontwikkelingsdomeinen zoals het emotionele en sociale. Om toch aan te sluiten bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen is er desondanks voor gekozen toch de omschrijving ‘persoon met een verstandelijke handicap’ te gebruiken.

⁵ Metabool: Men spreekt hierbij van een chronisch stofwisselingsprobleem dat gekenmerkt wordt door de combinatie van een gestoord bloedsuikergehalte, hoge bloeddruk, stoornissen in de bloedstolling en atherogene dyslipidemie (laag HDL cholesterol en hoog triglyceridgehalte).

De DSM-IV (2001), deelt de verstandelijke handicap in op basis van de mate van ernst van de verstandelijke handicap.

- ❖ Lichte zwakzinnigheid: niveau IQ 50-55 tot ongeveer 70
- ❖ Matige zwakzinnigheid: niveau IQ 35-40 tot 50-55
- ❖ Ernstige zwakzinnigheid: niveau IQ 20-25 tot 35-40
- ❖ Diepe zwakzinnigheid: niveau IQ lager dan 20 of 25
- ❖ Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd: Indien er een sterk vermoeden van zwakzinnigheid bestaat maar de intelligentie van betrokkene niet te testen is met standaard intelligentietests.

1.2.2 Motorische handicap

Naast een verstandelijke handicap hebben veel gehandicapten ook een motorische, een lichamelijke handicap. Deze motorische stoornissen worden, net zoals de verstandelijke stoornissen, veroorzaakt door stoornissen in de hersenen vlak voor, tijdens of na de geboorte. Door deze stoornis wordt de persoon gehinderd in zijn handelen of bewegen. Men onderscheidt hierin twee vormen: de spastische stoornis en de choreoathetische stoornis. De spastische stoornis is de meest voorkomende. Hier is sprake van een te hoge spanning van de spieren. Normaal gezien kan men spieren buigen, strekken en aanspannen. Bij een spastische stoornis is dit bewegen verstoord. Bij de choreoathetische stoornis is de spierspanning erg wisselend. Als men in een rusthouding zit, is de spanning te laag; als men gaat bewegen is de spanning te hoog. Het grote verschil tussen deze twee stoornissen is dat mensen met een spastische stoornis weinig beweeglijk zijn en mensen met choreoathetose erg beweeglijk.

1.2.3 Zintuiglijke handicap

Onder zintuiglijke handicap worden visuele, cerebraal visuele en auditieve stoornissen verstaan alsook problemen met de tastzin. Volgens de OESO-indicator⁶, heeft 2,9 procent van de Nederlandse bevolking een gehoorstoornis en 5,3 procent een zichtstoornis, 0,2 procent van de Nederlandse bevolking kan zichzelf niet verstaanbaar maken (CBS, Centraal Bureau van Statistiek, 2009).

Een visuele stoornis is een breed begrip. We spreken van slechtziendheid als de gezichtsscherpte van het beste oog, ondanks optimale bril/lenscorrectie, slechter is dan een derde tot een vierde, maar beter is dan drie zestigste. Wanneer het slechter dan drie zestigste is, is iemand blind. Een volgende criterium is dat de omvang van het gezichtsveld kleiner is dan 30 graden. Iemand die blind is, heeft een gezichtsveld van minder dan 10 graden (Gunther, 1993, p.74-75). Deze stoornis kan veroorzaakt worden door een oogaandoening of door een afwijking aan de visuele banen en verwerkingsgebieden in de hersenen, zoals bijvoorbeeld: brilafwijkingen, scheelzien, retinopathie (aandoening van het netvlies),... Niet elke oogaandoening hoeft tot (blijvende) slechtziendheid te leiden.

De ogen zijn zeer belangrijk. Ze zijn immers actief betrokken bij het sturen en verwerken van informatie. Wanneer er beschadigingen zijn aan de visuele banen in de hersenen spreken we van een cerebrale visuele stoornis. Deze kan veroorzaakt worden door infecties aan het centraal zenuwstelsel, schedeltrauma, epilepsie, witte stofaandoeningen, circulatiestoornissen (zuurstofgebrek),...

De problemen van de visuele cerebrale stoornis kunnen zeer gevarieerd zijn. Door de verminderde gezichtsscherpte, het beperkte gezichtsveld en problemen met de oogbewegingen, ondervindt men problemen met het 'betekenis' geven aan hetgeen men ziet. Het verwerken van zintuigen of het koppelen van informatie van verschillende zintuigen tegelijkertijd wordt een probleem.

Wat betreft de auditieve stoornis, volgens Menke (1993, p.114-118), spreekt men in het algemeen van dove personen, wanneer het gehoorverlies groter is dan 90 decibel. Bij ernstig slechthorenden ligt dit verlies grofweg tussen de 70 en 90 decibel. De auditieve stoornis kan ook verschillende oorzaken hebben: genetische oorzaken, oorzaken die optreden gedurende de zwangerschap (hierbij is de infectie van de moeder met het Rubella virus de meest voorkomende oorzaak voor doofheid of slechthorendheid) en de perinatale oorzaken (vroeggeboorte en zuurstofgebrek). Bij vele gehandicapten is ook de tastzin gestoord. Hierdoor zijn ze overgevoelig of juist ondergevoelig voor bijvoorbeeld aanrakingen. Vele zintuigen zoals smaak en reuk functioneren vaak niet zoals het zou moeten. De oorzaken zijn ook hier weer: genetische stoornissen, complicaties bij vroeggeboorte en virus- of bacteriologische infecties.

⁶ De OESO-indicator (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling)

1.2.4 Epilepsie

Epilepsie, ook wel vallende ziekte genaamd, is een aandoening waarbij sprake is van een tijdelijke verstoring van de elektrische prikkeloverdracht van de hersenen. Deze verstoring veroorzaakt dan een aanval. Het soort aanval, de "heftigheid" van de aanval en de frequentie van voorkomen verschillen van persoon tot persoon. Epilepsie kent veel mogelijke oorzaken en kan in vele gevallen onder controle gehouden worden met behulp van medicatie (EMG platform, 2010).

1.2.5 Meervoudig Complex Gehandicapten (MCG)

"MCG-ers hebben zowel een IQ dat lager is dan 25, als één of meerdere motorische beperkingen. Professionals gebruiken vaak de ontwikkelingsleeftijd als een indicatie, omdat een IQ van 25 of lager niet te meten is met een IQ test. Personen met meervoudig complexe handicaps hebben meestal een ontwikkelingsleeftijd tot 24 maanden. MCG-ers hebben ondersteuning nodig bij alle aspecten van het dagelijkse leven gedurende de hele dag"(EMG platform, 2010).

Er wordt geschat dat 10.000 tot 12.000 mensen in Nederland een meervoudig complexe handicap hebben. Ongeveer 1300 van hen wonen thuis, 8200 van hen leven in een zorgvoorziening en de overige gebruiken andere woonvormen, meestal een wooninitiatief (EMG platform, 2008).

Er zijn een groot aantal bijkomende stoornissen zoals zintuigstoornissen, epilepsie, slaapstoornissen, slikproblemen, longinfecties en gedragsproblemen. Vaak zijn er problemen veroorzaakt door bijwerkingen van medicijnen. Al deze mogelijke beperkingen kunnen variëren in ernst en optreden in verschillende combinaties (EMG platform, 2008). Mogelijke combinaties zijn, bijvoorbeeld verstandelijke en motorische problemen, verstandelijke en visuele problemen, verstandelijke en auditieve problemen, verstandelijke en visuele en auditieve problemen, verstandelijke en motorische en visuele problemen, verstandelijke en motorische en auditieve problemen. Verstandelijke en motorische en visuele en auditieve problemen, visuele en auditieve problemen, epilepsie in combinatie met een of meer van de genoemde problemen, organische afwijkingen, of aandoeningen in combinatie met een of meer van de genoemde problemen.

Volgens BOSK, vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders, is de basis van de begeleiding en behandeling van mensen met een meervoudig complexe handicap 'totaalopvang'. De hulp is hierbij gericht op de hele persoon. Het aanbod dat gegeven wordt aan een persoon met een meervoudig complexe handicap dient daarom optimaal aan te sluiten bij de persoon en zijn individuele mogelijkheden. Ouders, therapeuten en begeleiders moeten zich daarom afstemmen op het belevings- en activiteitsniveau van de persoon, hoe de persoon zich uit en dingen duidelijk maakt, de mate van hulp en verzorging die nodig is bij alle activiteiten van het dagelijkse leven, de hoeveelheid prikkels die de persoon kan verwerken, behandelingen en begeleiding van de motorische, zintuiglijke en verstandelijke ontwikkeling.

1.3 Bijkomende probleemgebieden bij personen met een handicap

1.3.1 Psychische problemen

Mensen met een handicap ondervinden naast hun handicap(s) vaak ook psychische problemen. Een van de afkortingen die voor hen gebruikt wordt binnen de Geestelijke Gezondheid Zorg is PPG, dit wil zeggen psychiatrisch problematiek gehandicapten. De GGZ te Drenthe (2010) diagnosticeert binnen de PPG veel soorten psychische of psychiatrische problemen. Bijvoorbeeld: Autisme en autismespectrumstoornissen, aanpassingsstoornissen met sterke emotionele reacties op nare levenservaringen, depressies, angstproblemen, dwangmatig en dwingend gedrag, psychose en verwardheid, ADHD en/of druk impulsief gedrag en de gevolgen ervan, psycho-organische stoornissen en persoonlijkheidsproblemen.

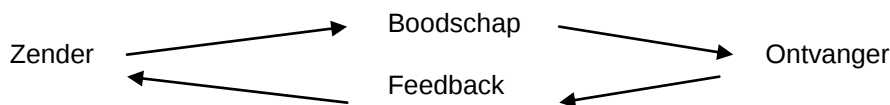
Het is zo dat bij mensen met een handicap het ene probleem vaak 'verstopt' zit achter het andere. Een depressie kan zich bijvoorbeeld uiten in de vorm van agressief gedrag, zelfverwonding, vernielzucht, ontremde seksualiteit, verslavingszorg of introvert gedrag. Soms ontstaan extra problemen doordat de persoon met de handicap overvraagd wordt door ouders, school of begeleiders (GGZ, 2010).

1.3.2 Verstoorde communicatie en interactie

Verbale en non-verbale communicatie zijn de middelen van mensen om elkaar te begrijpen. Verbale communicatie zijn de woorden die we spreken en de inhoudelijke betekenis ervan. De voorwaarde om elkaar verbaal te begrijpen is dat twee mensen dezelfde taal moeten beheersen en lichamelijk in staat zijn om te praten. Non-verbale communicatie is onze lichaamstaal: de klank van onze stem, onze gezichtsuitdrukkingen, gebaren,... 93% van de communicatie gebeurt non-verbaal. Gevoelens hebben vaak geen woorden nodig; zij uiten zich in onze lichaamstaal. Verdriet, blijdschap, teleurstelling, onzekerheid, zelfvertrouwen,... zijn meestal af te lezen van iemands gelaat. Volgens Van Meer, Van Neijenhof en Bouwers (2001) blijken non-verbale signalen een vijfmaal sterkere werking te hebben dan de verbale inhoud van een boodschap.

Met andere woorden: 'Er is sprake van communicatie wanneer een persoon (de ontvanger) betekenis toekent aan gedrag (verbaal en/of non-verbaal) van een ander (de zender)'.

Een normaal communicatiepatroon zou er als volgt uitzien:



Dit model is een schematische weergave van wat er in werkelijkheid gebeurt. In de communicatie ben je altijd tegelijkertijd zender en ontvanger. Hierdoor kan je de boodschap en feedback niet echt van elkaar scheiden.

Verstandelijk gehandicapten verschillen op het gebied van verbale en non-verbale communicatie in grote mate van niet-verstandelijk gehandicapte personen. De communicatie van een persoon met een verstandelijke handicap is minder gedifferentieerd, meer gefragmenteerd en in het algemeen beperkter. Mensen die een meervoudig complexe handicap hebben, kunnen geen normaal communicatiepatroon aangaan. Omwille van hun beperkte mogelijkheden hebben ze problemen als ontvanger: je zal dan ook anders communiceren met een blinde dan met een ziende. Je zal niet kunnen wijzen, schouders ophalen,...want deze informatie gaat door de visuele stoornis verloren. Mensen met een meervoudig complexe handicap hebben ook problemen als zender: wie bijvoorbeeld niet kan lopen, kan niet door ergens heen te gaan, duidelijk maken dat hij daarheen wil.

Bij interactief gedrag spelen verbale communicatieve vaardigheden normaliter een belangrijke rol. Het blijkt dat juist deze vaardigheden bij verstandelijk gehandicapten beperkt zijn, dat wil zeggen, er komen achterstanden voor die groter zijn dan dat het cognitieve ontwikkelingsniveau zou doen vermoeden. Geschat wordt dat 50% van de verstandelijk gehandicapte populatie kampt met ontbrekende taal of relatieve achterstanden op dat gebied (Reynolds & Reynolds, 1979).

Volgens Van Dam en Roemer (1999) moeten we bij mensen met een meervoudig complexe handicap letten op andere uitingen dan het spreken. Hoewel we ons er vaak niet bewust van zijn, is dit al een bekend gegeven voor ons. Als we met elkaar praten, luisteren we ook niet alleen naar de woorden. We letten onbewust ook op de toon waarop iemand spreekt, de houding,...

Bij mensen met een meervoudige complexe handicap komt er een sterker accent te liggen op het kijken naar lichaamstaal, omdat we veelal niet op de inhoud van het gesproken woord kunnen letten. Mensen met een meervoudig complexe handicap hebben ontwikkelingsmogelijkheden. De basis voor elke vorm van ontwikkeling is het tot stand brengen van communicatie en dit vergt van de omgeving een actieve luister- en kijkhouding en invoelingsvermogen. Meervoudig complex gehandicapten laten vaak geen actieve, bewuste communicatie zien. Hun stemmingen en voorkeuren zijn af te leiden van gezichtsuitdrukkingen, bewegingen en geluiden.

Het initiatief nemen tot communicatie zal vaak van de ouder, begeleider of behandelaar uitgaan. Voor personen die met mensen met een meervoudig complex handicap werken is het belangrijk dat ze rekening houden met de gedragingen van deze persoon. Denk hierbij aan bewegingen, fysiologische reacties, geluid, gezichtsuitdrukkingen, houding, kijken, spierspanning,... van de persoon met een meervoudig complexe handicap.

Naar het model van Shane-Verpoorten terug te vinden in Van Dam en Roemer (1999) onderscheiden we volgende niveaus in communicatie bij mensen met een meervoudige complexe handicap (zie Tabel 1-1):

Tabel 1-1: Niveaus in communicatie			
	Non-vocaal: Gebaren	Non-vocaal: schrift	Vocaal
Symbolisch	Officiële gebarentaal	Bliss-symbolen	Praten
	Handalfabet	Pictogrammen	Zingen
Pré-symbolisch	Modelvoorwerpen	Tekeningen	Imiterend verklanken
	Vervangende voorwerpen	Plaatjes	Aandacht trekken en vasthouden
	Aanwijzen en manipuleren van voorwerpen	Foto's	Gerichte vocalisaties (geen woorden)
	(natuurlijke) gebaren		
Non-symbolisch	Ruimtegebruik		Lachen
	Bewegen		Kreunen
	(aan)kijken		Zuchten
	Houding		Gillen
	Fysiologische reacties		Huilen

Wat zeer belangrijk is in de communicatie met een meervoudig complex gehandicapte is dat je je eigen tempo afstemt op dat van de cliënt. Stel dat je gewoon in je eigen tempo doorgaat, dan is de kans groot dat de communicatie voor de cliënt onbegrijpelijk is en zal hij afhaken. De cliënt kan hierdoor onzeker, boos of angstig worden. In het algemeen moet men er dus van uitgaan dat je je als persoon rustig moet opstellen in het bijzijn van een persoon met een meervoudig complexe handicap.

1.4 Muziektherapie

1.4.1 Inleiding

Het beroepsprofiel van de muziektherapeut kent volgende definitie toe aan muziektherapie.

“Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden met als doel verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen” (NVvMT, 2009).

Muziek heeft de unieke eigenschap om ons onmiddellijk in beweging te zetten, zowel fysiek (bij dansmuziek) als emotioneel (bepaalde muziek kan ons tot tranen toe beroeren). Primair beleven we muziek via ons gevoel en als een geheel: we horen melodie, ritme, dynamiek, klank en vorm doorgaans niet als afzonderlijke elementen. In de muziektherapie wordt juist wel gebruik gemaakt van deze muzikale elementen. Iedere melodie, klank, dynamiek, vorm en ieder ritme heeft zijn eigen werking op ons en kan juist in zijn eenzijdigheid als muzikaal geneesmiddel werkzaam zijn. Muziek zorgt voor beweging in het ziekteproces: ze heeft haar directe werking, losmakende, ontspannende, maar ook vormende en ordenende kwaliteiten. Muziek brengt ordening in fysieke, psychische en mentale processen. “Iedereen kan reageren op muziek, ondanks een ziekte of een handicap” (Nordoff P., Robbins C., 2010). De unieke kwaliteiten van muziek als therapie kan de communicatie bevorderen en een ontwikkelingsproces stimuleren (Smeijsters, 2006 p.306).

1.4.2 Muziektherapie bij MCG

Volgens Smeijsters (2006) is, binnen de kinder- en volwassenensector, het werken met meervoudig complex gehandicapten een belangrijk onderdeel van het werk van de muziektherapeut. “De muziektherapeut wordt hier ingezet om communicatie in verschillende vormen op gang te brengen, lichamelijke en geestelijke inspanning of ontspanning te stimuleren, isolatie te doorbreken en cognitieve en sociale vaardigheden in stand te houden (Smeijsters 2006, p.301).

Meervoudig complex gehandicapten leven in de lichaamsgebonden ervaringsfase. Meestal ervaren zij via hun lichaam hun wereld, voornamelijk verkennen ze hun wereld met hun mond. Er wordt vaak op individuele basis gewerkt met meervoudig complex gehandicapten. Voor deze doelgroep is hun eigen plek belangrijk. Ervaring leert dat ondersteuning in de muziek bij de individuele contactmomenten veiligheid en vertrouwen versterkt. Voorspelbaarheid is ook een belangrijke factor, door veel herhaling in te voeren worden bepaalde handelingen stilaan herkend. Na verloop van tijd groeit dan het besef ‘Als ik dit hoor dan...’.

De essentie in de muziektherapie ligt in het bijzonder op de afstemming van de therapeut op de cliënt. Er moet een grote betrokkenheid zijn in het ‘samen beleven’, de therapeut moet de afstemming van het belevingstempo van de cliënt goed aanvoelen. Er is sprake van een verbintenis die ook ruimte geeft aan de therapeut. De rode draad in de verbintenis tussen de muziektherapeut en de cliënt is de muziek. Muziek geeft de mogelijkheid tot ondernemend gedrag.

Het hanteren van basale contactervaringen is voor de muziektherapeut een belangrijke kern in het werken met deze doelgroep. Door deze basale afstemming is er meer en meer sprake van totale beleving. Een beleving die staat voor communicatie. Communicatie met jezelf, met de ruimte waarin je bevindt, met het materiaal dat gebruikt wordt, met de bewegingen die gezien en gevoeld worden, met de ander die je ziet, hoort en voelt en ten slotte met de muziek die de drijfveer is om die communicatie mogelijk te maken. Muziek kan de ervaring geven van ‘Oh, wat is dit mooi’. Dit kan je vaak aflezen aan iemands mimiek. Dit zijn zeer basale menselijke ervaringen. Deze ervaringen zetten deuren open voor andere ervaringen die betekenis kunnen geven aan het leven van de cliënt en de therapeut.

In het werken met MCG cliënten neemt de muziektherapeut volgende basishouding aan; hij stemt zich af op de cliënt, hij stelt zich invoelend op, hij observeert constant de cliënt en probeert de signalen die de cliënt geeft te interpreteren en daarnaar te handelen (Smeijsters, 2006).

Muziek is een non-verbaal medium waarin geoefend kan worden met non-verbale communicatie. Zowel jezelf laten horen d.m.v. een muziekinstrument als verschillende vormen van lichaamstaal (oogcontact, lichamelijk contact) kunnen contact stimuleren. Op deze manier kan de cliënt ook invloed uitoefenen op zijn omgeving (Smeijsters 2006, p. 303).

