

“Kom, ik neem je mee...”



Hoe kun je met mensen, die al langere tijd in de waakcoma verkeren, door muziektherapie contact opbouwen en zij actief aan de therapie laten deelnemen?

S. Rethmann
Studentnummer: 0644374

Creatieve Therapie Muziek
Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg

Juni 2010

Begeleidster: Kathinka Piosmans

Inhoudsopgave

	Voorwoord	blz. 3
1	Inleiding	blz. 4
2	Probleemstelling	blz. 5
	2.1 Wat waren mijn persoonlijke reden voor dit onderwerp en waarom is het belangrijk voor de actuele ontwikkeling van het beroep en het werkveld?	blz. 5-7
	2.2 Begripsafbakening	blz. 8
	2.2.1 Waakcoma	blz. 8-9
	2.2.2 Actief deelnemen	blz. 9
	2.2.3 Contact opbouwen	blz. 9-10
	2.2.4 Lichaamsinstrumenten	blz. 11-12
3	Vraagstelling	blz. 13-14
4	Doelstelling	blz. 14
5	Onderzoekstype	blz. 15
6	Onderzoeksmethode	blz. 16
	6.1 Beschrijving van actiegericht onderzoek	blz. 16-17
	6.2 Waarom actiegericht onderzoek?	blz. 18
	6.3 Op welke fase van het actiegericht proces heeft mijn focus gelegen?	blz. 18
7	Voorfase en oriëntatiefase	blz. 19-20
8	Diagnostische fase	blz. 21-24
9	Ontwikkelfase	blz. 25
	9.1 Hoe heb ik het project gerealiseerd?	blz. 25-26
	9.2 Mijn rol als onderzoeker in het project	blz. 26-28
	9.3 Hoe heb ik de data van mijn onderzoek kunnen vastleggen?	blz. 28-29
10	Evaluatie	blz. 30
	10.1 Met wie en hoe heb ik de actie geëvalueerd?	blz. 30
	10.2 Beschrijving van de genoemde kwaliteitscriteria	blz. 31
	10.3 Beschrijving van de technieken die ik heb gekozen om aan de kwaliteitscriteria te voldoen	blz. 31-32
	10.4 Beschrijving van of het onderzoek aan de kwaliteitscriteria voldoet of waarom niet.	blz. 32-33
11	Discussie	blz. 34
	11.1 Is de vraagstelling beantwoord en het van het project gehaald?	blz. 34-35
	11.2 Beschrijving of het project op de voorgenomen wijze gerealiseerd is	blz. 36
	11.3 Wat zijn tekortkomingen en wat zijn sterkten van mijn onderzoek?	blz. 37
	11.4 Verklaring en interpretatie van mijn resultaten door onder ander koppeling met de literatuur	blz. 38-39
	11.5 Integratie van de resultaten in een nieuw wekmodel	blz. 40-41
	11.6 Vergelijking tussen het nieuwe en het oude werkmodel	blz. 41-42
	11.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	blz. 42
12	Samenvatting	blz. 43
	Bibliografie	blz. 44-45
	Bijlage 1: Mogelijkheid voor euthanasie in Nederland	blz. 46
	Bijlage 2: Muzikale Parameters	blz. 47
	Bijlage 3: Ervaringsbericht van een therapeute uit Essen	blz. 48-49
	Bijlage 4: Afscheidsliedje	blz. 50

Voorwoord

Dit is nu het laatste stukje van vier jaar opleiding. Ik ben mij er nog niet zo bewust van maar het werkstuk is afgerond en ik schrijf de laatste pagina.

De tijd van de scriptie is moeilijk te beschrijven. Het was spanning, ontspanning, tevredenheid en ook frustratie, succeservaring en teleurstelling.

Het werken met waakcoma- cliënten begeleid mij nu sinds de stage in het derde jaar en heeft mij duidelijk gemaakt hoe snel het leven kan veranderen. Een klein moment van achteloosheid en alles is anders. Maar ik heb ook ervaren dat kleine momenten het leven kostbaar maken en daarvoor ben ik mijn cliënten heel dankbaar.

Ik wil mij bij iedereen bedanken, die vertrouwen in mij had. Zowel bij de hele studie als nu tijdens het schrijven van mijn scriptie. Ook hier waren het de kleine opmerkingen van bepaalde mensen, die mij konden motiveren.