1.5 Methodes en werkwijzen

Gedurende dit onderzoek heb ik als muziektherapeute verschillende methoden gehanteerd. Dit heb ik gedaan omdat het werken met MCG cliënten voor ieder individu verschillend is en iedere cliënt een andere aanpak nodig heeft. Er kan geen handleiding geschreven worden voor het werk met deze doelgroep in het algemeen, ieder persoon met een meervoudig complexe handicap is uniek. Moest het toch voortkomen dat men twee gelijken vindt, is het nog maar de vraag of beiden evenveel affiniteit met muziek zouden hebben. Als muziektherapeute ben ik daarom aan het begin van mijn onderzoek uitgegaan van twee metamethoden: de componenten theorie van Hegi en de improvisatietechnieken van Bruscia.

1.5.1 De componententheorie van Hegi

Fritz Hegi is een muziek-, en psychotherapeut, muzikant, auteur en hoogleraar aan de universiteit voor kunst en pedagogiek te Zürich. Hij heeft de componententheorie ontwikkeld.

Hegi gaat uit van de gestaltpsychologie; “Het geheel is meer dan de som der delen en een verandering van een deel kan het geheel veranderen”. In de componententheorie beschrijft Hegi de werking van de muzikale componenten; ritme, klank, melodie, dynamiek en vorm.

De muzikale componenten worden beschreven aan de hand van hun diagnostische en therapeutische dimensie. De afzonderlijke componenten plaatst Hegi altijd in relatie met het geheel en hun invloed hierop (Smeijsters, 2006).

Door therapeutisch op de componenten in te werken kan er via een niet-cognitieve weg op een problematiek ingewerkt worden. Muziek wordt ingezet om zowel fysiek als emotioneel in beweging te worden gezet. De verschillende muzikale componenten kunnen innerlijke en uiterlijke beweging bewerkstelligen, hierdoor ontstaan er momenten waarbij het probleemgedrag van een persoon doorbroken kan worden.

In een behandeling komen alle componenten aan bod, er wordt steeds een nieuwe balans gecreëerd tussen de componenten. Hegi improviseert met de stoornis, hij versterkt de stoornis waardoor er bij de cliënt de natuurlijke drijfveer tot veranderen wordt opgeroepen. Door aan de hand van de componenten te werken wordt de eigenheid van een persoon gecomponeerd.

Ritme:

Ritme is leven, ritme is het element dat het meest met ons lichaam verbonden is. Ieder lichaam heeft zijn eigen ritme en tempo, belangrijk hiervoor zijn de pols- en hartslag en de ademhaling. Deze uiteten zich in hoe wij ons bewegen, lopen, slapen, dag- en nachtritme, spanning-ontspanning, "bio-ritme",... Ook onze omgeving heeft invloed op ons ritme. Denk hierbij aan het maandritme, jaargetijden. De allereerste ervaring met ritme ondervindt het ongebooren kind al; de hartslag van de moeder, de ritmische beweging in haar stem en het heen en weer wiegen als zij loopt.

Het ademritme verbindt Hegi aan de drieledigheid van muziek. Inademen – uitademen – rust, zou aan de grondslag liggen van de drieledigheid van muziek, denk hierbij aan de wals. De beweging neer-op-op van de drieledigheid in muziek heeft meestal een opgewekt karakter. De tweeledigheid in muziek, een mars, zou nauw verbonden zijn met het lopen en de hartslag. Deze beweging, op-neer; op-neer heeft veeleer een stabiliserend effect.

Het is onmogelijk voor een mens om zijn natuurlijke puls stabiel te houden, deze is altijd onderhevig aan kleine schommelingen. We worden vandaag de dag onderworpen aan maatschappelijke ritmes: ongeacht het jaargetij opstaan als de wekker gaat, 8 uur aan een stuk werken, hoge werkdruk,... Hierdoor raakt ons ritme van spanning/ontspanning, openen/loslaten verstoord. Het natuurlijke ritme wordt onderdrukt door oppeppers zoals koffie, thee of ontspanningsmiddelen zoals slaapmedicatie. Gevolgen hiervan zijn tal van psychische en fysieke klachten.

Door dit alles heeft ritme veel te maken met de polariteiten in een persoon, bijv. rust – beweging en de afwisseling hiertussen. Probleemgebieden die optreden hebben vaak te maken met leren indelen, plannen en structureren (Smeijsters, 2006). Het stereotiepe heen en weer schommelen van autisten, ziet Hegi als een ritmische compensatie voor het gebrek aan waarneming. Depressie en narcisme verbindt hij met een verwarring in het tijdsperspectief. Een gebrek aan beleving, wat betreft het waarnemen van de herhaling, ziet hij als desoriëntatie.

Het opnieuw ervaren van het eigen natuurlijke ritme kan leiden tot een groter lichaamsbesef en is belangrijk om de grond weer onder de voeten te voelen. Het eigen ritme geeft ook de eigen grenzen aan en de energie die een persoon in zich heeft.

Klank:

"Klang ist nicht nur ehrlich, er ist verräterisch, und er dringt durch alles durch, er ist in allem und jedem drin, allegegenwärtig, und nur Ignoranz, Abwehrmauern, Verdrängungen, Blockaden können ihn etwas zurückhalten, verstummen lassen, niemals jedoch zum Verschwinden bringen. Demzufolge ist Klang ein immaterielles, unstoffliches Phänomen, schwierig fassbar wie Energie oder Äther" (Hegi, 1986, p 68). Klank is verbonden met onze gevoelens, affecten en emoties. Klanken roepen gevoelens op en gevoelens worden in klank omgezet. Toch is klank een begrip dat moeilijk vatbaar is. Klank kan namelijk ook ontstaan als er verschillende tonen tegelijkertijd klinken, zoals bij akkoorden. Hier spreekt men dan over harmonie. Het samenklinken van tonen kan welbehagen uitlokken of net spanning opwekken, denk hierbij aan dissonante tonen. Hiertussen bevinden zich verschillende gradaties. De manier waarop we reageren, weerspiegelt ons gevoelsleven.

Een andere overeenkomst met het gevoel is dat klank alleen in het moment waarneembaar is en continu verandert, het laat zich niet grijpen maar wel voelen. Hegi (1986, p.78) zegt: "Das menschliche Gefühl aber ist unbegrenzt, amorph, verwandelbar und unberechenbar wie der Klang in der Musik". Gerelateerde problemen die verbonden zijn aan klank zijn volgens Hegi het blokkeren en vermijden van gevoelens, het blokkeren en vermijden van de psychosomatische expressie van gevoelens. Hegi vergelijkt de zieke mens met een ontstemd instrument, de therapeut heeft als taak de ontstemde

snaar te vinden en deze weer in een goede spanning te zetten. "Heilen heisst dann Aufspueren der Tendenz in jedem, die vorhandenen Kraefte so zurechtruecken, dass sie sich gegenseitig verstaerken, die Saiten wieder zum Schwingen bringen und durch Stimmung den vollen Klang entfalten"(Hegi, 1986, p93).

Melodie:

Hegi vergelijkt melodie met taal. Zo is het historisch gezien nog niet duidelijk of de mens eerst met woorden of eerst met tonen gecommuniceerd heeft. Tonen en taal lijken nauw aan elkaar verbonden te zijn. Iedere taal heeft zijn eigen soort taalmelodie die ontstaat door bepaalde woorden te beklemtonen. Als men dit heel erg overdrijft laat men een melodie ontstaan.

Taal is verbonden met denken. Taal staat voor iets: een opvatting, mening, gevoel,... Zo is het ook bij melodie; het is de uitdrukking van een mening, geschiedenis, overtuiging,... Melodie kent bepaalde wetmatigheden die cultuurgebonden zijn. Denken we bijvoorbeeld aan Indische ragas. Ze hebben een kenmerkende opeenvolging van tonen en melodie. De Indische cultuur kent vele duizenden verschillende ragas, de musicus gebruikt deze om van hieruit een improvisatie op te zetten, maar de grondstructuur blijft herkenbaar. Voor ons klinkt dit allemaal hetzelfde in de oren maar voor de geoefende luisteraar heeft iedere raga een eigen betekenis. Het is zoals een taal die alleen door hen gesproken en verstaan wordt. Dit is ook zo in onze cultuur, wij hebben ook bepaalde wetmatigheden. Denk hierbij aan een slaaplied waarbij de melodiehoog steeds van boven naar beneden gaat, in tegenstelling hiertoe heb je de naar boven gerichte melodie, deze drukt levendigheid, geluk, verwachtingen,... uit. Zo hebben ook de bouwstenen van onze westerse muziek, de intervallen (afstand tussen 2 tonen), een bepaalde werking en betekenis die afhankelijk is van de tijdsgeest. Veel intervallen die vroeger vanwege hun dissonantie verboden waren, worden vandaag de dag niet meer als dissonant ervaren. Hegi geeft de volgende betekenis aan onze intervallen:

- ❖ Het octaaf/prime: Betrouwbaar, objectief (C-C of do-do)
- ❖ Secunde: gemoed, de ontwikkeling (C-D of do-re)
- ❖ Tertst: grote en kleine, subjectief (C-E of do-mi)
- ❖ Kwart: open, niet-bindend, puur en uitnodigend (C-F of do-fa)
- ❖ Kwint: perfect, zuiver, definitief (C-G of do-sol)
- ❖ Sext: verbindend, opvullend, melancholisch (C-A of do-la)
- ❖ Septiem: spanning, vraagt om opgelost te worden (C-B of do-si)

Volgens Hegi geeft melodie een mening weer, melodie vertelt een verhaal; vertelt over de houdingen, tradities, wijsheden. Melodie haalt ook beelden, voorstellingen en fantasieën naar boven die in muziek tot uitdrukking kunnen komen. Melodieën zijn zeer persoonsgebonden. Iemand kan door middel van zijn eigen melodie uitdrukking geven aan gedachten of problemen die hij moeilijk kan verwoorden.

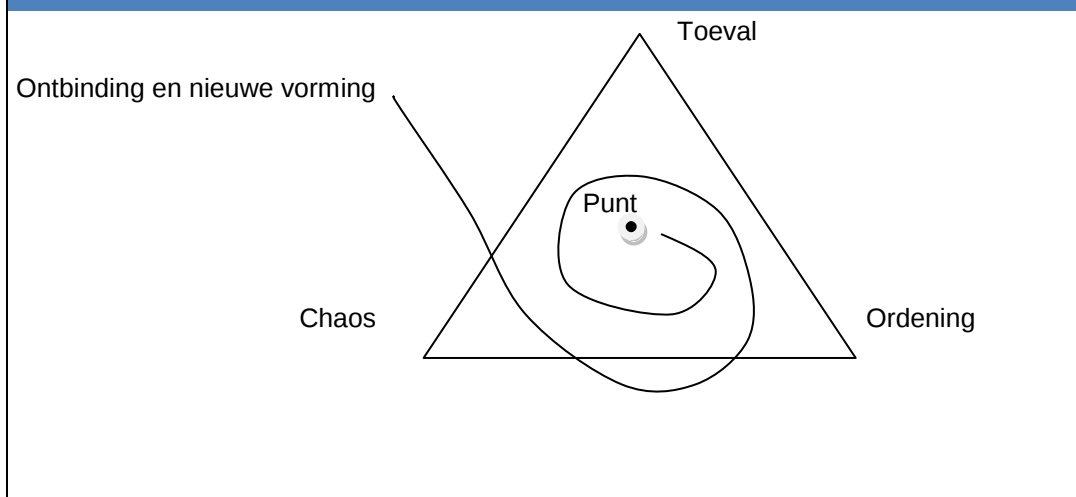
Vorm:

Met de component vorm verwijst Hegi niet naar de muziektheoretische vormleer, hij duidt hier op geometrische vormen. Vorm is de uiterlijke vorm. Ze is veelvoudig en veranderlijk, ze ontstaat en verdwijnt. Het therapieproces zal zieke mensen omvormen tot creatieve mensen, ze zullen de vormen die hen verplichtingen opleggen opgeven. Veranderingen en transformaties zijn innerlijke vormprocessen, systemen en ordening zijn uiterlijke vormgeving. In de improvisatie spreken we niet van valse bewegingen of valse tonen, alles geeft nieuwe ideeën. Improvisatie is de hoorbare figuur van de persoonlijke achtergrond. Binnen de improvisatie onderscheidt Hegi verschillende vormen: De "Beziehungs-improvisation" (de relatie improvisatie): De leidraad en de stromingspatronen van de spelvorm omvatten de relatie tussen de spelers onderling
 "Themenzentrierte improvisation" (thematische improvisatie): spelvormen die zich kunnen verdiepen in thema's die gerelateerd zijn aan de innerlijke problematiek van de cliënt.
 "Übungszentrierte improcisation" (oefeningsgerichte improvisatie): de spelvormen zorgen ervoor dat er een discussie kan ontstaan over het muzikale spel. Muziek en taal hebben namelijk beiden dezelfde wetten.

De geometrische vormen hebben een symbolische werking:

De cirkel betekent vast, perfect. Een cirkel die zich opent tot een spiraal vorm staat voor een nieuwe formatie die bindend is en tegelijkertijd procesgericht groeit. Een punt staat voor een stop, de kern. Het vierkant staat voor de constructies die we naar de buitenwereld toe laten zien, in tegenstelling tot de driehoek, deze refereert vooral naar ons innerlijke beweging. Hier vind men de chaos, orde en toeval die met elkaar in relatie staan, ze verwijzen naar onze gehele ontwikkeling (zie Figuur 1-1).

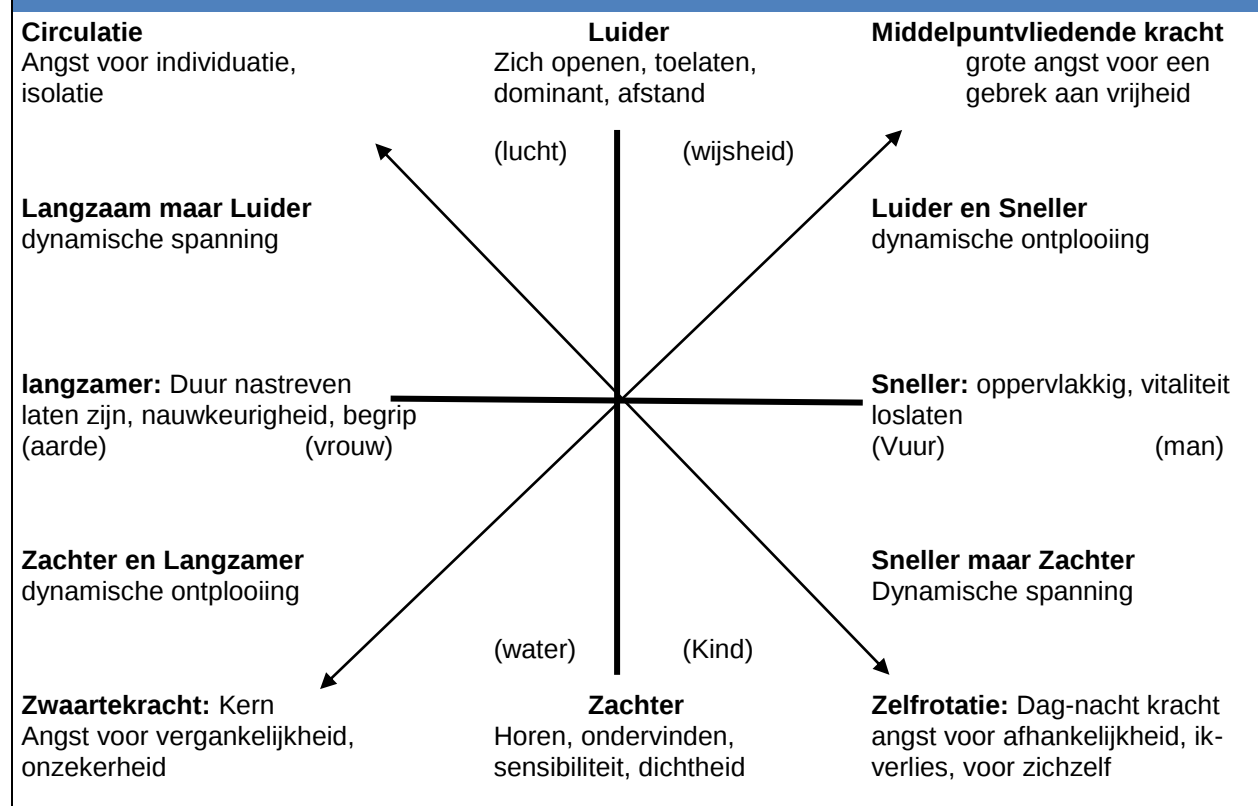
Figuur 1-1: De geometrische vormen volgens HEGI



Dynamiek:

“Dynamik bezeichnet das Spiel und die Wirkung von sich gegenüberstehenden Kräften. Sie ist Bewegung der Kräfte, gegeneinander, ineinander, voneinander weg”(Hegi 1986, p.126). Dynamiek behandelt de tegenover elkaar staande krachten die te maken hebben met wat mensen willen. Dynamiek is beweging, ze is niet herhaalbaar, ze is vormloos en vloeit voort uit het moment. Er zijn vier dynamische assen, de combinatie van ‘luid-zacht’ en ‘snel-langzaam’ kan in overeenkomsten of spanningen tot uitdrukking komen. Dit wordt verduidelijkt in Figuur 1-2.

Figuur 1-2: De dynamische verbanden



Met deze emotionele beeldspraak over dynamiek kan men in de muziektherapie aan de slag gaan om zo een evenwicht tussen de factoren te bereiken.

1.5.2 De improvisatietechnieken van Kenneth Bruscia

Kenneth Bruscia heeft een module ontwikkeld waarin 64 technieken voor improvisatie worden beschreven. Deze module is gericht op muziektherapeutische interventies. Kenneth Bruscia heeft het doctoraat in de muziek behaald, professionele certificeringen in de muziektherapie en heeft een belangrijke rol gespeeld op onderzoeksgebied in de muziektherapie.

Bruscia beschrijft het volgende over muziektherapie: "A characteristic feature of analytical music therapy is that the client's improvising is often stimulated and guided by feelings, ideas, images, fantasies, memories, events, situations, etc., which the client or therapist has identified as an issue needing therapeutic investigation. There 'titled' improvisations are programmatic or 'referential' in nature in that the music symbolizes or refers to something outside of itself" (Bruscia, 1987, p.116). Het improvisatiespel van de cliënt wordt vaak gestimuleerd en geleid door zijn gevoelens, ideeën, verbeelding, fantasieën, herinneringen, gebeurtenissen, situaties,... Het is aan de cliënt en de muziektherapeut om te onderzoeken waar de therapeutische noden liggen van de cliënt. Deze kunnen worden opgelost in de muzikale improvisatie.

Bruscia verdeelt zijn improvisatietechnieken onder in negen categorieën: technieken betreffende empathie, structurerende technieken, uitlokkende technieken, technieken om de leiding weer terug te nemen, technieken betreffende intimiteit, procedurele technieken, verwijzingstechnieken, technieken ten behoeve van het onderzoeken van emoties en gesprekstechnieken. Alle technieken die onder een van deze categorieën vallen zijn in Tabel 1-2 opgesomd. Verder worden er een aantal toe gelicht omdat zij belangrijk waren in het kader van het onderzoek voor deze scriptie.

Empatische technieken van Bruscia:

Pacing: Hier gaat de muziektherapeut het energieniveau van de cliënt overnemen, hiermee wordt dezelfde intensiteit of snelheid bedoeld. De muziektherapeut voert niet noodzakelijk dezelfde handelingen uit met muziek op hetzelfde moment. Maar de aandacht is gericht op de hoeveelheid en het verloop van de energie van de cliënt, niet de muzikale of emotionele inhoud van zijn gedrag.

Pacing wordt gebruikt om de cliënt weer fysiek contact met de omgeving te laten ervaren, om zelfbewustzijn te bevorderen, empathie te ontwikkelen en om de cliënt voor te bereiden op de mogelijkheid om naar andere energieniveaus over te stappen.

Imitatie: Hierbij is de muziektherapeut de echo of herhaling van de reactie van de cliënt nadat deze reactie was beëindigd. Hierbij kan de muziektherapeut zich richten op elk geluid, ritme, interval, melodie, beweging,... die de cliënt laat zien en/of horen. Imitatie is een techniek die selectief en voorzichtig moet worden ingezet. Imitatie wordt gebruikt om de cliënt te attenderen op de eigen acties en om de reactie of communicatie van de cliënt te versterken.

Synchronisatie: De muziektherapeut doet op hetzelfde moment wat de cliënt aan het doen is.

Synchronisatie gebeurt op verschillende niveaus. In de muzikale context vindt synchronisatie plaats wanneer de therapeut het ritme, de melodieën en/of de woorden laat samenvallen met die van de cliënt en in unisono blijft met de cliënt.

Onderzoeken van de emoties:

Dubbelen: De muziektherapeut geeft uiting aan gevoelens die de cliënt niet kan erkennen of volledig kan uiten. Deze techniek is bedoeld om onbewuste gevoelens van de cliënt in zijn/haar bewustzijn naar voren te brengen, om het volledig uiten van deze gevoelens te stimuleren, om de cliënt te helpen zijn/haar gevoelens als die van hem/haarzelf te erkennen en te accepteren. Deze techniek gaat verder dan pacing omdat het eerder overdrijft, dan dat het op gelijke intensiteit van de gevoelens van de cliënt zit.

Uitlokkende technieken volgens Bruscia:

Herhalen: Hier biedt de muziektherapeut hetzelfde ritme of dezelfde melodie enkele keren aan, ofwel doet hij dit opeenvolgend ofwel met korte tussenpauze. Het ritme of de melodie kan van de muziektherapeut komen of van de cliënt. De muziektherapeut koppelt hier vaak volgende doelen aan: een antwoord uitlokken of bepalen van een emotioneel klimaat of stemming.

'Modelling': De muziektherapeut vertoont of demonstreert een doelgedrag, gevoel, kwaliteit,... voor de cliënt om na te streven. Dit kan betekenen: het bieden van een muzikaal motief of een beweging die de cliënt kan imiteren. Deze techniek wordt gebruikt als er een specifieke respons is die de cliënt moet ontwikkelen en het voor de muziektherapeut passend en mogelijk is om dit model te verschaffen.

Ruimte maken: Bij deze techniek improviseert en verschaft de muziektherapeut ruimte binnen de structuur van de improvisatie, om de cliënt zo de gelegenheid te geven om te antwoorden of geluiden in te vullen.

Tussenvoeging: met andere woorden, tussenvoegingen. De muziektherapeut blijft stil en improviseert alleen als de cliënt een pauze houdt, waardoor de cliënt de eerste verantwoordelijke is voor de improvisatie. Een tussenvoeging is het commentaar van de muziektherapeut op de voorafgaande frase en zijn afwachting van de volgende. Deze techniek wordt gebruikt om continuïteit te verschaffen aan de improvisatie, ergens de aandacht aan te geven van op een veilige afstand en om bereidheid aan te geven, om steun te verlenen.

Uitbreiding: Dit is een uitbreiding in een muzikale context; de muziektherapeut verlengt de zin van de cliënt. Dit kan bereikt worden door het toevoegen van een geluid aan het einde van een zin of door het toevoegen van een overlappende zin. Deze techniek wordt gebruikt om de cliënt te helpen een compleet gevoel of idee te uiten en om continuïteit te verschaffen aan de improvisatie.

Afronden: dit is het afronden, de muziektherapeut beantwoordt de muzikale vraag van de cliënt of voltooit hem.

Tabel 1-2 De 64 improvisatietechnieken van Bruscia (categorie 1 t/m 5)

Empathie	Structurerend	Uitlokkend	Leiding terug nemen	intimiteit
Imitatie	Ritmische basis	Herhalen	Introduceren van een verandering	Hetzelfde instrument
Synchronisatie	Tonaal centreren	Modelling	Differentiëren	Aanbieden van een geschenk
Incorporatie	Shaping	Ruimte maken	Modulatie	Bonding
Pacing		Tussenvoeging	Intensiveren	alleenspraak
Reflecteren		uitbreiding	Kalmering	
Overdrijven		Het afronden	Tussen beide komen	

De 64 improvisatietechnieken van Bruscia (categorie 6 t/m 9)

Procedurele technieken	Verwijzing	Onderzoeken van de emoties	gesprekstechnieken
Gelegenheid geven	Pairing	Vasthouden	Verband leggen
Verschuiving	Symboliseren	Dubbelen	Probing (porren)
Pauzes inlassen	Recollecting	Contrasteren	Verduidelijken
Het zich terugtrekken	Vrij associëren	Overgangen maken	Samenvatten
Experimenteren	Projecteren	Integreren	Feedback
Dirigeren	Fantaseren	Sequencing	Interpreteren
Instuderen	Vertellen van verhalen	Splitting	Verwerken van geheel
Uitvoeren		Overdracht	Reinforcing (versterken)
Terugspelen		Nemen van een rol	Confronteren
Verslag doen		verankeren	onthullen
Analogiseren			

2 Onderzoeksontwerp

2.1 Vraagstelling

De beschreven resultaten van de literatuurstudie hebben geleid tot een algemene beschrijving van de verschillende handicaps. De bijkomende problemen bij mensen met een meervoudig complexe handicap. Ze hebben een beeld geschetst over muziektherapie in het algemeen alsook bij mensen met een meervoudig complexe handicap en tot slot werden er twee metamethodes toegelicht die handig blijken te zijn om in te zetten bij deze doelgroep. Te noemen: Bruscia en Hegi.

Om met bovenstaand materiaal aan de slag te gaan in de praktijk bij Lien, ben ik tot volgende vraagstelling gekomen.

“Welke componenten in de muziek bewerkstelligen bij een adolescente vrouw, die meervoudig complex gehandicapt en niet communicatief is, dat interactie uitgelokt wordt.”

2.2 Doelstellingen

Er wordt vandaag de dag steeds meer onderzoek gedaan naar meervoudig complex gehandicapten. Nationale onderzoeken, die op muziektherapeutische basis zijn berust, blijven voor een groot deel achterwege en in opleidingen 'creatieve therapie' ligt de focus niet op de verstandelijk gehandicaptenzorg. Mijn onderzoek heeft als doel om een nieuw werkmodel te ontwikkelen dat het mogelijk maakt om interactie uit te lokken door middel van de muzikale componenten, om op deze manier de interactie met een cliënt met een meervoudige complexe handicap te bewerkstelligen.

Dit actiegericht onderzoek zal kennis, die in de praktijk bestaat en in de theorie beschreven wordt, bij elkaar zetten, zodat hieruit een nieuw werkmodel kan komen. Het nieuwe werkmodel kan andere (toekomstige) muziektherapeuten inspireren om aspecten van mijn nieuwe werkmodel: uit te breiden, bij te stellen, te bevestigen of te integreren in hun bestaande werkmodel. Het nieuwe werkmodel draagt bij aan mijn eigen professionalisering, omdat het actiegericht onderzoek mij nieuwe inzichten zal verschaffen. Door het werkmodel wat uit mijn actiegericht onderzoek zal voortkomen hoop ik een duidelijk en verantwoord overzicht te geven van een nieuw werkmodel dat inzetbaar is bij meervoudig complex gehandicapten.

Tot slot hoop ik met dit onderzoek een duidelijk, concreet onderbouwd en beargumenteerd onderzoek te leveren. Muziektherapeuten of geïnteresseerden kunnen hieruit dan hopelijk informatie halen over muziektherapie ter bevordering van de interactie bij meervoudig complex gehandicapten. Ze hebben misschien ook baat bij de gebruikte technieken en methoden, om zo met deze doelgroep aan de slag te gaan. Zo kunnen zij hun werk met deze doelgroep beter of meer onderbouwen.

2.3 Onderzoekstype en onderzoeksmethode

De vraagstelling die geformuleerd is vraagt om een zoekproces dat gebaseerd is op denken, intuïtie en creativiteit en waarin er op een systematische manier gegevens worden verkregen, gebruikt en geanalyseerd, met als doel kennis te verzamelen. (Migchelbrink F., 2001 p.16).

De onderzoeksmethode bepaalt de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd. In dit geval spreken we van een actiegericht onderzoek. De vraagstelling die geformuleerd is, vraagt om een onderzoek dat gericht is op het verkrijgen van kennis uit de praktijk en het ontwikkelen van nieuwe inzichten die er nog niet zijn (Migchelbrink, 2007).

“Bij een ontwikkelingsonderzoek gaat het om het door middel van onderzoek ontwikkelen en verbeteren van het (eigen of anderzins) beroepsmatige handelen. Ontwikkeld wordt bijvoorbeeld een observatieschaal, indicatiestelling, werkwijze, behandelproduct enzovoort. Het ontwikkelingsonderzoek gaat verder dan inventariseren omdat door analyse en integratie nieuwe kennis tot stand komt” (Smeijsters, 2008 p.368). In dit ontwikkelingsgericht onderzoek werd er eerst gekeken naar hoe Lien reageert op de vijf componenten binnen de muziek. Aan de hand van haar reactie(s) werden de werkvormen uitgediept, aangepast of veranderd. Ontwikkelingsonderzoek is het zoeken naar wat voor soort plan er gemaakt moet worden. In dit geval was dit de vijf componenten binnen muziek uitlokkend inzetten bij Lien om zo te zoeken welke component(en) de meeste interactie zou(den) bewerkstelligen.

Het nieuwe werkmodel zou duidelijk maken hoe een muziektherapeut interactie kan uitlokken door middel van de muzikale componenten, bij een cliënt die meervoudig complex gehandicapt is en niet communicatief om zo de interactie te bewerkstelligen.

De uitvoering van de acties in een onderzoek moet in nauwe samenwerking met betrokkenen uit de praktijk gebeuren (Smeijsters, 2008, p.384). De uitvoering van de onderzoeksacties bij dit actiegericht ontwikkelingsonderzoek zijn in samenspraak met de volgende deskundigen gebeurd: Janet Graham, Inga Segers en Inge De Geyter. Met hen kon ik mijn bevindingen delen en ze gaven me kritische reactie op mijn onderzoek. Andere betrokkenen waren Lien haar ouders en haar persoonlijke begeleider en de begeleiders van 't Trapke (de dagopvang). Ook zij werden nauw betrokken bij dit onderzoek.

2.4 Voorfase en oriëntatiefase

In deze voorfase worden de direct betrokkenen beschreven, het actieonderzoek-netwerk en mijn entree als onderzoeker hierin.

Migchelbrink (2007, p. 157) "de direct betrokkenen of situationeel betrokkenen (de personen die onderdeel zijn van het probleemveld waar het probleem speelt, bijvoorbeeld bij huisvestingsproblemen de inwoners)". De direct betrokkene is dus de persoon die onderzocht zal worden, in dit actiegericht onderzoek is dat Lien. Het probleem van slechte interactie en geen mogelijkheid tot communicatie speelt zich bij haar af.

"Actiegericht onderzoek wordt uitgevoerd door en met actieonderzoek-netwerk. Dit is een groep mensen die met het actiegerichte onderzoek van doen hebben. De samenstelling van dit netwerk en de centrale rol in dit sociale netwerk verschillen nogal" (Migchelbrink 2007, p 155).

Migchelbrink (2007) beschrijft volgende actoren die deel uitmaken van het actieonderzoek-netwerk: *De opdrachtgever*, dit is de opleiding creatieve therapie, zij leggen de opdracht op aan vierdejaars studenten om een eindwerk te schrijven. In opdracht van hen heb ik dit actiegericht onderzoek uitgevoerd. *De initiatiefnemer, probleem aanbrenger en actieonderzoeker* ben ikzelf, ik heb het initiatief genomen om de problematiek die speelt bij Lien in actiegericht onderzoek aan te pakken. *De probleemhebber(s)/probleemdrager(s)*, dit is Lien zelf, de ouders en begeleiding van Lien, zowel haar persoonlijke begeleider als haar begeleiding op haar dagverblijf 't Trapke. Zij kampen dagelijks met het probleem dat Lien geen tot weinig interactie kan aangaan. *De indirect betrokkenen* zijn in dit actiegericht onderzoek andere deskundigen. Ik denk hierbij specifiek aan Inga Segers (muziektherapeut bij soortgelijke doelgroep), Janet Graham ('Head Music therapist of Nordoff-Robbins North-East England') en Inge de Geyter (logopediste van Lien), zij hebben mij feedback gegeven en didactisch materiaal aangereikt. *De doelsysteemactoren* zijn de personen die in het dagelijkse leven te maken hebben met Lien. Zij kunnen bevindingen of resultaten van mijn actiegericht onderzoek, toepassen in het dagelijkse leven, om zo Lien te stimuleren of te helpen in het bevorderen van haar interactie. Ze kunnen onder andere proberen om kleine prikkels van Lien op te vangen en hier met stemgeluid op te reageren, het is belangrijk dat ze Lien laten blijken dat het hen opgevallen is dat ze de prikkel bij Lien hebben waargenomen.

In dit actiegericht onderzoek heb ik als onderzoeker mijn onderzoek-netwerk grotendeels zelf kunnen bepalen. De ouders en persoonlijke begeleider van Lien waren me niet onbekend. Ik moest enkel nog kennis maken met de medewerkers van het dagverblijf, Inge de Geyter en Janet Graham. Veel van deze actoren hadden ook al een bepaalde onderlinge verhouding. Denk hierbij aan de communicatie tussen de ouders van Lien en de persoonlijke begeleider, en de ouders van Lien en de medewerkers van het dagverblijf en haar logopediste.

De belangrijkste aandachtspunten als onderzoeker in de voorfase is de relatieopbouw met de betrokkenen in het actiegericht onderzoek. De relatieopbouw moest uitmonden in een voor de onderzoeker en betrokkenen duidelijk herkenbare, vertrouwelijke en gelijkwaardige relatie. Een relatie waarin de betrokkenen en ikzelf als onderzoeker, vanuit onderlinge betrokkenheid open en eerlijk konden communiceren en met elkaar in dialoog konden treden. Zulke relaties moesten natuurlijk groeien, en hier moest steeds aan gewerkt worden. Migchelbrink (2007) raadde hiervoor de volgende houdingen en gedragingen aan; belangstelling en interesse tonen in de ander, aanvaardend, niet oordelend en respectvol reageren op de ander, tactvol zijn in de gesprekscontacten en de omgang, actief 'luisteren' naar de ander en terughoudend zijn met eigen opvattingen en voorkeuren.

Door me op deze manier op te stellen naar de actoren, heb ik een goede relatie met hen opgebouwd

gedurende dit actiegericht onderzoek. Ze hadden alle vertrouwen in mij en in de onderzoekscompetenties, de onderzoeksgang en vertrouwen in hetgeen het onderzoek mezelf en sommige onder hen zou kunnen opleveren.

2.5 Diagnostische fase

De diagnostische fase vloeit voort uit de oriëntatiefase. Het wezenlijke verschil is de rol van de onderzoeker. In de diagnostische fase stel je inderdaad samen met het onderzoeksnetwerk het probleem vast en vanuit daar ook de gewenste situatie. Op basis daarvan bepaal je hoe je, in jullie geval, muziektherapeutisch gaat starten om de situatie in de gewenste richting te veranderen”(I. Pénzés, persoonlijke mededeling, 19 mei 2010).

Aan het begin van dit actiegericht onderzoek ben ik samen met de ouders en persoonlijke begeleidster van Lien rond de tafel gaan zitten. Aan de hand van het synthese verslag en hun jarenlange ervaringen met Lien waren we tot de volgende punten gekomen die wel eens van belang konden zijn voor dit actiegericht onderzoek:

Door de komst van de persoonlijke begeleidster Tinne de Loy is Lien actiever geworden. Ze gaan samen naar festivals en doen samen dingen die jongeren van Lien haar leeftijd doen. Voordat Lien een persoonlijke begeleidster had was Lien eerder passief. Het wijst er dus op dat muzikale activiteiten Lien activeren. In de dagopvang 't Trapke is Lien meestal goedgezind. Ze is erg sociaal gericht en houdt van de aandacht die ze krijgt van de medewerkers.

Gezien haar motorische en visuele beperkingen kan ze slechts te beperkt initiatief nemen tot contact. Lien krijgt op 't Trapke een muzikaal aanbod van Inge de Geyter, haar logopediste, zij stelt ook vast dat Lien erg geniet van muziek, ze straalt dan als geen ander. Ze vind het opmerkelijk dat Lien zo houdt van de contrasten in de muziek (luid/zacht, snel/langzaam, hoog/laag). De vaktherapeutische kennis ontbreekt haar helaas om dit aan iets toe te schrijven. Volgens de ouders van Lien is er een bewustzijn aanwezig. Lien reageert op sommige woorden heviger dan op anderen en weet volgens hen heel goed als er iets gaat gebeuren. Het grootste probleem van Lien is dat ze niets actief of verbaal kan aangeven, vaak weten we niet hoe ze zich voelt of wat er in haar omgaat als ze huult. Het is lastig om een actieve interactie met haar aan te gaan omdat de spanningsbogen te lang zijn en haar reactievermogen ernstig vertraagd is. Hierdoor vangen we prikkels die Lien uitstraalt of aangeeft niet goed op of merken we het niet.

De ideale gewenste situatie zou zijn dat Lien dingen zou kunnen aangeven. We realiseerden ons al snel dat dit doel veel te hoog gegrepen was. Daarom hadden we als uitgangspunt genomen om te kijken welk muzikaal of welke muzikale componenten bevorderend werken voor de interactie tussen Lien en de muziektherapeute. Voor de muziektherapie hield dit in dat de muziektherapeut ging zoeken naar het muzikale component dat het meest uitlokkend werkte, in dit geval bij Lien. Er zouden hiervoor vier sessies per component gegeven worden. Dit hield dus in dat er twintig sessies onderverdeeld werden over de vijf componenten, vier sessies ritme, vier sessies klank,... Lien zou op korte tijd zeer intensief betrokken worden in een muziektherapeutisch proces.

De rol die ik innam als onderzoeker werd in deze fase veranderd. Het werd nu belangrijk dat alle betrokkenen een duidelijk overzicht kregen van het actiegericht onderzoek. Dat ze duidelijk wisten wat hun aandeel was in het onderzoek en dat ze op de hoogte gehouden werden van eventuele veranderingen/vernieuwingen in het onderzoek.

3 Het actiegericht onderzoek

3.1 Ontwikkelfase

In de ontwikkelfase wordt beargumenteert hoe het project gerealiseerd is, denk hierbij aan: hoe, waar, wanneer, wie... Tevens wordt de rol als onderzoeker bijgesteld en er wordt een overzicht gegeven van hoe de data van dit actiegericht onderzoek zijn vastgelegd. Migchelbrink (2007, p.179) omschrijft de ontwikkelfase als volgt: "Deze fase staat voor het maken van een plan voor het verbeteren van de bestaande situaties of het huidige handelen. In deze fase is de vraag: wat moet en kan er gebeuren om te komen tot de gewenste situatie?".

De uitvoering van het actiegericht onderzoek heeft plaats gevonden op drie locaties, bij Lien haar thuis in Oost-Ham, in dagopvang 't Trapke te Heusden-Zolder en in de muzieklokalen te Hasselt. De muzieklokalen te Hasselt zijn onderdeel van de muziekateliers van Lommel waar ik als muziektherapeute actief werk, op deze locatie gingen de sessies iedere zaterdagvoormiddag door, ik beschikte hier over een breed scala aan muzikaal materiaal. De eerste twee sessies zijn bij Lien haar thuis doorgegaan omdat het onderzoek anders niet zou uitgevoerd kunnen worden in de opgegeven tijd. Bij Lien haar thuis beschikte ik over een muzieklokaal dat als 'repetitiekot' gebruikt werd door haar broer. Hierdoor beschikte ik over een drumstel, gitaren, marimba, klein percussie materiaal...