Ik wil dit voorwoord afsluiten met een zin, die mijn gevoel tijdens de therapie met waakcoma- cliënten heel goed weerspiegelt:

“... dass mein Klang Dir alles wiederbrächte...”

(Rainer Maria Rilke, Duits dichter, 1875- 1926)

En nu veel plezier bij het lezen!

1 Inleiding

Mijn scriptie begint met de probleemstelling. Hier ga ik duidelijk maken welke praktijkervaringen aanleiding tot dit onderzoek zijn geweest. Bovendien vertel ik over de noodzaak van dit onderzoek. Ten eerste met betrekking op de actuele ontwikkeling en te tweede met betrekking op het beroep.

Op de probleemstelling volgt de vraagstelling waaraan verschillende doelstellingen gekoppeld zijn.

Aansluitend ga ik erop in waarom ik voor een ontwikkelonderzoek, in vorm van actieonderzoek, heb gekozen om mijn onderzoek te doen. Bij deze argumentatie is een koppeling gemaakt tussen de terminologie in de verplichte literatuur en de vraagstelling.

Vervolgens ga ik de fases van de actieonderzoekscyclus beschrijven. Ik leg uit, wat de fases inhouden en hoe deze fases in mijn onderzoek zijn verlopen. Volgende fases komen daarbij aan bod:

- Voorfase en oriëntatiefase
- Diagnostische fase
- Ontwikkelfase

Dan volgt de evaluatie waar ik erop inga of mijn onderzoek aan de kwaliteitscriteria (credibility, dependability, conformability, transferability en authenticity) voldoet. Ook ga ik erop in met welke technieken ik gewerkt heb om aan de criteria te voldoen.

Het laatste grote deel van mijn onderzoek is de discussie. Ik ga duidelijk maken of mijn vraag beantwoord is en de doelen gehaald zijn. In de volgende deel beschrijf ik of het project op de voorgenomen wijze gerealiseerd is.

Aansluitend maak ik tekortkomingen en sterkten van mijn scriptie duidelijk om dan de resultaten te kunnen verklaren en interpreteren. Dit doe ik met koppelingen aan de literatuur.

Dan komt het nieuwe werkmodel aan bod. Ik ga mijn resultaten in dit nieuwe model integreren en dan het nieuwe en het oude werkmodel met elkaar te vergelijken.

Aan het eind van de discussie volgen aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Een samenvatting rond de scriptie af. Deze beschrijft in notendop nog eens het probleem, de vraagstelling, de acties, resultaten en conclusies.

2 Probleemstelling

"Waar mijn ideeën vandaan komen? Ze komen ongeroepen en direct, ik zou ze met de handen kunnen vasthouden, in de natuur, in het woud, tijdens wandelingen, in de stilte van de nacht, in de vroege ochtend, geïnspireerd door gevoelens, die bij de dichter in woorden worden omgezet, bij mij in tonen, klinken, bruisen, stormen, tot ze eindelijk in noten voor mij staan..."

(Ludwig van Beethoven, Duits componist, 1770- 1827)

2.1 Wat waren mijn persoonlijke redenen voor dit onderwerp en waarom is het belangrijk voor de actuele ontwikkeling van het beroep en het werkveld?

In dit eerste deel van mijn scriptie ga ik duidelijk maken door welke verschillende redenen mijn onderzoeksonderwerp is ontstaan. Welke aanleiding er was en wat de relevantie voor dit onderzoek überhaupt is. De relevantie zowel voor het beroep (muziektherapeut) maar ook voor de cliënt. Ten eerste, en om het nog eens concreet te maken, ik heb ervoor gekozen om een actiegericht onderzoek te doen wat het werken met cliënten in de waakcoma betreft. Daarbij gaat het in eerste instantie om contactopbouw met deze cliënten via het medium muziek. En ook daarom hoe deze cliënten, ook zijn ze meestal niet in staat om actief mee te doen (door bijvoorbeeld een instrument te spelen) toch op een actieve manier tijdens de therapie kunt betrekken.