Om intensieve therapie te kunnen geven was één locatie te weinig, dankzij de hulp van Liens ouders werd het mogelijk om tweemaal in de week therapie te geven in de dagopvang van Lien, 't Trapke. Hier komt Lien iedere werkdag van 9u00 tot 16u00. Ik werd in de gelegenheid gesteld om Lien iedere maandag, woensdag en af en toe vrijdag muziektherapie te geven. Lien verblijft in de dagopvang in een groep met vijf andere jongeren die meervoudig complex gehandicapt zijn. Deze leefgroep gaat tot de leeftijd van eenentwintig. De activiteiten die hen hier aangeboden zijn onder andere logopedie, fysiotherapie, snoezelen, uitstapjes maken... In totaal zouden er twintig sessies gegeven worden over een periode van zeven weken, per muzikaal component zouden dit dan vier sessies zijn. Één sessie zou +/- 45 minuten duren. In bijlage één vindt U een duidelijke tijdstabel waar de sessies in omschreven staan. Het spreekt voor zich dat ik tijdens dit onderzoek zeer flexibel heb moeten zijn, dit omdat ik met vele instanties te maken had. Soms viel er wel eens een sessie weg door een onvoorziene omstandigheid. Gelukkig werden we hiervoor al gewaarschuwd op de opleiding, 'onderzoek verloopt altijd anders dan dat je verwacht, zorg daarom dat je een ruim tijdschema hebt'. Hier had ik niet zo een rekening mee gehouden, uiteindelijk waren er maar zeventien sessies van de twintig doorgegaan wegens onvoorziene omstandigheden. Maar gelukkig heeft me dit niet beperkt om tot de gewenste resultaten te komen. Flexibel zijn betekende ook voor mezelf als onderzoeker dat ik met onvoorziene omstandigheden tijdens een sessie te maken kon krijgen, denk hierbij aan een epileptische aanval, een huilbui, een andere gemoedstoestand... Hierdoor moest ik in staat zijn om mijn voorbereiding van de sessie los te laten en bij te stellen op dat moment zelf. Het idee om iedere sessie aan een muzikaal component te koppelen werd hierdoor veranderd, het bleek effectiever te zijn om niet te richten op één component maar om met de empathische en uitlokkende technieken van Bruscia aan de slag te gaan. Vanaf sessie tien ben ik daarom gaan richten op de empathische en uitlokkende technieken van Bruscia, waarna geanalyseerd zou worden welk component er op de voorgrond stond tijdens de sessie. Ook het muzikale materiaal had ik vanaf sessie tien beperkt tot hoofdzakelijk piano en het gebruik van de eigen stem. Hoe ik tot deze beslissingen gekomen ben vindt U terug in mijn discussie.

Een goede en nauwe samenwerking met het onderzoek-netwerk in dit actiegericht onderzoek was noodzakelijk, de ontwikkelde ideeën werden meestal samen doorgesproken en later uitgewerkt in een verbeterplan. Hun feedback was belangrijk om zaken bij te stellen en nieuwe inzichten te krijgen. Reflectie was in dit actiegericht onderzoek dus van belang. Reflecteren is een zelfonderzoek dat gericht is op het leren van houdingen, vaardigheden en ervaringskennis. "Reflectie is een weloverwogen proces van denken over en interpreteren van ervaringen met als doel het eigen handelen beter te doorgronden en hiervan te leren"(Migchelbrink, 2007, p. 171).

Door gezamenlijk met de ouders en persoonlijke begeleidster van Lien te reflecteren, leerde ik om mijn eigen situatie en handelen te beschrijven en dit vanuit de derde persoon te bekijken. We leerden veel van elkaar, door onze verschillen zoals: een andere plaats in de omgang met Lien, een andere expertise en/of ervaringen met de doelgroep, achtergrondkennis en de hieruit volgende verschillen in onze meningen. Later ging ik dit reflectieproces ook met de deskundigen bespreken. Smeijsters (2008, p.365) en Migchelbrink (2007, p.177-192) benadrukken beiden het belang van een kritische

reflectie, om het onderzoek betrouwbaar en waarheidsgetrouw te maken, is een kritische houding van de onderzoeker gewenst alsook van zijn onderzoek-netwerk. Dit vroeg veel moed, ik moest kritisch zijn op mezelf, op de manier van dataverzameling, data-analyse, op literatuur... Maar uiteindelijk zou dit het onderzoek ten goede komen. De verzamelde data, bevindingen werden vastgelegd op schrift en op video. De vastgelegde gegevens in hun ruwe vorm maakte nog niet mogelijk dat er meteen antwoorden kwamen op wat dit actiegericht onderzoek te weten wilde komen. Door een goede bewerking, ordening en analyse van de gegevens en beeldresultaten werd dit pas mogelijk. Via het bekijken van het beeldmateriaal, het logisch redeneren van mezelf en in overleg met de deskundigen kwamen er nieuwe inzichten ter verbetering van het werkmodel. Analyseren van beeldmateriaal is speurwerk. Tijdens de analyse probeerde ik opvallende zaken, samenhangen en patronen in de beeldmaterialen te ontdekken. Na iedere sessie hield ik voor mezelf bij in mijn logboek wat er tijdens de sessie gebeurd was, hierbij vroeg ik mezelf volgende dingen af (reflectieproces):

- ❖ Wat wilde ik bereiken in deze sessie?
- ❖ Is dat gelukt?
- ❖ Hoe weet ik dat?
- ❖ Is dit terug te zien?
- ❖ Kan ik dit verklaren?
- ❖ Wat leer ik hiervan voor de volgende keer?

Ik schetste kort in het heen en weer schrift met de ouders wat mijn belangrijkste bevindingen waren tijdens de sessie en vroeg hen iedere keer weer of zij veranderingen hadden waargenomen bij Lien. Eenmaal thuis gekomen begon ik aan de analyse van mijn beeldmateriaal. Nauwkeurig rapporteren, analyseren en beschrijven is van belang bij onderzoek. Om het kwaliteitscriterium 'authenticity' te waarborgen, is zorgvuldigheid een vereiste. Migchelbrink (2007) omschrijft dat wanneer data en bevindingen niet nauwkeurig bijgehouden worden er niet gesproken kan worden van een betrouwbaar onderzoek. Al bij al heb ik me als onderzoeker steeds weer nieuwsgierig, op zoek naar nieuwe kennis en experimenteel opgesteld om tot verbetering te komen van dit onderzoek. Als ik met Lien aan de slag ging had ik twee rollen, ik was onderzoeker maar op de voorgrond stond mijn rol als therapeute. In mijn therapeutische rol was het belangrijk dat ik empatisch alsook directief handelde, hierover leest U ook meer in de discussie.

In dit actiegericht onderzoek is er op veel manieren gebruik gemaakt van dataverzamelings-technieken. Het meest voor de hand liggend was mijn onderzoeks-netwerk, hierbinnen kon er over respondenten en deskundigen gesproken worden. Onder respondenten verstond ik de ouders en begeleiding van Lien, bij hen kon ik navraag doen over hun ideeën, opvattingen... over wat zij vonden en dachten van de vraagstelling die geformuleerd was. Waar zagen zij mogelijkheden en tekortkomingen, hoe ervoeren zij dit actiegericht onderzoek? De deskundigen die betrokken waren in dit onderzoek, denk hierbij aan Inga Segers, Janet Graham en Inge de Geyter, waren de personen met kennis en informatie op gebied van de problematiek die er speelde bij Lien, zij waren de ervaringsdeskundigen. Hieronder volgen enkele aanbevelingen, gedachtesgangen, ideeën... van de respondenten en deskundigen die betrokken waren in dit actiegericht onderzoek.

- ❖ "Inge de Geyter gaat vooral belangrijk zijn voor je onderzoek als hulp, ze kent Lien al heel lang, dus ze kan heel goed verandering waarnemen" (Ouders van Lien, persoonlijke mededeling, 8 maart 2010).
- ❖ "De sessies in 't Trapke waren een heel goed idee. Lien voelt het als speciaal, iets voor haar alleen, omdat ze belangrijk is. Ze is echt fier dat ze daar iets heeft wat de andere niet hebben. Ik zie hoe blij ze reageert als we er nog iets van zeggen" (Ouders van Lien, persoonlijke mededeling, 12 maart 2010).
- ❖ "We zijn ook aan het experimenteren met klank, weerklink, erg leuk! Werk hier op verder (klank, weerklink?" (ouders van Lien, persoonlijke mededeling, 24 maart 2010).
- ❖ "Een leuke bevinding: Ik ging met Lien naar een optreden, dadoadadam, Japanners met grote trommels en gigantische stokken en dus veel lawaai. Lachen, gieren, roepen en veel verrassingseffecten. Er was ook een rustig stuk met een danseres en dwarsfluit, hierdoor werd het redelijk stil in de zaal maar Lien bleef gewoon heel luid roepen. Ik zei haar dat ze dat mocht als er veel lawaai was maar dat ze stil moest lachen als het stil was. En... dat deed ze, echt super! Ook zocht ze steeds contact met me, zodat ik haar kon vertellen wat er gebeurde, dat ze zich bijv. klaar moest maken voor een grote knal. Telkens als het redelijk stil was draaide ze haar hoofd naar mij en verwachtte ze duidelijk iets van mij. Op een keer kwam zelfs

haar hand op mijn been kloppen! (Ik weet niet of dit allemaal nieuw is maar dankzij jou, observeer ik dit, en stel ik dit vast" (Mama van Lien, persoonlijke mededeling, 4 april 2010).

- ❖ "We vertelde op consultatie bij prof. Lagae in Leuven over jou onderzoek. Hij vindt het schitterend dat iemand gedacht heeft aan de mogelijkheid om een communicatie-mogelijkheid te onderzoeken bij Lien. En natuurlijk is muziek inderdaad een logische stap naar..." (Ouders van Lien, persoonlijke mededeling, 29 april 2010).
- ❖ "I'm very surprised that anyone in the Netherlands has heard of my work. I haven't written much, though it's true that very few people have written about music therapy with nonverbal people. It's difficult to get funding in the UK too, and Adult Learning Disability is not regarded as a priority client group with most people" (J. Graham, persoonlijke mededeling, 7 april 2010).

Andere databronnen die relevant waren voor mijn actiegericht onderzoek vond ik terug in reeds bestaande documenten, denk hierbij aan het syntheseverslag van 't Trapke en het medische dossier van Lien, ook literaire werkstukken en databanken op school gaven me de kans om me te verdiepen in de problematiek van Lien en de behandelmethodes.

3.2 Evaluatie

Alvorens te beginnen aan de evaluatie acht ik het noodzakelijk dat ik dit begrip even toelicht. Evalueren betekent 'op waarde schatten', de waarde of kwaliteit bepalen van iets (Migchelbrink, 2007, p.191). Migchelbrink (2007) onderscheidt de productevaluatie en de procesevaluatie. In de procesevaluatie wordt er een beschrijving en beoordeling gegeven van de verschillende onderdelen of stappen die er in het handelen gebeurd zijn. Voor dit onderzoek hield dit de nabesprekingen in en het bijhouden van het logboek. De productevaluatie bestaat uit het beschrijven en beoordelen van de uitkomst of resultaten van de acties; wat heeft het handelen opgeleverd en was dit in overeenstemming met de gestelde doelen? Dit gebeurde aan de hand van het videomateriaal. Dit werd voorgelegd aan de verschillende betrokkenen uit dit onderzoek.

Behalve dat ik mezelf als muziektherapeute voortdurend de vraag had gesteld of de aangeboden werkvormen en de daarbij gebruikte technieken de doelstelling kunnen beantwoorden, heb ik mezelf ook afgevraagd of de werkvormen en technieken wel effectief waren om de doelstelling te behalen. Om niet alleen met deze vragen te worstelen heb ik de hulp ingeroepen van deskundigen en respondenten die actief betrokken waren in dit actiegericht onderzoek. Deze personen waren zoals eerder al omschreven, de ouders en begeleiders van Lien, Inga Segers, Janet Graham en Inge de Geyter.

Smeijsters (2008), kent volgende criteria toe voor het leveren van een kwalitatief en bruikbaar onderzoek: validiteit/credibility, transferability, dependability, confirmability en authenticity. *Validiteit* ook wel *credibility* genoemd heeft te maken met het vertrouwen dat gesteld kan worden in de onderzoeksresultaten en de handelwijze van de onderzoeker. Dit is gedurende mijn onderzoek een belangrijk kwaliteitscriterium geweest. Samen met mijn onderzoek-netwerk heb ik dit kwaliteitscriterium vorm gegeven door eerlijk en echt te handelen, hun feedback ten harte te nemen en deze te verwerken in mijn actiegericht onderzoek om zo tot een betere kwaliteit te komen. *'Transferability'* heeft te maken met de relevantie van het onderzoek. Het is belangrijk dat het onderzoek toegankelijk en begrijpelijk is voor andere disciplines. Dit kwaliteitscriterium is belangrijk voor het profileren van vaktherapeutische beroepen en voor het bruikbaar maken van de resultaten voor andere disciplines. Dit onderzoek is zo gevormd dat wanneer iemand het leest die geen verstand heeft van vaktherapie het toch kan begrijpen, daarom voldoet het onderzoek ook aan deze kwaliteitscriteria. Ik help door dit onderzoek ook andere (student)vaktherapeuten en onze tak van de muziektherapie om een beter beeld te krijgen van een mogelijk werkmodel bij mensen met een meervoudig complexe handicap.

'Dependability' ook wel betrouwbaarheid genoemd betreft volgens Migchelbrink (2007) het vertrouwen in de werkwijze tijdens het onderzoek. Hierbij gaat het om de nauwkeurigheid en de zorgvuldigheid in de manier van werken. Ik heb aan dit kwaliteitscriterium voldaan door iedere sessie nauwkeurig op te zetten, mijn beeldmateriaal altijd keurig te analyseren en door het zorgvuldige bijhouden van mijn logboek.

'Confirmability' betekent dat het resultaat niet afhankelijk mag zijn van de onderzoeker. Als iemand anders hetzelfde onderzoek zou uitvoeren, zouden de resultaten hetzelfde moeten zijn. Dit is een kwaliteitscriterium waar het onderzoek niet aan voldoet. Omdat dit onderzoek zich maar op één cliënt betreft is het maar de vraag of deze op dezelfde manier reageert op een andere muziektherapeut als

dat ze dat bij mij deed.

Tot slot wil ik het kwaliteitscriterium '*authenticity*' bespreken. Dit betekent dat het onderzoek, de handelwijze, analyse en de resultaten naar waarheid zijn beschreven. Het onderzoek is op ware feiten gebaseerd. Dit lijkt me wel degelijk behaald, ik heb alles vastgelegd op beeldmateriaal dus alles is letterlijk terug te zien en alles wat ik van Lien weet berust op wetenschappelijke verslagen en de bevindingen van haar ouders. De uitkomsten van het onderzoek zijn naar waarheid verwerkt en deze zijn de logische uitkomst van de analyse van de feiten.

4 Discussie

Alles wat in deze discussie omschreven wordt berust op de bevindingen en interpretatie van mezelf als muziektherapeute en onderzoeker, alsook op de bevindingen en interpretatie van mijn onderzoek-netwerk. Zowel de deskundigen als de respondenten hadden een groot aandeel in dit actiegericht onderzoek. Werkstukken en literatuur waren ook belangrijk als informatiebron in mijn actiegericht onderzoek. In deze discussie komt duidelijk naar voren of de vraagstelling is beantwoord en op welke wijze dit gebeurd is. In het kopje 'Is het actiegericht onderzoek op de voorgenomen wijze gerealiseerd', wordt de nieuwe meta-methode die in dit actiegericht onderzoek toegevoegd is uitgebreid aan bod, alsook de veranderingen die gedurende dit actiegericht onderzoek een bijdrage hebben geleverd aan het uitwerken van het nieuwe werkmodel.

De sterkte- en zwakte-punten van dit onderzoek worden aangehaald en de resultaten worden geïnterpreteerd en omschreven. Dit zal gebeuren aan de hand van beeldfragmenten. In bijlage 1 vindt U een dvd waar vierentwintig fragmenten op terug te vinden zijn. Bij ieder fragment wordt omschreven welk component er op de voorgrond stond en met welke technieken er gewerkt werden. Hieruit kwam dan het nieuwe werkmodel voort, dit wordt duidelijk omschreven in het kopje 'het nieuwe werkmodel'. Hierna wordt het oude werkmodel vergeleken met het nieuwe, onder het oude werkmodel versta ik het werkmodel waar ik mee aan de slag ben gegaan aan het begin van dit actiegericht onderzoek, het nieuwe werkmodel is een doorontwikkeling van het oude.

Tot slot geef ik aanbevelingen voor een vervolgonderzoek, ik geef algemene aanbevelingen, aanbevelingen voor vervolgonderzoek bij deze cliënte en aanbevelingen voor het nieuwe werkmodel.

4.1 Is de vraagstelling beantwoord? En het doel van het project behaald?

Ik kan aan het eind van mijn actiegericht onderzoek stellen dat de vraag "Welke componenten in de muziek bewerkstelligen bij een adolescente vrouw, die meervoudig complex gehandicapt en niet communicatief is, dat interactie uitgelokt wordt." een positief antwoord kent. Met een positief antwoord bedoel ik niet dat het antwoord ja is, maar hiermee wordt bedoeld dat er inderdaad componenten zijn die de interactie uitlokken en daardoor de interactie bewerkstelligen.

Door dit actiegericht onderzoek werd vooral duidelijk dat het muzikale component klank de meeste interactie bewerkstelligde. De overige muzikale componenten ritme, melodie, dynamiek en vorm hadden hier ook een groot aandeel in, maar klank sprong hierboven uit.

Het grootste doel aan het eind van dit actiegericht onderzoek was om een nieuw werkmodel op te stellen voor personen met een meervoudig complexe handicap die stagneerde in de interactie. Door de verkregen informatie die uit dit actiegericht onderzoek kwamen en door de kennis die er al in de praktijk bestond en beschreven stond in theorieën ben ik ertoe gekomen om dit nieuwe werkmodel vorm te geven. Dit nieuwe werkmodel vindt u uitgewerkt onder het kopje 'nieuw werkmodel'.

Het nieuwe werkmodel zal andere (toekomstige) muziektherapeuten inspireren om aspecten van mijn nieuwe werkmodel: uit te breiden, bij te stellen, te bevestigen of te integreren in hun bestaande werkmodel. Het nieuwe werkmodel draagt natuurlijk ook bij aan mijn eigen professionalisering, omdat het actiegericht onderzoek mij nieuwe inzichten heeft verschaft. Ik denk hierbij aan de resultaten die ik heb gezien door het inzetten van empatische en uitlokkende improvisatie technieken.

Het verrichte onderzoek is een duidelijk, concreet onderbouwd en beargumenteerd onderzoek. Muziektherapeuten of geïnteresseerden kunnen hieruit informatie halen over muziektherapie ter bevordering van de interactie bij meervoudig complex gehandicapten. Ze hebben baat bij de gebruikte technieken en methoden, om zo met deze doelgroep aan de slag te gaan. Zo kunnen zij hun werk met deze doelgroep beter of meer onderbouwen.

4.2 Is het actiegericht onderzoek op de voorgenomen wijze gerealiseerd?

Door steeds video-opnamen te maken en beeldfragmenten hieruit, te bespreken met de respondenten en deskundigen die een bijdrage hebben geleverd aan dit actiegericht onderzoek, was het mogelijk om het actiegericht onderzoek steeds weer bij te stellen. Hierbij was het belangrijk dat we de vraagstelling voor ogen hielden, daarom wordt deze hier even herhaald.

Vraagstelling: “Welke componenten in de muziek bewerkstelligen bij een adolescente vrouw, die meervoudig complex gehandicapt en niet communicatief is, dat interactie uitgelokt wordt.”

Het actiegericht onderzoek is een onderzoek dat steeds in beweging is, daardoor is er ook veel aangepast, verbeterd... Ik merkte al snel dat de componententheorie van Hegi in samenhang met de improvisatie technieken van Bruscia een te breed kader voor me vormde en ik geen structuur wist te vinden binnen deze twee meta-methodes. Ik miste een duidelijk kader waarmee ik de technieken en componenten zou aanbieden. Ik gebruikte alle mogelijke muzikale materialen, zonder hierbij na te denken, door elkaar. Hierdoor ontstond er voor mezelf als muziektherapeute chaos. Dit was voor Lien ook voelbaar, ze werd onrustig door de chaos die ik ervoer en waarschijnlijk over haar overdroeg. Als een cliënt dit gaat aanvoelen bij de therapeut is het onmogelijk om een veilig kader te bieden. Hierdoor ben ik me verder gaan verdiepen in de literatuur en kwam ik uit op een paper van Janet Graham, zij behandelde hierin dezelfde problematiek als bij Lien. Naar aanleiding van het lezen van de paper heb ik contact opgenomen met Janet Graham en heeft zij mij een beetje thuisgebracht in de methode van Nordoff-Robbins, ze heeft me audiomateriaal toegestuurd van haar eigen cliënten met soortgelijke problematiek, dit was zeer relevant en bruikbaar materiaal voor mijn actiegericht onderzoek. Ik licht even de Nordoff-Robbins methode toe.

Paul Nordoff en Clive Robbins zijn twee pioniers in de geschiedenis van de muziektherapie. Ze zijn de grondleggers van de “creative Music Therapy”, dit is een specifieke muziektherapeutische methoden en niet te verwarren met het koepelbegrip ‘creatieve therapie muziek’ zoals dat in Nederland wordt gebruikt. Nordoff-Robbins werkten tussen 1958 en 1977. Hun werk was een combinatie van Nordoff’s ervaring als componist en pianist en Robbins ervaring in het speciaal onderwijs. Hun focus lag op kinderen met speciale behoeften. Tijdens hun 17 jaar durende pionierswerk als therapeuten werden er bandopnames en nota’s van iedere individuele sessie bijgehouden. De hieruit voortvloeiende onderzoeken vormde de basis voor de visie van hun werk, de opleiding die ze ontwikkelde in Londen en de drie boeken die ze geschreven hebben over muziektherapie. Momenteel is de Nordoff-Robbins organisatie verspreid over heel de wereld.

De redenatie van de Nordoff-Robbins muziektherapie is dat muziek een intrinsiek deel van de mens is. Puls en ritme zijn terug te vinden in onze hartslag, onze ademhaling en onze bewegingen. Melodie wordt gevormd door ons lachen, huilen, schreeuwen en zingen. Het gehele scala van onze emoties wordt teruggevonden in de ritmes en harmonieën van verschillende muziekstijlen. Deze connecties blijven volgens Nordoff Robbins bestaan, ondanks een ziekte of handicap en deze zijn niet afhankelijk van een muzikale training of achtergrond. De benadering van muziektherapie is volgens Nordoff-Robbins dus gebaseerd op de overtuiging dat iedereen een gevoeligheid bezit om muziek te maken, met deze vaardigheid kan eenieder zijn eigen persoonlijke groei en ontwikkeling verbeteren. In deze vorm van behandeling hebben cliënten een actieve rol in het creëren van de muziek samen met hun muziektherapeut.

“At Nordoff-Robbins, we make music *with* people, not *for* them”(Nordoff P., Robbins C., 2010). Nordoff Robbins maakt geen muziek voor mensen, maar met mensen. Veel van hun technieken maakt het mogelijk om de meest gehandicapte cliënten te laten uitgroeien tot actieve en succesvolle deelnemers aan het muziektherapeutische proces. Door de interactie tussen cliënt en muziektherapeut, ondersteunen en versterken de muziektherapeuten de expressieve vaardigheden en het vermogen om met anderen te communiceren bij de Cliënt. De Nordoff-Robbins methode is in al zijn vormen; artistiek, wetenschappelijk, creatief, esthetisch gevoelig etc. belangrijk in de aanpak waarmee muziektherapeuten de muziek naar de individuele behoefte van de cliënt omzetten. Vaak wordt er gebruik gemaakt van video-opnames tijdens iedere sessie om zo het effect van de muziek te bestuderen, een goede evaluatie van de sessie te maken en de planning van de behandeling te kunnen bijstellen.

De Nordoff Robbins methode maakt vooral gebruik van muzikale improvisaties om zo tot een therapeutische relatie te komen. Enkele technieken gehanteerd door Nordoff Robbins (Smeijsters, 1991, p71) zijn; *Het scheppen van een muzikale omgeving*; Men schept met de geschikte muziek een klimaat waarin de cliënt zich thuis voelt. De muziektherapeut probeert via de piano muzikaal te communiceren met de cliënt zoals deze is. *Muziek bij de muzikaal niet-actieve cliënt*: Als de cliënt niet in staat is om muziek te maken begeleidt de muziektherapeut iedere beweging van het lichaam, lopen, springen, met de handen bewegen etc. met muziek die aangepast is aan het karakter en het tempo van deze beweging. De muziektherapeut doet dit op de piano. *Muziek bij de cliënt die huult of schreeuwt*: Door te spelen en/of zingen probeert de muziektherapeut contact te leggen. De

muziektherapeut drukt de intensiteit van de expressie van de cliënt uit. Dit heeft als doel dat de cliënt zich geaccepteerd voelt en zich herkent in wat de muziektherapeut doet. *Op weg naar zingen*: De cliënt gaat naarmate de sessies vorderen meer op de muzikale elementen focussen. En probeert langzamerhand mee te doen door zelf tonen te gaan produceren.

De muziektherapeut werkt meestal met de piano, omdat ritme, melodie, harmonie/klank, tempo en dynamiek hier makkelijk mee te spelen zijn. Contact wordt opgebouwd doordat de muziektherapeut geluiden en bewegingen van de cliënt muzikaal nabootst of ondersteunt. Hierdoor ontstaat een interactie (dialoog) tussen muziektherapeut en cliënt waarbinnen de muziektherapeut probeert te komen tot het muzikaal omvormen van het muzikale gedrag van de cliënt. De muziektherapeut wisselt af tussen het imiteren van het gedrag van de cliënt en het initiëren van nieuw gedrag (Wigram, Nygaard Pederson & Ole Bonde, 2002, p.126-130).

Door al deze inzichten en tips had ik voor mezelf de belangrijkste zaken uit de methode van Nordoff-Robbins gehaald. Allereerst las ik terug dat de muziektherapeuten van Nordoff-Robbins vooral met piano en stem werkten, omdat men via piano de verschillende componenten kon bewerkstelligen. Dit hoorde ik ook duidelijk terug in de audio-opnamen die Janet Graham me had toegestuurd. Hierdoor besloot ik om de piano en stem gericht te gaan inzetten tijdens de sessies met Lien. Om zo meer structuur te krijgen voor mezelf en voor de sessies. De Nordoff-Robbins methode had ik pas in sessie tien van mijn actiegericht onderzoek ingezet. Er zou niet meer zoveel gewisseld worden tussen instrumenten, en de sessies kregen daardoor een duidelijkere structuur.

Deze nieuwe structuur was voor mezelf als muziektherapeute beter, het stelde me in de mogelijkheid om me te gaan richten op de uitlokkende technieken van Bruscia. Nadien werd er in de beeldanalyse gekeken welk(e) component(en) het meest op de voorgrond stond(en) tijdens de sessie.

Het spreekt voor zich dat de sessie indeling door deze bevinding anders werd. Ik zou niet meer ieder component afwerken maar meer focussen op de Bruscia technieken. Hierbij werkte ik vooral met improvisatie materiaal alsook met bestaand liedmateriaal. Doordat iedere sessie vastgelegd werd op band, moest ik tijdens de sessies enkel rekenen op mijn intuïtie en zorgen dat ik de uitlokkende technieken van Bruscia actief zou inzetten. De componenten binnen de muziek zou ik dan uit mijn beeldanalyse halen en voorleggen aan andere vaktherapeuten, om te zien of we op één lijn zaten.

Nog een klein praktisch iets dat veranderd is in dit actiegericht onderzoek is dat ik uiteindelijk maar zeventien sessies gegeven heb in de plaats van twintig. Dit kwam door medische omstandigheden van Lien.

4.3 Sterkte – zwakte analyse van het actiegericht onderzoek

Dit onderzoek heeft heel wat sterkte maar ook zwakke kanten. Er zal eerst een beschrijving volgen van de zwakte punten, waarna de sterkte punten van dit onderzoek worden aangehaald.

Zwakte punten:

Één van de zwaktepunten van dit onderzoek is dat dit actiegericht onderzoek maar bij één cliënt met een meervoudig complexe handicap is uitgevoerd. Dit onderzoek mag ook niet gezien worden als representatief voor alle personen met een meervoudig complexe handicap, omdat het werkmodel hierbij nog niet is uitgetest. Daarom haalde ik eerder al aan dat het nieuwe werkmodel wel door andere (toekomstige) muziektherapeuten een inspiratiebron kan zijn om aspecten van mijn nieuwe werkmodel: uit te breiden, bij te stellen, te bevestigen of te integreren in hun bestaande werkmodel. Een ander zwaktepunt is dat ik aan het begin van mijn actiegericht onderzoek geen rekening heb gehouden met het feit dat er sessies konden wegvallen. Ik had de tijd die er beschikbaar was helemaal vol gepland met sessies, terwijl ik hier beter rekening had kunnen houden met het feit dat er sessies zouden kunnen wegvallen door omstandigheden.

Sterkte Punten:

Een van de sterkte punten van dit onderzoek was dat er veel deskundigen betrokken waren in dit onderzoek. Dit betekent dat de resultaten die uit het onderzoek gekomen zijn zeer betrouwbaar waren. Gezien de zware problematiek van Lien hielden veel mensen, waaronder ook het onderzoek-netwerk, een dergelijke doelstelling niet voor mogelijk. Maar er is echter wel een grote vooruitgang geboekt in de interactie vaardigheden van Lien. Tevens heeft het, voor de naaste betrokkenen van Lien, gezorgd dat zij weer aangezet worden om de interactie met Lien op een nieuwe manier aan te moedigen.

De video-opname zorgde in dit onderzoek voor een hoge betrouwbaarheid en maakte het voor de deskundigen mogelijk om mee te kijken en te oordelen. Het was een zeer bruikbaar hulpmiddel voor de eigen professionele ontwikkeling. Hierdoor werd ik ook in de gelegenheid gesteld om gemiste reacties bij Lien nadien terug te zien. Zonder video-opname zou dit niet mogelijk zijn geweest.

Voor mezelf heb ik op korte termijn zeer veel bijgeleerd, over de problematiek, de behandeling en de houding die je bij deze doelgroep moet innemen als therapeut.

4.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten

Voordat ik over de verklaring en interpretatie van de resultaten begin wil ik eerst nog even mijn vraagstelling duidelijk stellen: “Welke componenten in de muziek bewerkstelligen bij een adolescente vrouw, die meervoudig complex gehandicapt en niet communicatief is, dat interactie uitgelokt wordt.”

De verklaring en interpretatie van de resultaten zullen aan de hand van beeldfragmenten duidelijk gemaakt worden. Deze beeldfragmenten zijn belangrijke onderdelen van de verschillende sessies waarin er iets gebeurde. Mijn hele onderzoek-netwerk heeft beeldfragmenten of zelfs hele sessies gezien, ik beschrijf hieronder daarom even wat ieder zijn aandeel was in het verklaren en interpreteren van de beeldresultaten.

De ouders en persoonlijk begeleider van Lien hebben telkens na vijf sessies een gebrande dvd gekregen met daarop de volledige sessies. Ikzelf vond het belangrijk als muziektherapeute om hen alles te laten zien omdat zij mij het vertrouwen gaven om met Lien te werken. Dit schepte meteen een betere band, ik had niets te verbergen voor hen en ik hoorde graag van hen als ze opmerkingen hadden over mijn omgang met Lien. De feedback die ik terugkreeg van de ouders en persoonlijke begeleider waren vooral gericht op veranderingen die ze waarnamen bij Lien in het dagelijkse leven en feedback over reacties die Lien gaf tijdens de sessies. Zij kende Lien door en door en zagen beter wat Lien duidelijk trachtte te maken met haar mimiek. Zo kreeg ik ook van hen terug dat ik aan het einde van een sessie niet mocht zeggen; ‘Het is gedaan’, dit vond Lien volgens hen niet fijn. Ik moest het afscheid van iedere sessie meer inkleden en bijvoorbeeld zeggen, ‘Dit was het voor vandaag, maar geen probleem want woensdag zie ik je!’.

Inge De Geyter heeft al jarenlange werkervaring als logopediste met Lien, samen met haar heb ik enkele beeldfragmenten bekeken. Inge verzorgde de muzikale activiteiten met Lien in dagopvang ‘t Trapke, Helaas ontbrak haar de muziktherapeutische kennis om samen met mij te zoeken achter de muzikale componenten die de interactie bewerkstelligde. We zijn dieper ingegaan op de gedragingen en houdingen van Lien tijdens de sessies. Inge had binnen haar opleiding logopedie wel over iets soortgelijk gehoord als de improvisatie technieken van Bruscia, maar dan toegepast op hun werkgebied. Maar ook met de begrippen imitatie, dubbelen, synchroniseren...

Inga Segers en Janet Graham waren mijn onafhankelijk experts, het peer-debriefment zoals Smeijsters (red.) (2005) dat beschrijft. Alsook mijn member-checking, zij waren de deskundigen uit de praktijk waarmee ik samen de beeldfragmenten geanalyseerd heb (Smeijsters (red.), 2005). Inga Segers kende ik van de muziekateliers te Lommel, zij is hier de coördinator van de afdeling muziektherapie. In het dagelijkse leven werkt Inga als muziektherapeute met gehandicapten, dit gaat van motorische, cognitieve beperkingen tot personen met een meervoudig complexe handicap, autisme...

Janet Graham had ik leren kennen door het lezen van haar paper “communication with the on-communicative”, hierna had ik contact met haar opgenomen en werd ik in de gelegenheid gesteld om in het weekend van zeven tot negen mei bij haar te gaan logeren om samen naar mijn resultaten te kijken. Beide (Janet Graham en Inga Segers) hebben ze meegekeken welk component er op de voorgrond stond en naar andere bevindingen die hen opvielen. Dit was allemaal zeer interessant voor mijn professionele groei, zij zagen beide zaken terug in mijn beeldmateriaal, die ikzelf steeds weer over het hoofd gezien had. Als ik het nodig acht licht ik deze zaken bij de bijbehorende fragmenten hieronder toe.

Bijlage 1 bevat vierentwintig sessiefragmenten, die hieronder uiteengezet zullen worden. Vervolgens volgt een zo duidelijk mogelijke beschrijving van wat er in de sessie gebeurd, met hierbij de feedback van mijn onderzoek-netwerk.

Let wel, de member-checking (Inga Segers en Janet Graham) waren onafhankelijke experts, ik heb hen daarom enkel gevraagd welk component in hun ogen interactie uitlokte tussen Lien en de muziektherapeute. Vervolgens heb ik gekeken wat dit of deze componenten voor Lien zou kunnen betekenen. Dit heb ik verklaard volgens de componenten theorie van Hegi.

Uit het verloop van de sessie blijkt volgens mijn onderzoek-netwerk een duidelijke vooruitgang, dit zowel in de manier waarop er interactie tot stand komt en de manier waarop Lien telkens meer vanuit zichzelf interactie gaat opzoeken met de therapeut. De vooruitgang wordt vooral duidelijk door de eerste sessie te vergelijken met de laatste sessie.

Beeldfragment 1:

Muzikale component: Ritme, Klank, Melodie en Dynamiek

In dit beeldfragment is duidelijk terug te zien dat de muziektherapeute veel prikkels geeft aan Lien. De muziektherapeute zoekt naar welk component het meeste effect had bij Lien.

Klank komt in deze sessie duidelijk naar voor, de muziektherapeute zet alle mogelijke klanken die ze in de omgeving heeft in: de djembé, oceandrum, klopper en de klank van de stem. Het melodische stukje bestaat uit een geïmproviseerde melodie die de muziektherapeute zingt. Als de melodie net begint is er niet echt een reactie waar te nemen bij Lien. Dit kan te maken hebben met haar vertraagde reactievermogen. Even later beantwoordt ze de melodie met een lach. Misschien zijn het de intervallen (toonafstanden) in de melodie die Lien aanspreken. Ik schrijf de melodie hieronder even uit omdat deze vaak terugkeert in de volgende sessies.

Figuur 4-1: Melodie bij fragment 1									
Oe	Wha	Oe	Wha	Oe	Wha	Oe	Wha	Oe	2x
A	E	D	E	D	E	D	E	D	
	seconde		seconde		seconde		Secunde		
Wham	Pa	Dam							
A	A	A							
Prime	Prime	prime							
Oe	Wha	Da	dam						
A		C	D		A				
Terts		kwart							
									2x

In Figuur 4-1 staat de tekst (oe-wha-oe...), de toonafstanden (Bijv. E-D) en de intervalbenaming van deze toonafstand (bijv. seconde).

Het merendeel van de melodie bestaan uit seconde, Hegi omschrijft de seconde als een interval dat te maken zou hebben met het gemoed en de ontwikkeling van een persoon. Ik citeer: "Die sekunde ist die erste Form der Abweichung, der Schritt aus der Einheit heraus. Sie erzeugt Spannung, Reibung und Differenz. Sie ist der Konflikt oder die Vibration zwischen zwei Positionen. Dadurch erzeugt sie Bewegung, gibt feuer und lost Entwicklung aus. Sie symbolisiert Entstehung, Experiment, Veränderung. All dies könnte in einen Bild auch Kindheit, Aufstand oder Aufbruch genannt werden" (Hegi, 1997, p. 120). Ikzelf alsook mijn member-checking vonden dat Lien vooral reageerde op deze seconde.

De melodie kreeg een ritmische ondersteuning, Het ritme werd in deze sessie vooral gebruikt als stabiliserend effect, het geeft de melodie hierbij ook ondersteuning en versterkt deze. Het component dynamiek is in dit fragment terug te zien in de opbouw van zacht naar luid die geproduceerd worden door het vingergeroffel op de djembé, gevolgd door een luide knal met de klopper. Lien lijkt hier erg van te schrikken, de ouders van Lien vonden dat Lien hier erg gespannen leek, ze lijkt bang maar ook blij te zijn.

Beeldfragment 2:

Muzikale component: Dynamiek, Bruscia techniek: Ruimte geven.

De opbouw van het vinger roffelen op de djembé en de versterking hierbij door de stem gevolgd door het hoogtepunt lijken Lien erg aan te spreken. We spreken hier over een van de dynamische factoren,

zacht naar luid, maar dit in een beweeglijk en snel tempo. Als ik dit aan de literatuur link zou dit met 'Laut und schnell' te maken hebben. Dit verwijst volgens Hegi naar beweeglijkheid, ongeduld, druk, dominantie, kracht, intensiteit,...

Het werd mezelf en mijn member-checking niet duidelijk of het nu net de dynamiek, het snelle vingergeroffel dat eerst zacht werd ingezet en uitmondde op een luidde knal, of dat de ondersteuning van de stemklank maakte dat Lien dit zo aantrekkelijk vond. Hegi beschrijft in zijn boek wel dat klank en dynamiek beiden situatie afhankelijke componenten zijn, dynamiek versmelt vaker met klank en is even vormloos en kan door klank versterkt worden.

De improvisatie techniek, waar hier volgens Inga al sprake van was, was ruimte maken. Lien kreeg in haar ogen de gelegenheid om de stiltes in te vullen door een antwoord of geluid te geven.

Beeldfragment 3:

Muzikale component: Klank en Melodie, Bruscia techniek: Imitatie en Herhaling

In dit beeldfragment probeert de muziektherapeute Lien uit te lokken door middel van een geïmproviseerde melodie. Lien reageert na een tijd door korte stemklankjes, de muziektherapeute gaat deze imiteren en imiteert een echo/herhaling van de klank van Lien. De klanken van Lien werden door de muziektherapeute ook herhalend ingezet, de muziektherapeute biedt dezelfde klanken enige keren aan, dit kan met een lichte wijziging gebeuren, opeenvolgend of af en toe met een korte tussenpauze. De klank van de samba-ballen ondersteunen en versterken de muziektherapeute in de imitatie van de klanken van Lien.

Het was hier al opvallend dat Lien zeer sterk reageerde op de stemklank van de muziektherapeute. Iedere stem klinkt volgens Hegi (1997, p.79) anders en heeft zijn eigen klank. De stem klinkt ook voor jezelf anders dan voor de personen die hem horen. De gewenste voorstelling van de persoonlijke stem klank verandert in de waarneming van degene die de stem hoort, deze neemt vooral de klank van de stem op die zijn gevoelsmatige kant betreft. Hieruit kunnen we dus concluderen dat de klank van de stem van de muziektherapeute iets raakt, of overeenkomt met de gevoelens van Lien.

Beeldfragment 4:

Muzikale component: Klank

Er werd vooral rondom het component klank gewerkt. Tijdens deze sessie werd Lien voor het eerst actief betrokken in de muziektherapie. Ze kreeg kleine ritme instrumenten in de hand gesloten waarop de muziektherapeute geluiden ging meetikken die ze ondersteunde door stemklanken. Volgens Inga was het ervaren van de klank zeer belangrijk bij Lien, ze leek in haar ogen de trillingen van de shaker te voelen, zeker het ritmische getik van de handen van de muziektherapeute op haar been.

In deze sessie wordt er ook met de naam van Lien gewerkt, Hegi (1997, p.19) zegt hierover het volgende: "Der name ist vermutlich eines der meistgehörten Wörter in Leben (...) Worte sind innerer Klang, und der Name ist der Klang des Ich". Hegi beschrijft hier dat de eigen naam één van de belangrijkste woorden is in het leven, woorden zijn klank dus je naam is de klank van je eigen ik. Door Liens naam te gebruiken werd de betrokkenheid groter. Het gebruik van iemands naam op zich lokt al een reactie uit.