Ik heb precies twee jaar geleden ervoor gekozen om mijn stage van het derde jaar in een bejaardenhuis in Solingen (Duitsland) te doen. Wat ik bij deze stageplek vanaf het begin het aantrekkelijkste vond was het feit, dat er ook een afdeling voor acht mensen is, die in een waakcoma-toestand¹ terecht zijn gekomen. Tijdens de studie hadden we, tot dit moment, veel kennis over het werkveld van de muziektherapie binnen de psychiatrie opgedaan maar mensen met een hersenschade of een schedel- hersentrauma (wat vaak voor waakcoma verantwoordelijk is) waren op school nog geen doelgroepen. Ik had zin om mij in deze doelgroep te verdiepen en kennis op dit gebied te maken. Dus ging ik voor deze stageplek solliciteren en mocht op 1 september 2008 met mijn stage in Solingen beginnen. Vanaf mijn eerste dag was ik heel gefascineerd over de doelgroep. Ik had van tevoren wat literatuur gelezen maar kon me niet echt voorstellen hoe het werken met deze cliënten er in de realiteit uitziet omdat in teksten, die ik heb gelezen, zo vaak stond dat de werkvorm afhankelijk is van de situatie in het hier en nu en dat de muziektherapeut er ten plekke op moet reageren en zijn werkvorm aanpast aan de cliënt. Ik had dus inzicht in verschillende werkvormen, die met deze mensen mogelijk zijn, maar hoe de toepassing er concreet uitziet wist ik niet.

Tijdens mijn stage merkte ik snel hoe verschillend de cliënten reageren en dat ze met de weinige mogelijkheden over die ze beschikken op hun eigen manier duidelijk kunnen maken van wat ze houden en wat ze niet zo aangenaam vinden. In het begin was het voor mij moeilijk signalen juist te kunnen duiden. Maar naarmate ik meer met hun werkte, werd mij steeds duidelijker wat ze bedoelden. Signalen kunnen bijvoorbeeld de ademhaling, ogen geopend of dicht en spanning of ontspanning zijn.

In Solingen hebben we veel met de zogenoemde "lichaaminstrumenten"² gewerkt. We hadden een "korpertambura", een "klankstoel" en een "klangliege". Bovendien deed ik veel met mijn eigen stem. Ik heb in het ademritme van de cliënten gezongen. Zo konden ze op een bepaalde manier wel actief aan de therapie deelnemen. Ze gaven mij het ritme voor het zingen. Ook heb ik liederen voor hen gespeeld. Lieder waar ik wist, door gesprekken met de familie of verpleegsters, dat ze ervan houden.

Mijn eigen praktijkervaring met deze doelgroep is niet alleen op mijn stagejaar beperkt. Ik werk op dit moment met rond 10 cliënten op een waakcoma- afdeling in Essen. Ook hier maak ik gebruik van de boven al genoemde werkvormen. Helaas heb ik er geen "klankstoel" of een "klangliege" ter

¹ Het begrip "waakcoma- toestand" en waakcoma op zich wordt later nog duidelijk gedefinieerd (zie begripsafbakening).

² Bij de begripsafbakening worden de "lichaaminstrumenten" nog een duidelijk beschreven.

beschikking. Maar met mijn eigen “körpertambura” kan ik naar de kamers van mijn cliënten toe gaan of de sessies met hen in een apart lokaal doen, als ze bijvoorbeeld in de rolstoel zitten.

Tijdens de therapie met waakcoma- cliënten moet ik heel goed observeren. Als er reacties van cliënten komen, zijn deze heel klein en soms bijna niet zichtbaar. Op de volgende pagina staat eens concreet beschreven hoe deze reacties er uit kunnen zien en wat je met deze reacties als muziektherapeut moet doen.

Volgende voor mij zichtbare en waarneembare reacties van de cliënten kunnen zijn:

- Ademritme
→ Wordt de ademhaling sneller, langzamer, dieper of vlakker?
- Lichaamspanning
→ Wordt het minder of de spanning sterker?
- Gezichtsuitdrukking
→ Hoe is de gelaatskleur, wat zeggen de ogen of bewegen de ogen?
- Mimiek
→ Veranderen de mondhoeken of is misschien een glimlach zichtbaar?
- Stereotypieën
→ Bijvoorbeeld: klakken, smakken, speeksel (meer of minder), kauwreflex en bewegingen, die de cliënt niet bewust kan sturen
- Uitingen via de stem
→ Maken van geluiden, hoesten en stamelen

In de medicijn worden deze reacties door artsen vaak als automatismen beschreven (Kletke- Drawert, p.5). Maar als muziektherapeut kunnen we deze signalen gebruiken en de waakcoma cliënten laten zien dat we hem waarnemen en accepteren.