Beeldfragment 5:

Muzikale component: klank, Bruscia techniek: imitatie, herhalen en uitbreiding

Er werd hier vooral met stemklanken gewerkt omdat deze voor Lien, volgens Hegi, zeer effectief zijn zoals in bovenstaande fragmentbeschrijvingen al aangegeven werd. Er is een duidelijke en lange interactie tussen Lien en de muziektherapeute, het is een heen en weer van klanken, te vergelijken met een dialoog. Hierbij werd het weerwoord van de muziektherapeute versterkt door ritmisch mee te tikken op de benen van Lien. De muziektherapeute reageerde hier ook duidelijk op de lichaamstaal van Lien, en speelt hierbij weer met haar naam.

Er werd ingegaan op de basale klanken van Lien door de volgende improvisatietechnieken van Bruscia in te zetten: Imitatie, aan het begin van het beeldfragment werden de klanken van Lien geïmiteerd door de muziektherapeute. Lien leek de muziektherapeute duidelijk ruimte te geven om haar klank te beantwoorden. Doordat de muziektherapeute de klanken ook herhalend gebruikte werd de interactie bij Lien nog meer uitgelokt. Op een gegeven moment ging de muziektherapeute de klanken van Lien verlengen, om Lien zo aan te zetten blijven door te gaan en dialoog staande te houden, dit noemt men uitbreiding. Dat Lien hier op reageerde is terug te zien in dit beeldfragment.

Beeldfragment 6:

Muzikale component: Klank en Melodie, Bruscia techniek: imitatie, herhalen en ruimte maken
 Er werd in dit fragment gewerkt met de melodie uit fragment één. Deze melodie klonk Lien ondertussen al bekend in de oren, dit zagen mijn member-checking duidelijk terug. Als we fragment één naast dit fragment hielden werd bevestigd dat Lien vooral op de secunde van de melodie reageerde, het was een spanningsopbouw waarop iets volgde en waar Lien zich op leek voor te bereiden.

De muziektherapeute maakt in dit fragment weer gebruik van imitatie en herhaling, ze imiteert zelfs de keelgeluiden van Lien om haar zo te laten voelen dat ze op één lijn zit. Janet Graham zei hierover het volgende: "Supporting and encouraging a pre-verbal persons vocalisations in Music therapy can contribute significantly to his communicative development and sometimes lead to speech". Het was dus belangrijk dat ieder geluid van Lien werd waargenomen. Er werd tijdens deze sessie ook duidelijk ruimte gegeven aan Lien om te reageren op hetgeen de muziektherapeute deed.

Een bevinding van de ouders van Lien was dat de rechterarm van Lien zeer actief was, dit was vaak niet het geval. Ze vonden het ook fantastisch hoe Lien zich probeert te bewegen in de rolstoel. Zij interpreteerden dat Lien in dit fragment zelf leek aan te geven dat ze wou trommelen, vanwege de actieve rechterarm en de enthousiaste reactie. Zij gaven mij als tip mee dat ik Lien meer tijd moest geven om te reageren, misschien zou het dan heel anders lopen.

Beeldfragment 7:

Muzikale component: Klank en Melodie, Bruscia techniek: Pacing
 Dit was voor Lien de eerste keer dat ze de klank van de piano ervoer. De muziektherapeute probeerde een veilig kader te bieden door een melodie te spelen voor haar op het energieniveau waarop ze zich bevond. Dit wordt ook wel pacing genoemd. Het is opvallend hoe beweeglijk Lien was tijdens deze sessie, ze gooide af en toe haar linker en rechterhand in de lucht. Opvallend was ook dat Lien de wijsvinger van haar rechterhand duidelijk uitstak. Een ontspannen hand kwam bij Lien namelijk niet vaak voor. Dit kan betekenen dat ze ontspannen raakt tijdens de therapie.

Lien leek zich erg veilig en goed te voelen bij het stemtimbre (toonkleur van de stem) van de muziektherapeute. Op een gegeven moment ging de cadans in de muziek over naar een nieuwe waarop Lien met haar hoofd begon te schudden. De member-checking en ikzelf interpreteerden dit als het mee willen doen in het ritme, meegaan met de melodie en de klanken.

Even een weetje: Dit was ondertussen al sessie tien, vanaf deze sessie ben ik zaken uit de Nordoff-Robbins methode gaan integreren. Met name het gebruik van piano en stem.

Beeldfragment 8:

Muzikale component: Ritme, Bruscia techniek: Dubbelen en Synchroniseren
 Een interessant feit dat Inga en Janet opvielen was dat de muziektherapeute aan het begin van dit fragment de verkeerde hand van Lien vasthield om de piano te bespelen. Dit leek Lien te willen aangeven door haar rechterhand omhoog te doen. Na een tijd neemt de muziektherapeute dan ook de rechterhand (de hand die in dit geval meer ontspannen is als de andere hand), er is een duidelijk verschil te zien in de reactie van Lien, aan het begin van dit fragment reageerde Lien wel blij maar wanneer er met de rechterhand wordt meegespeeld op de piano wordt er een enthousiastere reactie waargenomen bij Lien.

We vonden dat het component ritme hier op de voorgrond stond omdat Lien de puls leek te voelen. De puls is volgens Hegi het hart van de innerlijke bewegingen (emoties). Door het heen en weer, op en neer gaan in de rolstoel leek Lien echt te willen meedoen, alsof ze op zoek was naar haar innerlijke bewegingen.

De improvisatie techniek, synchronisatie is hier terug te zien wanneer de muziektherapeute op hetzelfde moment doet wat Lien aan het doen is op de piano. Natuurlijk had de muziektherapeute dit grotendeels in de hand omdat zij de hand van Lien 'bestuurde' om de piano mee te spelen. Dubbelen staat bekend als een techniek waarbij de muziektherapeut uiting geeft aan de gevoelens die de cliënt niet kan herkennen of volledig kan uitten. In dit fragment leek Lien zeer moe te zijn, ze uitte dit in een soort gegeuw en licht gekreun. De muziektherapeute versterkte en vergrootte dit en bleef hier in doorgaan. Lien leek zich hier wel gerustgesteld in te voelen.

Beeldfragment 9:

Muzikale component: Melodie, Bruscia techniek: Modelling

Er werd in dit fragment gebruik gemaakt van de melodie van het nummer 'Broeder Jacob'. Het was echter de vraag of Lien de toonafstanden die in dit nummer gebruikt werden herkende of echt de melodie van het lied waarnam. Dit lied is zeer cultuurgebonden en kent bepaalde wetmatigheden, vooral de stijgende melodiebewegingen zouden er in dit geval voor zorgen dat het Lien zo aansprak. Hegi koppelt deze stijgende melodieboog aan levendigheid, geluk, verwachtingen...

Volgens Inga Segers was het zeer goed dat de muziektherapeute op een gegeven moment eerst het gewenste gedrag voordeed. Dit noemt Bruscia modelling. In dit fragment gaat het hierbij om de melodische zin "alle klokken luiden, Bim-Bam-Bom". De muziektherapeute deed dit eerst duidelijk voor omdat ze merkte dat ze Lien niet meekreeg in de melodie. Hierna liet Lien toe dat de muziektherapeute de melodie met haar hand naspeelde. Wat de ouders van Lien, Janet Graham en Inga Segers opvielen was dat Lien haar vinger vaak ontspannen hield, om zo beter de piano te kunnen bespelen.

Beeldfragment 10:

Muzikale component: klank

Lien leek in dit fragment vooral te reageren op de klank die uit de piano kwam, er werd vooral gewerkt met de pentatoniek (dit is een toonladder die bestaat uit vijf noten, de zwarte toetsen van de piano). Ik kon als muziektherapeute dus stellen dat de samenklank van deze pentatoniek welbehagen bij Lien uitlokte want volgens Hegi weerspiegelt de manier waarop we reageren ons gevoelsleven. In latere beeldfragment kan u ook zien dat Lien ontroert raakt door het gebruik van de pentatoniek, hier prikkelde de pentatoniek haar gevoelige snaar.

Tijdens dit fragment werd er veel gebruik gemaakt van een opeenvolging van drie tonen. Dit leek Lien te herkennen als haar eigen naam, dit zou ook kunnen komen doordat de muziektherapeute Lien haar naam vaak op een melodische wijze inzette tijdens andere sessies. Deze bestond dan ook uit een opeenvolging van drie tonen.

Beeldfragment 11:

Muzikale component Klank en Melodie, Bruscia techniek: imitatie en synchronisatie

De synchronisatie werd in dit fragment ingezet zoals in beeldfragment 8. De muziektherapeute spitste haar stemklanken toe te op de lichaamstaal die Lien gebruikte. De muziektherapeute speelde gericht de melodie, die Lien met haar rechterhand inzette, mee. Dit fragment was aan het einde van een sessie, deze duurde 60 minuten. Janet Graham en Inga Segers vonden het wonderbaarlijk dat Lien aan het eind van deze sessie nog zo actief was. Dit kwam volgens hen omdat de muziektherapeute Lien zo actief betrok in de sessie, en haar zelf de klank liet maken, welliswaar door behulp van de muziektherapeute, maar ze leek een eigen aandeel te krijgen binnen het muzikale gebeuren. Dit kon volgens de member-checking wel eens leiden tot een succeservaring bij Lien.

Beeldfragment 12:

Muzikale component: Melodie, Bruscia techniek: uitbreiding en ruimte geven

Dit fragment was aan het begin van een sessie, die meer naar het eind van het actiegericht onderzoek opgenomen werd. Er was hier al duidelijk sprake van een therapeutische relatie tussen Annelien en de muziektherapeute beaamde Janet Graham en Inga Segers.

De sessie begon door een luide kreet die Lien gaf. De muziektherapeute reageerde hierop door te zeggen dat Lien haar voor de gek aan het houden was, waarop Lien lachte. Dit was in de ogen van mijn member-checking een bevestiging, 'Ja Eveline, ik ben je voor de gek aan het houden'. In dit fragment werd er door de muziektherapeute een lied gezongen over de vakantie van Lien. Lien was naar zee geweest met haar mama en papa en broer. Er is duidelijk terug te zien dat ze woorden herkent die de muziektherapeute zingt in het nummer. Hier reageerde Lien sterk op. We wijden het feit dat Lien zo interactief reageerde toe aan het component melodie. Hierbij zouden het vooral de woorden zijn die de muziektherapeut inzette in het nummer.

De muziektherapeute gaf Lien in het lied de ruimte om een antwoord in te vullen, in Lien haar geval betekende dit een vocaal geluid ter antwoord. Na het antwoord breidde de muziektherapeut het antwoord van Lien uit.

Beeldfragment 13:

Muzikale component: Klank

De muziektherapeute werkte hier nogmaals met de pentatoniek en halve tonen die elkaar opvolgden, dit schepte een dreigende stemming. Door atonaal op de opeenvolgende halve tonen te reageren met piano en stem werd de spanning nog meer opgebouwd. Lien leek hierin mee te gaan en vond het ook allemaal spannend. Nadien ging de muziektherapeute over in een 'lichter' pentatonisch spel, de stemming van het spel werd licht en het klonk vrolijker, Lien ging hier meteen in mee.

"Stimmung ist allen Einflüssen ausgesetzt, sie ist amorph, sich verflüchtigend und raumfüllend wie der klang – wie die Gefühle" (Hegi, 1997, p.91). De stemmingen die in dit fragment geschept werden waren spanning en vrolijkheid. Volgens Hegi zijn stemmingen ook vormloos en vluchtend en ruimtevullend net zoals de klank en het gevoel. Dit betekent dus dat Lien van de ene stemming naar de andere kan schakelen. Ze is makkelijk mee te nemen in iets.

Beeldfragment 14:

Muzikale component: Klank en melodie, Bruscia techniek: dubbelen en synchroniseren

Voordat dit fragment begon had Lien zeer veel last van haar voeten, Lien moet steunlaarzen dragen die zeer vast rond haar voeten zitten. Na een tijd zwellen haar voeten hier erg van op, doordat er zo een grote druk op haar voeten uitgeoefend wordt. Dit fragment speelt zich net af nadat de laarzen zijn uitgedaan.

Janet Graham zag een grote paniek terug in dit fragment bij de muziektherapeute "Oh no, she is crying, what do I have to do now?". In haar ogen had Lien deze angst bij de muziektherapeute gevoeld en werd haar gevoel van huilen enkel versterkt hierdoor.

Het leek er wel op dat Lien zich ontspannen voelde, omdat haar rechterhand ontspannen was. Pas wanneer de muziektherapeute sussend tegen Lien begon te zingen was het tij weer gekeerd. De synchronisatie zat hem in dit fragment op de momenten dat de muziektherapeute de mondstand van Lien duidelijk benadrukte. Hierbij sperde Lien haar mond wijd open en maakte de muziektherapeute in haar plaats de klank. De techniek dubbelen was in het begin van de sessie al aanwezig, maar had niet het gewenste effect want de muziektherapeute werd er zelf alleen maar onzekerder door.

Beeldfragment 15:

Muzikale component: Ritme en Klank, Bruscia techniek: ruimte maken, synchronisatie en imitatie

De ritmische puls die sterk aanwezig was in dit fragment versterkte de klank. Lien ging zich uiteindelijk ook ritmisch meebewegen op de muziek. Dit werd sterk uitgelokt door de improvisatietechnieken ruimte maken en imiteren. De muziektherapeute wachtte hierbij telkens op een reactie van Lien en lokte haar uit door haar te imiteren. Na enkele minuten ontstaat er in dit fragment een omhoog omlaag spel. Hierbij had de muziektherapeute met haar rechterhand de rechterhand van Lien vast en in de linkerhand een shaker. Ze ging met Lien haar hand en de shaker omhoog waarbij ze de woorden omhoog zong, waarna ze omlaag ging, dit ook met de hand van Lien en de shaker en door dit bevestigend te zingen. Na een tijd ging Lien met haar hoofd in het ritme mee omhoog en omlaag bewegen samen met de muziektherapeute, een prachtig moment aldus Inge de Geyter die dit nog nooit waargenomen had. Dit was pure synchronisatie. Ook de ouders van Lien, Janet Graham en Inga Segers waren onder de indruk van dit beeldfragment.

Beeldfragment 16:

Muzikale component: Klank en Ritme, Bruscia techniek: dubbelen en synchronisatie

In dit fragment wordt de interactie vooral uitgelokt door het component klank, net als in ander fragmenten waar klank omschreven staat als het component dat de interactie uitlokt wordt dit toegeschreven aan het stemtimbre van de muziektherapeute. Lien lijkt erg positief te reageren op mijn stem, dit constateerde de ouders van Lien ook. Ze moesten nog maar mijn naam zeggen tegen Lien, waardoor ze al laaiend enthousiast werd.

In het begin van het fragment versterkte de muziektherapeute vooral de gezichtsmimiek van Lien, pure synchronisatie. De muziektherapeute probeert in dit fragment ook duidelijk de gevoelens en gemoedstoestand van Lien te dubbelen om zo nog meer interactie uit te lokken. Het is vooral mooi om terug te zien dat Lien in dit fragment erg genoot van de synchronisatie van haar mondstand en haar geluiden door de muziektherapeute. Door de uitnodiging van de muziektherapeute om samen ritmisch te spelen en Lien te laten aangeven wat er ging gebeuren ontstond er meer interactie.

Beeldfragment 17:

Muzikale component: Klank

De muziektherapeute experimenteerde in dit fragment voor de eerste keer met de gitaar bij Lien. Ook dit lijkt weer een nieuw gegeven te zijn voor Lien, dit beamen de ouders ook. De klank van de stem samen met de gitaar leken een grote invloed te hebben op de emoties die Lien tijdens dit fragment vertoonde, soms werd ze rustig, blij, nieuwsgierig, melancholisch... Er waren zeer veel stemmingen terug te zien bij Lien die vanuit de klanken van de muziek gestuurd werden.

Inga Segers vond dat Lien juist rustig werd van het spel, vooral toen de stem erbij kwam. "Gewoon lekker genieten van hoe de muziektherapeute voor me speelt". Dit kon weer aan gevoelens gekoppeld worden, gevoelens van vreugde, genot, laten zijn... De interactie gedurende dit spel bleef zeer intens. Janet Graham zei hierbij: "It's not disturbing that you don't play the guitar as well as the piano, because its you're voice that she loves".

Beeldfragment 18:

Muzikale component: klank, Bruscia techniek: imitatie, synchronisatie, tussenvoeging en uitbreiding

Een belangrijke tip die ik ter harte neem van Inga Segers is dat het haar in deze sessie opviel dat ik als muziektherapeute Lien niet veel ruimte gaf. Ik denk dat het in dit fragment en in de komende fragmenten voor zich spreekt dat klank het belangrijkste component was dat interactie bewerkstelligde bij Lien.

Ik beschrijf hieronder daarom nog een keer waarom klank zo belangrijk was in mijn ogen en in het kader van deze behandeling. Hierbij verwijs ik in de komende fragmenten terug naar deze uitspraak. Natuurlijk gelden de eerder besproken zaken rondom het component klank ook nog steeds. Ik ga hierbij dieper ingaan op hoe ik de uitlokkende en empathische technieken van Bruscia heb ingezet.

"Die Vokale sind der Rohstoff, aus welchem Sprachklang, Dialekte und klingende Stimmen gemacht sind. Sie tragen den Klang mit Hilfe des Konsonantengerüsts nach aussen. Als Träger von Gefühlen haben die Vokale eine heilende Kraft, die seit Jahrtausenden bis in die heutige Musiktherapie genutzt wird"(Hegi, 1997, p. 83) Hegi beschrijft hier dat het vocale de grondstof is van waaruit de spraakklank, het dialect en de klinkende stemmen gevormd worden. De vocalen dragen de klank met behulp van de consonanten(samenklinkend) naar buiten. Als drager van het gevoel heeft het vocale een helende kracht, die al jarenlang wordt ingezet binnen de muziektherapie. Dit heb ik als muziektherapeute ook moeten concluderen bij Lien. Voor haar had klank, het vocale, een zeer waardevolle werking waardoor gevoelens van haar beter tot uiting kwamen en de interactie tussen mezelf als muziektherapeute en haar bevorderde.

Er was in dit fragment weer duidelijk sprake van imitatie van de stemgeluiden van Lien alsook van synchronisatie van haar lichaamstaal. In dit fragment werd de muzikale zin van Lien verlengd om zo te zorgen dat zij hierbij een compleet idee of gevoel kon uiten. Maar in dit fragment verschaft het ook vooral een continuïteit die de improvisatie laat doorgaan.

Na een gegeven tijd ziet men ook dat de muziektherapeute een stilte laat vallen en gericht wacht totdat Lien een reactie geeft. Hierdoor stelde de muziektherapeute Lien aan als eerste verantwoordelijke om de interactie binnen de improvisatie terug op gang te brengen.

Beeldfragment 19:

Muzikale component: Klank. Bruscia techniek: ruimte geven, herhalen en dubbelen

De klank die Lien produceerde aan het begin van het fragment volgt uit een stilte, zij had het initiatief genomen om terug interactie aan te gaan. Ze kreeg hier duidelijk veel ruimte om in te vullen. De muziektherapeute herhaalde haar in dit fragment veelvuldig en probeerde zich af te stemmen op de intonatie van Lien om zo meer op haar gevoelsniveau af te stemmen.

Beeldfragment 20:

Muzikale component: Melodie, Bruscia techniek: Dubbelen

In dit fragment kwamen de member checking en ikzelf er niet uit of het component melodie of klank nu op de voorgrond stond. De muzikale improvisatie speelde zich af op de zwarte toetsen van de piano, de pentatoniek. In voorgaande beeldfragmenten werd al aangehaald dat de pentatoniek een grote invloed had op Liens gemoedtoestand. We denken toch dat de ontroering die bij Lien terug te zien was in dit fragment, kwam door de melodie die werd gespeeld binnen de pentatoniek. Lien leek ook al enkele keren aan te geven, door een trilling in haar kin, dat ze op het punt stond om te beginnen met huilen. Dit had ikzelf als muziektherapeute echter niet zien aankomen.

Anders dan de eerste keer toen Lien begon te huilen in een sessie, had ik dit keer meteen de insteek genomen om haar te sussen. Ik had haar eerst in haar verdriet laten zitten en haar een veilig kader geboden om even lekker te huilen maar nadien had ik er ook weer een andere draai aan proberen te geven. Een tip die ik van Janet Graham en Inga Segers meekreeg was dat de dalende melodielyn, in het vrolijke gedeelte van dit fragment, niet zo een goed idee was. Een dalende lyn insinueert volgens hen namelijk een neerwaartse beweging, deze komen meestal zwaar en droevig over. Dus de volgende keer als ik als muziektherapeute zeg: 'We gaan iets vrolijk spelen' moet ik ook geen dalende baslyn inzetten. Ik ben mijn member-checking erg dankbaar voor deze tip, ik zat namelijk zelf nog helemaal in de petatonische stemming en ik leek hier niet uit te komen. Ook moet ik mezelf voor ogen houden dat het niet erg zou zijn als Lien een hele sessie zou huilen, dit zou haar ook kunnen opluchten. Hier had ik niet bij stilgestaan als Janet Graham en Inga Segers me dit niet hadden verteld.

Beeldfragment 21:

Muzikale component: Melodie, Vorm en Ritme

Hegi zegt dat de leidraad en de stromingspatronen van de spelvorm de relatie tussen de spelers omvatten. In dit fragment werd er gebruik gemaakt van de oefeningsgerichte improvisatie, hierbij kwamen zowat alle uitlokkende en empatische improvisatie technieken van Bruscia aan bod. Ik denk hierbij ook aan de halfopen cirkel die Hegi beschrijft in zijn componenten theorie. Deze cirkel staat voor het procesgericht groeien, in dit kader het groeien naar een goede interactie tussen de muziektherapeute en Lien.

De melodie was terug te vinden in de stem melodieën, Janet Graham vond dat ik nog meer moest inspelen op Lien. "You have to tune in to her". Ik zou de intervallen die Lien in haar stemgeluiden maakt beter moeten kunnen waarnemen zodat ik deze gericht zou kunnen inzetten. Dit zou kunnen leiden tot een betere communicatie en interactie.

Beeldfragment 22:

Muzikale component: Klank, Bruscia technieken: Imiteren en ruimte geven

De klank kwam hier weer duidelijk naar voren, door imitatie zette de muziektherapeute, Lien aan tot interactie. Door ruimte te geven aan Lien nam Lien ook vaak zelf het initiatief om de interactie weer op te zetten dit benadrukte de muziektherapeute dan door haar hierover een compliment te geven.

Beeldfragment 23:

Muzikale component: Klank, Bruscia techniek: Ruimte maken en synchroniseren

Lien reageerde in dit beeldfragment weer sterk op de piano klanken. De muziektherapeute lokte de interactie uit door middel van synchronisatie, het gelijktijdig spelen van Liens hand met de hare, en door middel van ruimte maken. "It is nice to see that Lien is in control of the situation because you give her space", was Janet Grahams commentaar.

Beeldfragment 24:

Muzikale component: Klank

Het werd in dit fragment wel heel erg duidelijk dat de atonale muziek, de gemengde klanken, die de muziektherapeute hier speelde, erg nieuw in de oren klonken voor Lien. Dit was vooral te zien in haar lichamelijke reactie.

4.5 Het nieuwe werkmodel

In dit kopje zal het nieuwe werkmodel toegelicht worden.

Doelgroep

Dit werkmodel is gemaakt voor mensen met een meervoudig complexe handicap.

Sessie opbouw

De sessie duur dient afhankelijk te zijn van de spanningsboog van de cliënt. Het kan zijn dat de cliënt in een andere gemoedstoestand zit en het niet kan opbrengen om zich die dag te geven in de muziektherapie. Het is van belang dat je de sessie dan niet helemaal uitspeelt maar ook durft te stoppen na bijvoorbeeld twintig minuten. Laat de cliënt toch even de muziek voelen en waarnemen door bijvoorbeeld een rustgevende melodie te spelen of een melodie die de cliënt erg aanspreekt. Maar het heeft geen zin om de cliënt prikkels te blijven geven als je merkt dat het op dat moment niets met hem/haar doet, hierdoor lok je alleen een overprikkeling of irritatie uit.

Het is bij deze doelgroep van belang dat ze intensieve therapie krijgen, hierdoor ontstaat er een hechtere band tussen de cliënt en de muziektherapeut en kan er intensief gewerkt worden aan doelstellingen. Als er intensief gewerkt wordt gaat men ook eerder resultaten zien. Uit mijn ervaring kan ik stellen dat deze intensieve sessie met Lien veel meer hebben opgeleverd dan toen ik haar maar één keer in de week zag. Hier moest ik dan precies steeds weer eerst werken aan onze vertrouwensband.

Om optimaal gebruik te maken van de spanningsboog van de cliënt en door hun trage reactievermogen lijkt het aangewezen te zijn om korte sessies te geven maar wel zeer intensief. Dus veel sessies op een korte termijn.

Indicatie

De persoon met een meervoudige complexe handicap stagneert in de ontwikkeling van de interactie. Dit wil zeggen dat hij/zij geen interactie durft/kan aangaan met de omgeving. Deze persoon kan zich niet uitten en duidelijk maken wat hij/zij wilt.

Randvoorwaarden

Het is belangrijk dat de cliënt affiniteit heeft met muziek, anders kan het medium niet ingezet worden. Een tweede randvoorwaarde is dat de muziektherapeut beschikt over een ruimte die toegankelijk is voor de persoon met een meervoudige handicap. Meestal moet men er rekening mee houden dat deze persoon zich voortbeweegt in een rolstoel. De muziektherapeut moet ook beschikken over het juiste instrumentarium. In dit werkmodel beperkt dit zich hoofdzakelijk tot het gebruik van de piano en de stem. Uitzonderingen als klein percussief materiaal, gitaar, djembé zijn natuurlijk ook mogelijk, maar men gaat ervan uit dat men de muzikale componenten kan inzetten op piano en ondersteuning kan bieden met de stem.

Werkwijze

“De orthopedagogische werkwijze heeft als algemene doelstelling het ondersteunen van de ontwikkeling bij mensen met beperkingen. De mediumactiviteiten zijn gericht op de ontwikkeling van psychomotorische, sensorimotorische en spraak/taalvaardigheden en perceptuele, cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden”(Smeijsters, 2008, p. 56). Mensen met een meervoudig complexe handicap hebben meestal problemen op bovenstaande gebieden.

Doelstelling(en)

Zoals omschreven in de werkwijze ervaren mensen met een meervoudig complexe handicap beperkingen in de ontwikkeling. De specifieke doelstellingen die zullen worden nagestreefd in het nieuwe werkmodel, zijn afhankelijk van de problematiek van de meervoudige complexe gehandicapte. Doelstellingen volgens de orthopedagogische werkwijze zijn onder meer het verbeteren van de waarneming, vasthouden van de aandacht, vergroten van de concentratieboog, opheffen van passiviteit, stimuleren van doegericht werken, vergroten van de gerichtheid op de ander, verbeteren van de sociale vaardigheden...

Doelstellingen die worden nagestreefd door Nordoff-Robbins zijn ondermeer: groei, zelfactualisatie, stimuleren van het zelfgenezend vermogen... Hegi koppelt doelen als zelfontdekking en zelfontplooiing aan zijn methode. Beide methoden bewerkstelligen zulke doelstellingen door improvisatie in de muziek. De doelstelling die ikzelf in dit actiegericht onderzoek heb nagestreefd was om, in de muziek interactie uit te lokken bij Lien. Dit gebeurde voornamelijk door middel van de empathische en uitlokkende improvisatie technieken van Bruscia. Het was belangrijk voor Lien dat ze actief interactie leerde aangaan met haar omgeving, ze deed dit al in enige mate, maar door de intensieve muziektherapie is ze dit meer gaan doen.

Muziektherapeutische methoden

Ik heb hierbij gekozen voor de actieve muziektherapie. Actieve muziektherapie maakt het mogelijk dat er tussen de cliënt en de therapeut een dialoog door middel van muzikale middelen ontstaat. Hierdoor kan er geëxperimenteerd worden met nieuwe communicatie- en interactiepatronen. De belangrijkste kenmerken hiervan voor het werken met deze doelgroep is dat er meer belang gehecht wordt aan het proces dat de muziektherapeut met de cliënt doorloopt en niet aan het product. Actieve muziektherapie is direct verbonden met menselijke affecten en meningen. De actieve muziektherapie is levend, het maakt niet uit of er met bestaand liedmateriaal gewerkt wordt of met improvisatie en tot slot kan de client heel persoonlijk, doorleefd en puur menselijk zich hoorbaar maken in de muziek.

Voor dit nieuwe werkmodel heb ik voor twee muziektherapeutische methoden in de actieve muziektherapie gekozen; Hegi en Nordoff-Robbins. In mijn ogen versterken deze twee methoden elkaar en door aspecten van de methodes te combineren komt men tot een mooie samengesmolten methode die baat hebben gehad in dit actiegericht onderzoek.

Hegi heeft zijn methode ontwikkeld voor cliënten die geestelijk, psychisch of lichamelijk lijden.

Smeijsters (2006) omschrijft dat Hegi een improviserend muziektherapeut is. Actieve muziektherapie is volgens Hegi een vloeiend proces van keuzes maken en vormgeven, om zo de relatie tussen taal, lichaam en muziek te bewerkstelligen. "Hegi verwijst wel naar het experiment als centraal gegeven. Het experiment is een smeltkroes van bewegingen in het onbekende, het nog vormeloze, waar via de klankwereld contact tot stand komt. Het innerlijk weten zet wat als goed ervaren wordt om in een vorm die de voortzetting van het spel en de interactie mogelijk maakt" (Smeijsters, 2006, p. 139-140). Dit is me ook opgevallen in de behandeling van Lien, het was als het ware een experiment van het nog vormeloze; Hoe moest ik de cliënt benaderen? Waar lag de muzikale voorkeur?... Naarmate dit duidelijk werd kon ik gericht op de interactie werken.

Nordoff-Robbins ziet hun methode in de actieve muziektherapie als een grote uitdaging die aanwezig is in de muziek. Er is, aldus Nordoff-Robbins, sprake van een sterke betrokkenheid en persoonlijk aandeel door actief in de muziek te handelen. Het innerlijke komt als het ware tijdens de improvisatie naar buiten. "Je blijft actief doordat de muziek verandert en de veranderingen houden de emotionele beleving in beweging" (Smeijsters, 2006 p.138). Oorspronkelijk was de Nordoff en Robbins methode ontwikkeld voor kinderen met uiteenlopende handicap. Autisme, lichamelijke en verstandelijke handicaps en leermoeilijkheden. Maar de methode heeft zich al snel uitgebreid naar meerdere raakvlakken.

Technieken

Het ontwikkelingsniveau van de cliënt bepaalt welke therapeutische technieken de muziektherapeut tijdens de sessie toepast. Bij mensen met een meervoudig complexe handicap is er sprake van een laag ontwikkelingsniveau. Daarom hanteren we hier de improvisatie technieken van Bruscia, met name de empathische en de uitlokkende technieken worden vaak toegepast bij deze doelgroep. De empathische technieken, denk hierbij aan: pacing, imitating, synchroniseren... zijn allemaal technieken die zich eerst gaan aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt, de muziektherapeut probeert een veilig kader te scheppen waarin de meervoudig complex gehandicapte zich veilig en geaccepteerd voelt. Door de uitlokkende technieken in te zetten, denk hierbij aan : repeating, making spaces, modelling,... wordt de client geactiveerd om actief deel te nemen aan de interactie met de muziektherapeut. Deze technieken zijn ook ter bevordering van de ontwikkeling en de groei van een positief zelfbeeld bij de meervoudig complex gehandicapte.

Improvisatie technieken zoals leiding terug nemen, gesprekstechnieken en verwijzingstechnieken zijn meestal niet aan de orde. Hiervoor is het cognitieve vermogen van een meervoudig complex gehandicapte niet ver genoeg ontwikkeld. Voor meer improvisatie technieken van Bruscia verwijs ik graag naar Tabel 1-2 op pagina 17, die de Bruscia technieken behandelt.

Materiaal

Door me meer te verdiepen in de Nordoff-Robbins methode ben ik hoofdzakelijk uitgegaan voor het gebruik van piano en stem. Natuurlijk sluit de Nordoff-Robbins methode andere instrumenten niet uit, maar het is mogelijk om enkel met piano en stem aan de slag te gaan. Nordoff-Robbins gaat uit van de piano omdat de combinatie van ritme, melodie, klank/harmonie, tempo en dynamiek gemakkelijk te maken is op dit instrument. Deze beperking in materiaal kan de therapeut een beter overzicht geven en meer structuur bieden in een sessie, zo heb ik het althans ervaren.

Volgens Nordoff Robbins kunnen bepaalde liederen, muziekstukken of muziekstijlen een deel worden van de therapie maar kunnen deze ook aangepast worden aan het moment in het proces van de muziektherapie met de meervoudig complex gehandicapte. Het contact wordt opgebouwd doordat de muziektherapeut geluiden en bewegingen van de persoon met een meervoudig complexe handicap nabootst, ondersteunt of versterkt. Hierdoor ontstaat er een interactie tussen de muziektherapeut en de cliënt waarbinnen de muziektherapeut probeert te komen tot het muzikaal omvormen van het muzikale gedrag van de cliënt. Denk hierbij aan Lien die haar mond wijd openspert waarbij de muziektherapeute haar lichaamstaal versterkt door luide klanken te produceren als zij de mond openspert. De muziektherapeut wisselt dus af tussen het imiteren (letterlijk nadoen) van het gedrag van de cliënt en het initiëren van nieuw gedrag.

Werkvormen

De werkvormen die worden ingezet bij dit nieuwe werkmodel zijn vooral steunend en orthoagogisch ontwikkelend van aard. Smeijsters (2006), beschrijft steunende werkvormen als werkvormen die gericht zijn op het creëren van ontspanning en veiligheid en het handhaven van evenwicht. De cliënt wordt door middel van therapeutische technieken tot rust gebracht, hierdoor kan hij enige afstand nemen ten opzichte van zijn klachten of positieve ervaringen door opdoen. De orthoagogische werkvormen omschrijft Smeijsters (2006) als werkvormen die gericht zijn op de ontwikkeling van psychomotorische, sensomotorische en spraak/taalvaardigheden en perceptuele, cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden.

In dit nieuwe werkmodel worden deze steunende en orthoagogische werkvormen uitgewerkt door middel van de Bruscia technieken in te zetten. De empathische technieken bevorderen de steunende werkvormen. Denk hierbij aan pacing, het energieniveau van de meervoudig complex gehandicapte wordt overgenomen om de client zo een veilige en ontspannen omgeving te laten ervaren, hierdoor voelt hij zich ondersteund om zijn eigen ruimte in te nemen binnen de sessie. De uitlokkende technieken van Bruscia link ik meer aan de orthoagogische werkvormen. Denk hierbij aan modelling, de muziektherapeut vertoont hierbij bijvoorbeeld een doelgedrag voor de cliënt met een meervoudig complexe handicap om na te streven. dit kan gericht zijn op sociale vaardigheden die de cliënt kan ontwikkelen en worden daarom toegeschreven aan de orthoagogische werkvormen.

Therapeutische houding

In de actieve muziektherapie is de rol en de attitude van de muziektherapeut van groot belang. Hij/zij moet een betrokken, geïnvolveerde, meebewegende muzikale partner zijn voor de cliënt. Het ontwikkelingsniveau van de meervoudig complex gehandicapte bepaalt welke houding de muziektherapeut tijdens de sessies toepast. Veeleer is er sprake van een directieve houding omdat de meeste meervoudig complex gehandicapten kampen met een laag ontwikkelingsniveau, hierbij praten ze niet of nauwelijks. De directieve houding houdt in dat de muziektherapeut de motor is en bepaalt wat er gedaan wordt, denk hierbij aan de instrumentkeuze, liedkeuze...De muziektherapeut pleegt hierbij muzikale interventies die de cliënt, uitdagen, empathie overbrengen, de sfeer veranderen of iets aan het spel van de cliënt toevoegt. Het is natuurlijk niet onlogisch dat de muziektherapeut zich afstemt op de cliënt! Hierbij is een empathische houding van groot belang, de meervoudig complex gehandicapte moet zich ook gesteund en begrepen voelen.

In dit werkmodel zal de muziektherapeut de cliënt vooral sturen. De cliënt reageert meestal met zijn lichaamstaal en non-verbaal op de situatie. Het is belangrijk dat de muziektherapeut let op de mimiek, spierspanning, keelklanken en het oogcontact en deze interpreteert en reageert. Het accepteren van deze lichaamstaal is ook een belangrijk gegeven. Door het spel van de cliënt te accepteren, in welke vorm dan ook, kan de cliënt ervaren dat dit is opgemerkt en er mag zijn. Als je de cliënt hierbij een compliment geeft kan hij/zij bijvoorbeeld een positieve bekrachtiging ervaren. Deze positieve feedback kan de cliënt met een meervoudig complexe handicap alleen maar motiveren.

Data-analyse technieken

Na iedere sessie schrijft de muziektherapeut kort een observatie van de sessie in haar logboek. De muziektherapeut stelt zichzelf hierbij de volgende vragen: Wat wilde ik bereiken in de sessie? Is dat gelukt? Hoe weet ik dat? Kan ik dat verklaren? Wat leer ik hiervan voor de volgende keer? Hierna schrijft de muziektherapeut kort zijn/haar bevindingen van de sessie op in het heen en weer schriftje. Dit schriftje is bedoeld om ouders of begeleiders op de hoogte te stellen van hetgeen er gebeurd is tijdens de sessie.

Nadien wordt het beeldmateriaal geanalyseerd, beeldanalyse is een gegeven dat ook duidelijk terug te vinden is in de Nordoff-Robbins methode. Zij gaan ervan uit dat iedere muziekimprovisatie uniek is, zowel voor de cliënt als voor iedere nieuwe sessie. Hierdoor worden er opnamen gemaakt, zodat de muziektherapeut het muzikale proces goed kan volgen en begeleiden in de volgende sessies Om de doelstelling te beantwoorden, interactie uitlokken, legt de muziektherapeut de focus op de muzikale componenten in de sessie die de interactie bewerkstelligen. Welk component is het sterkst aanwezig? Welk component heeft het meeste effect op de interactie tussen de muziektherapeut en de meervoudig complex gehandicapte? Door deze beeldanalyse kan de muziektherapeut de ingezette technieken ook nog eens bekijken. Samen met deskundigen evalueert en reflecteert de muziektherapeut over de waargenomen punten uit de observatie en bespreekt de muziektherapeut met de deskundigen wat hij/zij heeft teruggevonden in het geanalyseerde beeldmateriaal.

Dus: de analyse van de beelden en het logboek zullen duidelijkheid scheppen over welk component binnen de muziek de meeste interactie bewerkstelligd tussen de muziektherapeut en Lien. Dit houdt ook in dat er sprake is van een ervaringsgericht zelfonderzoek. Vragen als; Hoe heeft het handelen van de muziektherapeut gewerkt bij de cliënt?, Hoe is de houding van de muziektherapeut tijdens de sessies? En Hoe bied de muziektherapeut interactie aan in de verschillende componenten? Komen hierbij aan bod.

Hieronder staat het nieuwe werkmodel nog eens kort samengevat.

Doelgroep	Personen met een meervoudig complexe handicap
Sessie opbouw	- Sessieduur is gericht op de spanningsboog van de cliënt (dit kan van 5 minuten tot +/- 45 minuten gaan) - Intensieve therapie, liefst driemaal in de week
Indicatie	- Stagneert in de ontwikkeling van de interactie
Randvoorwaarden	- De cliënt heeft affiniteit met muziek - Er is een goede ruimte aanwezig - De muziektherapeut beschikt over muziekinstrumenten
Werkwijze	Orthopedagogisch (stimuleren van de ontwikkeling)
Muziektherapeutische Methoden	- Actieve muziektherapie - Actieve muziektherapie volgens Hegi - Actieve muziektherapie volgens Nordoff-Robbins
Doelstelling	- Interactie uitlokken
Technieken	Improvisatie technieken van brucia - Empatische technieken - Uitlokkende technieken
Materiaal	- Belangrijkste instrumenten Piano en stem - Improvisatie
Werkvormen	- Steunende werkvormen - Orthoagogisch ontwikkelende werkvormen
Therapeutische houding	- Directieve houding - Empatische houding - Accepterende houding
Data-analyse technieken	- Observeren - Analyseren van de sessie a.d.h.v. beeldmateriaal - Sessie evalueren - Reflecteren - Logboek - Heen en weer schriftje met ouders/ begeleiders

4.6 Oud werkmodel versus nieuw werkmodel

Voordat ik met Lien aan de slag ging in de muziektherapie had ik geen concreet idee, beeld of ervaring in het werken met personen met een meervoudig complexe handicap. Er was dus geen sprake van een concreet werkmodel, maar in mijn hoofd had ik een soort generiek werkmodel, dit beruste op mijn ervaringen met de doelgroep uit de derdejaarsstage (psychosezorg), mijn korte werkervaring als muziektherapeut met gehandicapten binnen de muziekateliers te Hasselt en literatuurstudies en opgedane kennis van school.