De muziektherapeut moet kijken:

- “wanneer deze reacties optreden,
- of er een samenhang met het muziekaal aanbod herkenbaar is,
- of er bij een verandering van een muzikale parameter ook een verandering van reactie plaats vindt,
- of deze reacties allen tijdens de muziek plaats vinden,
- of ze herhaalbaar zijn” (Herkenrath, 2002, p.127).

Vele muziektherapeuten zijn met waakcoma- cliënten bezig, die zich in de acute fase (fase A) of een rehabilitatiefase (fase B- E) bevinden³. Ik wil me in mijn onderzoek op die cliënten richten, die al langer in deze toestand zijn. Dus bij de fase F horen. Ik heb tijdens mijn werk met deze doelgroep tot nu toe al belangrijke ervaringen opgedaan en gezien, dat deze mensen op muziek reageren met verschillende individuele mogelijkheden waarover zij nog beschikken. Ik wil proberen duidelijk te maken dat via muziek contact met deze cliënten mogelijk is en zij wel actief invloed kunnen nemen op de muziektherapie, ook lijken ze heel passief te zijn⁴. Door stem en instrumenten laten zich emoties wekken en uitdrukken, die anders gesloten blijven.

Waarom is mijn vraag relevant voor het beroep van de muziektherapeut en voor de cliënt?

Mensen die al langer in een waakcoma verkeren zijn niet alleen een lichaam zonder geest. Het is bewezen, dat er bepaalde aandelen van het bewustzijn aanwezig zijn. Ook deze mensen hebben een recht op levenskwaliteit. Muziektherapie kan een bijdrage leveren omdat de mensen zo aangenomen wordt als hij of zij op dit moment er is en dat is voor deze mensen een belangrijke ervaring. Muziektherapie pakt die signalen op, die de mensen nog in staat zijn om te tonen. Dingen die niet meer mogelijk zijn staan in de achtergrond. Voor de cliënt in de waakcoma is dit een heilzame ervaring.

Heilzaam is natuurlijk een groot woord. Kletke- Drawert beschrijft in haar artikel (p.4-5) waarom muziek zo een werking op vele mensen heeft. Het oor is bijvoorbeeld een orgaan, welk al in de moederschoot ontwikkeld wordt en de functie van horen overneemt. Andere organen zijn in dit stadium

³ Zie fasemodel onder punt 2.2 begripsafbakening van waakcoma

⁴ De bedoeling van “actief deelnemen” wordt in de begripsafbakening nog eens duidelijk uitgelegd

nog helemaal in de ontwikkeling. Als we overleden is het oor het laatste orgaan, dat zijn werking beëindigt. Ook moet je eens erover nadenken, dat je het oor alleen actief kunt sluiten, door bijvoorbeeld de handen erop te leggen. De ogen kun je met de oogspieren sluiten. Het is dus moeilijker niet naar iets te horen in plaats van naar iets te kijken.

Door luisteren krijgen wij contact met de ons omringende wereld. Wij leren klanken en geluiden kennen, van die wij houden of die wij afstotend vinden. Aan deze akoestische ervaringen koppelen wij beelden, die voor ons hele leven vormend zijn.

Je kunt denken aan moeder of vader, die liederen voor hen kinderen zingen als deze naar bed moeten. Dat zijn leuke ervaringen in verbinding met muziek en het waarnemen van geluiden en klanken. Maar er zijn ook negatieve gevoelens, emoties of waarnemingen, die mensen met klanken in verbinding brengen. Bijvoorbeeld bomalarm en vliegtuiglawaai als signalen voor de oorlog. Bij oudere mensen zijn deze geluiden heel present. Voor elk mens ontstaan door het horen van bepaalde geluiden en klanken koppelingen tussen beelden en ervaringen.

De functie van het oor wordt door de huid en door het skelet ondersteund. Zij fungeren als een soort geluidoverbrenger. Muziek kan op het totale gericht worden waargenomen. Denk hierbij aan een klankmassage op de klankstoel. Voor vele mensen is dit een bijzondere beleving.

Voor mensen in de waakcoma zijn akoestische prikkels, naast de tactiele prikkels, de belangrijkste vorm van contact. Als je verbaal contact zoekt kom je meestal niet tot het gewenste resultaat. Ook komt het bodschap bij de mensen aan, kunnen zij niet adequaat reageren en voelen zich misverstaan. Deze toestand, niet juist te kunnen reageren, hoort echter bij het ziektebeeld. Vaak denken mensen dan, dat waakcoma- cliënten waarnemingsonbekwaam zijn.