Anders als bij de andere gehandicapten cliënten in Hasselt ben ik bij Lien receptief aan de slag gegaan en niet actief. Bij de andere cliënten wist ik uit verslagen van de voorgaande jaren waarmee ze bezig waren en welke doelstellingen bij hen voorop gesteld werden. Bij Lien had ik deze voorkennis niet. Ik wist enkel van haar persoonlijk begeleidster Tinne van Loy dat Lien erg van festivals en

concerten hield. Hierdoor had ik voor de receptieve werkwijze gekozen, om zo te achterhalen welke muzikale parameters Lien aanspraken in de muziek. Hierbij kon ik rekening houden met bijvoorbeeld het ritme van het muziekstuk, waren het vooral simpele, complexe of zelfs ritmeloze muziek die Lien aanspraken? Reageerde Lien misschien op de dynamiek in de muziek? De nadruk lag vooral op het uitzoeken van de muzikale voorkeur van Lien. Na een tijd leek het dat Lien een enorme affiniteit met metal muziek had, het plotse luide geschreeuw, de snelle ritmes, de harmonieën die door elkaar klonken... Hier reageerde ze anders op als op andere muziekgenres, de ogen sperde zich wijd als ze ineens een stem hoorde schreeuwen of er kwam een brede glimlach als de muziek zich opbouwde en dan op het hoogtepunt explodeerde.

Waarschijnlijk beleeft een meervoudig complex gehandicapt persoon muziek niet zoals andere mensen. In dit geval kon Lien geen onderscheid waarnemen tussen licht en donker. Zo kan het zijn dat een niet-gehandicapt persoon de visuele aspecten van bijvoorbeeld een videoclip bij de muziek betrekken bij zijn of haar mening over deze muzieksoort. Dit kan Lien in dit geval niet, daardoor zal zij zich op andere zaken richten in het horen van bepaalde muziek. De nadruk van de receptieve therapie lag daarom vooral bij het uitzoeken van welke muzikale componenten haar aanspraken, welke genres haar het meest trokken zodat ik met deze aspecten later actieve sessies zou kunnen inzetten.

Na deze receptieve sessies was het tijd om aan mijn actiegericht onderzoek te beginnen met het werkmodel dat ik had uitgedacht in mijn onderzoeksvoorstel. Het wezenlijke verschil was dat ik nu actief in de muziek aan de slag zou gaan en dit daarom goed moest onderbouwen. Daarom zullen de verschillen tussen het 'oude werkmodel aan het begin van het actiegericht onderzoek' niet zoveel verschillen van het nieuwe werkmodel, ik bekijk het eerder als een doorontwikkeling, een soort van reflectieproces. Volgens Smeijsters (red.) (2005, p.65) is de reflective practitioner, ikzelf als muziektherapeut, reflectief ingesteld als het gaat over zijn werkmodellen met als doel de kwaliteit van zijn handelen te verbeteren. Door een kritische blik te houden op mijn werkmodel ben ik in staat geweest om dit bij te stellen en door te ontwikkelen tot een beter werkmodel.

Ik licht daarom even het oude werkmodel, dat ik had bedacht voor mijn onderzoeksvoorstel en waar ik mee aan de slag ben gegaan in het actiegericht onderzoek, toe. Hierbij bespreek ik meteen de doorontwikkeling die geleid heeft tot het nieuwe werkmodel.

Het oude werkmodel ook wel actieplan genoemd dat opgesteld werd in het onderzoeksvoorstel bestond uit twintig sessies waarbij iedere sessie +/- 45 minuten duurde. De sessies werden driemaal in de week gegeven en waren onderverdeeld in de vijf muzikale componenten. Dit hield in dat er vier sessies rondom ritme, vier rondom klank, vier rondom melodie, vier rondom melodie en vier rondom klank gegeven zouden worden. Ik dacht deze vier sessie per component nodig te hebben om uit te zoeken welk component er het meeste bij de client aansloot. Dit idee kwam voort uit mijn korte werkervaring met onder andere autisten, zij legde hun focus meestal op één aspect binnen de muziek. Omdat Lien meervoudig complex gehandicapt was dacht ik dat het veel moeilijker zou zijn om uit te zoeken wat haar aansprak in de muziek en te zien waarop ze zou reageren. Hieruit groeide het idee om vier sessies per component in te delen. Later bleek dit een foute inschatting van mezelf te zijn want ze reageerde in een sessie waarbij alle componenten betrokken waren zeer specifiek op bepaalde componenten. In het nieuwe werkmodel worden de sessies aangepast op de spanningsboog van de cliënt, omdat het opvallend was tijdens de sessies dat de concentratie van Lien weg was, vaak overprikkelde ik haar ook door te blijven doorgaan in de muziek. De intensiteit van de sessies heb ik behouden, dit vond ik belangrijk voor de therapeutische relatie op pijn te houden en te komen tot goede resultaten. De doelgroep voor wie dit werkmodel bedoeld was waren mensen met een meervoudig complexe handicap.

Iedere observatie in de sessies zou worden beschreven aan de hand van het reflectieproces die volgende vragen omvatte; Wat wilde ik bereiken in de sessie?, Was dit gelukt?, Hoe wist ik dat?, Kon ik dit verklaren en wat leerde ik hieruit voor de volgende sessie? De bevindingen zouden dan ook in het heen en weer schrift met de ouders beschreven worden zodat zij hier de volgende keer opmerkingen bij zouden kunnen schrijven. Ik kon aan het begin van dit actieplan dus stellen dat ik vijfmaal een begin zou maken met ieder component, ieder component zou telkens weer om een nieuwe insteek vragen. Hierbij hoorde ook het plan om aan het eind van ieder component een eindevaluatie over het desbetreffende component uit te schrijven. Als alle componenten dan actief behandeld waren kon ik uit de verzamelde gegevens concluderen welk(e) component(en) het meest effectief gebleken waren ter bevordering van de interactie en hoe dit terug te zien was in de beeldanalyse. Het reflectieproces is in het nieuwe werkmodel hetzelfde gebleven en de communicatie

naar de ouders en deskundigen toe ook. Ik ben in het nieuwe werkmodel enkel afgestapt van de sessies onder te delen in de verschillende componenten en aan het eind van ieder behandeld component een eindevaluatie te schrijven. In het nieuwe werkmodel wordt er meer uitgegaan van de Bruscia technieken en wordt er nadien geanalyseerd en gekeken welk(e) component(en) er tijdens de sessie op de voorgrond stonden. Aan het einde van het actiegericht onderzoek kon ik dan stellen welk component het meest effectief werkt ter bevordering van de interactie.

De indicatiestelling alsook de randvoorwaarden van het oude werkmodel zijn hetzelfde gebleven zoals in het nieuwe werkmodel omschreven. De persoon met een meervoudig complexe handicap stagneert in het aangaan van de interactie. En de randvoorwaarden waren ook dat de client een affiniteit met muziek heeft, de muziektherapeut over een goede ruimte beschikt en een ruim aanbod van instrumentarium. Alleen op deze laatste randvoorwaarde valt iets aan te merken in het nieuwe werkmodel, hier wordt er namelijk gesproken van hoofdzakelijk gebruik van piano en de stem.

De orthopedagogische werkwijze zoals in het nieuwe werkmodel omschreven was ook al van toepassing in het oude werkmodel, hier heb ik geen veranderingen binnen aangebracht. De muziektherapeutische methoden zijn wel licht gewijzigd, in het oude werkmodel werd er enkel gesproken van actieve muziektherapie en de actieve muziektherapie volgens Hegi. Het plan was, zoals reeds beschreven, om vier sessies per muzikaal component te geven, de opzet hiervan was bijvoorbeeld als volgt:

- ❖ Sessie één ritme: Er wordt een ruim aanbod aan ritmische werkvormen aangeboden aan de client ter bewerkstelling van de interactie. Deze werkvormen kunnen zeer uiteenlopend zijn. Achteraf zou er geanalyseerd worden welke werkvormen het meest aansloegen om de interactie te bewerkstelligen. Deze eerste sessie was dus een oriënterende sessie om te zien wat maakte dat het component de cliënt aansprak.
- ❖ Sessie twee ritme: Deze sessie kon nog zoekende zijn maar was al gericht op bepaalde werkvormen. Na de analyse van deze sessie zouden er verbeteringen aangebracht kunnen worden ter bevordering van sessie drie.
- ❖ Sessie drie ritme: In deze sessie zou het mogelijk kunnen zijn dat er al resultaten naar boven zouden komen. Hierdoor zouden de werkvormen meer toegespitst en verbeterd worden.
- ❖ Sessie vier ritme: deze zou inhoudelijk aansluiten bij de derde sessie maar er werd hier dan ook een afsluiting gemaakt van het component.

Dit heb ik drie sessie uitgeprobeerd maar al snel liep ik er als muziektherapeute tegenaan dat ik in iedere werkvorm alle muzikale componenten inzette. Hierbij reageerde de cliënt niet sterk op het bedoelde component maar meer op de anderen. Daardoor ben ik van deze opbouw afgestapt. Door me verder te verdiepen in de literatuur kwam ik uit op een paper van Janet Graham, zij behandelde hierin dezelfde problematiek als bij Lien. Naar aanleiding van het lezen van de paper heb ik contact opgenomen met Janet Graham en heeft zij mij een beetje thuisgebracht in de methode van Nordoff-Robbins en me audiomateriaal toegestuurd van haar eigen cliënten met soortgelijke problematiek die wel eens nuttig konden zijn voor mijn onderzoek.

Door al deze hulp en tips heb ik de belangrijkste zaken uit de methode van Nordoff-Robbins gehaald ter bevordering van mijn onderzoek. Allereerst las ik terug dat de muziektherapeuten van Nordoff-Robbins vooral met piano en stem werkten, omdat met via piano de verschillende componenten kon bewerkstelligen. Dit hoorde ik ook duidelijk terug in de audio-opnamen die Janet Graham me had toegestuurd. Door gericht piano in te zetten merkte ik dat dit aansloeg bij Lien en heb ik besloten om deze meta-methode toe te voegen aan mijn nieuwe werkmodel, in bescheiden vorm. Hoewel de visie en gedachtegangen van Nordoff-Robbins ook aansluiten bij de actieve methode van Hegi.

De doelstelling was in het oude werkmodel net als in het nieuwe om interactie uit te lokken en te bewerkstelligen. De werkvormen die hierbij ingezet zouden worden bleven ook gelijk. In het oude werkmodel werd er enkel niet zo zeer uitgegaan van de muzikale improvisatie. Hier werden specifieke werkvormen die te maken hadden met het muzikale component voorop gesteld, ook had ik hier nog geen rekening gehouden met steunende en orthoagogische werkvormen. Het waren in het oude werkmodel echt letterlijke werkvormen die bij wijze van spreke zo uit een boek over werkvormen genomen werden.

De technieken die ik zou toepassen, improvisatie technieken van Bruscia, waren zowel in het oude werkmodel als in het nieuwe werkmodel aanwezig, met name de empathische en uitlokkende technieken. In het oude werkmodel zouden ze enkel binnen een bestaande werkvorm ingezet worden en in het nieuwe werkmodel worden de sessies vanuit de Bruscia technieken bestuurd.

De therapeutische houding en de data-analyse technieken zijn net hetzelfde gebleven dus deze kan u terugvinden in het nieuwe werkmodel.

4.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ik heb de aanbevelingen onderverdeeld in drie categorieën, zo zou ik graag aanbevelingen geven voor vervolgonderzoek bij Lien, een kleine aanbeveling bij het nieuwe werkmodel en tot slot nog wat algemene aanbevelingen.

Bij Lien zou ik aanbevelen om het component dynamiek dieper uit te werken. Lien reageert zeer goed op dynamische effecten in de muziek. Het zou leuk zijn om met deze uitersten te gaan experimenteren, de dynamische assen. De uitersten binnen de dynamiek zijn luid – zacht en snel – langzaam. Ik zou in een vervolgonderzoek zoeken of er een evenwicht is bij Lien tussen deze dynamische assen, en anders trachten te zorgen dat hier een evenwicht in komt.

Een ander iets voor vervolgonderzoek zou zijn om te zoeken naar een mogelijkheid om de ontwikkelde interactie toe te passen in het dagelijkse leven van Lien. Misschien door haar te laten reageren met klanken op dingen die ze wel en niet leuk vindt. Zo zou Lien in de toekomst misschien kunnen aangeven of ze haar boterham met pindakaas of chocopasta wilt, doordat ze tonen zou gaan zien als ja en nee. Dit is natuurlijk een vervolgonderzoek dat veel meer tijd zou vergen en meer intensiteit als dat er in dit actiegericht onderzoek mogelijk was.

Ik heb één aanbeveling voor het nieuwe werkmodel: de indicatie en doelstellingen kunnen aangepast worden aan de hoofdproblematiek van de meervoudig complex gehandicapte. Sommige onder hen zijn namelijk wel in staat om geluiden te maken en daardoor beter interactie aan te gaan. Hieruit vloeit dan meteen een volgende aanbeveling, het nieuwe werkmodel kan uitgetoetst worden bij andere personen met een meervoudig complexe handicap die affiniteit hebben met muziek.

Er kan ook gezocht worden in een vervolgonderzoek naar andere mogelijkheden om interactie te bevorderen bij mensen met een meervoudige complexe handicap. Zo zei Janet Graham (persoonlijke mededeling, 12 april 2010): "It sounds as though the music therapy course you are following is very different to the Nordoff Robbins one, where we use our voices all the time to "tune in" to the client. It has a lot in common with parent-infant interaction, but we don't in any way treat the client as a child. The idea is that we accept the vocal sounds she makes and then reply, making the timbre of our voices a bit like hers so that she will know we're listening to her and trying to communicate. We don't imitate her sounds, but try to "speak to her in her own language". You can read about the principles behind this approach in Daniel Stern, Colwyn Trevarthen and Mercedes Pavlicevic". Een vervolgonderzoek zou dus via deze manier ingezet kunnen worden, er zou gewerkt worden vanuit de visie, behandelmethodes... van Daniel Stern, Colwyn Trevarthen en Mercedes Pavlicevic.

5 Samenvatting

Als student creatieve therapie muziek ben ik in mijn vierde jaar van de studie gaan werken als muziektherapeute binnen de muziekateliers te Lommel, hier kreeg ik de afdeling te Hasselt toegewezen. De doelgroep bestond uit geestelijk gehandicapte personen, waaronder één meisje met een meervoudig complexe handicap, Lien. Het grootste probleem dat speelde bij Lien was dat ze niet communicatief was. Door haar beperkingen, zowel lichamelijk, geestelijk alsook zintuiglijk stagneerde ze in de interactie. Omdat ikzelf niet bekend was met deze problematiek en ik ook literaire onderbouwing nodig had om aan de slag te gaan met haar heb ik ervoor gekozen om haar behandeling te beschrijven in een actiegericht onderzoek.

Dit actiegericht ontwikkelingsonderzoek beantwoordt de vraagstelling: 'Welke componenten in de muziek bewerkstelligen bij een adolescente vrouw, die meervoudig complex gehandicapt en niet communicatief is, dat interactie uitgelokt wordt'.

In heb mijn onderzoek uitgevoerd in de dagopvang 't Trapke, waar Lien wekelijks verblijft en in de muzieklokalen van de muziekateliers te Lommel. Door middel van sessies, observaties, rapportages en video-opnamen ben ik samen met mijn onderzoek-netwerk tot een nieuw werkmodel gekomen. Er was in dit onderzoek geen concreet oud werkmodel, omdat de ervaring vanuit een stagejaar mij ontbrak. Daarom bekijk ik het nieuwe werkmodel als een doorontwikkeling van het oude, dat voor mij een generiek werkmodel was. Dit oude werkmodel was gebaseerd op korte ervaring met andere doelgroepen, zoals onder andere autisten.

In het verrichte onderzoek heb ik de vraagstelling beantwoord. Ik ben tot de conclusie gekomen dat het muzikale component klank, door middel van zang. Zoals dit omschreven is in de componenten theorie van Hegi, een grote meerwaarde heeft om de interactie binnen de muziek met Lien uit te lokken en zo de interactie te bewerkstelligen. In dit onderzoek zijn verschillende muziektherapeutische methoden en technieken ingeschakeld als soorten van meta-methoden. Ik denk hierbij aan de componententheorie van Hegi, de improvisatie technieken van Kenneth Bruscia en de Nordoff-Robbins methode.

Als toekomstig muziektherapeut, die meer gaat werken met meervoudig complex gehandicapten, vind ik het belangrijk om een werkmodel te hebben. Het werkmodel dat ik ontwikkeld heb in dit onderzoek is een werkmodel waar ik achter sta en dat nog mogelijkheden heeft om bijgesteld, uitgebreid en verbeterd te worden.

Literatuurlijst

Boeken

Bruscia, K.(1987) *Improvisational models of music therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Burger, G.T.M. (1999), *Verplegen van verstandelijk gehandicapten*. Houtem/Diegem: Bohm Stafleu Van Loghum.

Hegi, F. (1997), *Improvisation und musiktherapie, Möglichkeiten und wirkungen von freier Musik*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hegi, F. (1998), *Übergänge zwischen sprache und musik. Die wirkungskomponenten der musiktherapie*. Paderborn: Junfermann verlag.

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

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

Smeijsters, H. (red.) (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Smeijsters, H. (red.) (2006). *Handboek muziektherapie*. Houtem: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (red.) (1991). *Muziektherapie als psychotherapie*. Assen: Van Gorcum en comp B.V.

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

Van Meer K., Van Neijenhof J & Bouwers M. (2001), *Elementaire sociale vaardigheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wigram T., Nygaard Pederson I. en Ole Bonde L. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Willems Johan B.H.G. (1996), *Kijk op communicatie. Constructie van een meetinstrument voor communicatie van mensen met een verstandelijke beperking*. Helmond: Wibro dissertatiedrukkerij.

Internetbronnen

Platform ernstig meervoudig gehandicapten <http://www.emgplatform.nl> geraadpleegd op 14 april 2010 om 10u07.

Gemeentelijke gezondheidszorg & ouderenzorg drenthe <http://www.ggzdrenthe.nl/index.php?pageID=1768> geraadpleegd op 15 april 2010 om 11u18.

Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://www.cbs.nl> (2010). Datum geraadpleegd 20 april 2010.

Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie. <http://www.nvmt.nl> (2010). Datum geraadpleegd 21 mei 2010. Beroepsprofiel van de muziektherapeut.

Nordhoff-Robbins music therapy. <http://steinhardt.nyu.edu/music/nordoff/therapy/nordoff> (2010). Datum opzoeken 28 april 2010.

Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders <http://www.bosk.nl> geraadpleegd 14 april 2010 om 12u03.

Cursus materiaal

Cursus: Van Dam, L. & Roemer, M.(1999). Ter overname aangeboden: ervaringskennis. Cursusboek communicatie met zeer ernstig verstandelijk gehandicapte mensen.

Artikelen

Gunther, F. (1993). *Visueel-en-verstandelijk Gehandicapten*. In Nakken, H. (Red.). *Meervoudig Gehandicapten: een Zorg Apart*. (pp. 74-75) Rotterdam: Lemniscaat.

Menke, R. (1993). *Verstandelijk gehandicapte ernstig gehoorgestoorde kinderen*. In Nakken, H. (Red.). *Meervoudig Gehandicapten: een Zorg Apart* (pp. 113-119) Rotterdam: Lemniscaat.

Reynolds, W., & Reynolds, S. (1979). *Prevalence of Speech and Hearing Impairment of Noninstitutionalized Mentally Retarded Adults*. *American Journal of Mental Deficiency*, 84 (1), 62-66.

Bijlagen

Bijlage 1: DVD, De verborgen krachten van muziek