Muziek zendt een ander bodschap naar deze mensen toe. Muziek zegt:

- ik neem jou waar
- ik pas mee aan jou aan
- jouw bodschappen werden door mij opgenomen
- je ontwerpt mee

Muziek bereikt de aandacht van die mensen, die niet in staat zijn verbaal te ageren, op een non-verbale manier. Muziek biedt prikkels en mogelijkheden voor een eigen uitspraak en dialoogvorming. Deze soort waarneming is voor mensen in de waakcoma, die anders een leven van totale andermans bestemming leven, een eerste ervaring de eigen overblijvende mogelijkheden te gebruiken.

Muziek heeft dus heilzame werking.

Ook hier wordt weer duidelijk, dat muziek de functie heeft om contact met waakcoma- cliënten te gaan maken. Bovendien werd gezegd, dat zij mee kunnen ontwerpen, mee kunnen “gestalten”. Dat is het wat ik wil gaan onderzoeken. Hoe bouw je deze vorm van contact het beste op en wat zijn de mogelijkheden om mee te ontwerpen, mee te “gestalten”, dus actief te zijn.

Ik heb tot nu toe alleen ervaring wat het werken met deze doelgroep in Duitsland betreft. S. Burger gaat in haar artikel (Baumann & Gessner, 2004, p.41) dat er bijvoorbeeld in het jaar 2003 in Duitsland 41.047 kinderen onder de 15 jaar door ongelukken schaden hebben genomen. 216 zijn overleden. Bij jeugdigen tussen de 15 en 18 jaar waren er 30.924 gewonde en 316 dode. Per jaar zijn er dus rond de 5000 kinderen, jeugdigen en volwassenen, die er als gevolg van een hersenverwonding, in een waakcoma- toestand terecht komen. De medicijn maakt steeds meer mogelijk en mensen kunnen zo heftige ongelukken overleven. Dat was niet altijd zo. Ook het feit dat er in Duitsland euthanasie niet mogelijk is levert een bijdrage daaraan, dat deze doelgroep groter word en steeds meer muziektherapeuten gebruikt worden. In Nederland kun je euthanasie doen. In de bijlage 1 is een formulier te vinden, wat je kunt invullen en wat duidelijk maakt wanneer het in Nederland mogelijk is.

2.2 Begripsafbakening

In het nu volgende deel ga ik op de begrippen “waakcoma”, “actief deelnemen”, “contact opbouwen” en “lichaamsinstrumenten” in.

2.2.1 Waakcoma

Waakcoma is tot nu toe een begrip, dat veel onzekerheid weerspiegelt. Dit wordt duidelijk door het feit, dat waakcoma op zich geen begrip in de medicijn is. Er is sprake van “apallisches syndroom”, “(persistent) vegetative state”, “coma vigile” of “waakcoma” (Herkenrath, 2006, p.23). Deze verschillende begrippen maken duidelijk hoe onzeker de mensen zijn, die met waakcoma te maken hebben. Ook de medicijn zelf heeft verschillende opvattingen over wat het ziektebeeld betreft.

Het woord “coma” beschrijft in eerste instantie een heel diepe vorm van slaap. Dat mensen in deze toestand niet zonder belevingen zijn maken onderzoeken duidelijk. 40%- 50% van mensen, die in een coma waren, geven aan herinneringen te hebben aan deze tijd. Dus waarneming is mogelijk (Kletke-Drawert, p.2). Verder maakt Kletke- Drawert duidelijk dat mensen niet zonder reden in een coma vallen. Verwondingen van het hersenen of een tekortkomen van zuurstof zijn vaak oorzaken. De lichaam werkt alleen nog met de basale functies om het overleven van de mens te garanderen. Schramm (2002, p.36) zegt bovendien dat mensen zo lang in de coma blijven tot dat ze het traumatische gebeuren verwerkt hebben. Of dat ze overlijden, als dit niet mogelijk is.

Wat is nu typisch voor waakcoma? Volgende symptomen maken het duidelijk:

- Een spontane ademhaling is bestaan
- Een bestaand slaap- waakritme → ogen kunnen worden geopend
- Geen zinvolle reactie op pijn, aanrakingen, aanspraak of visuele prikkels
- Geen bewuste contactopnames of eigen activiteit
- Kunnen vorderingen niet nakomen

(Nydahl, 2005)

Waakcoma kan in volgende fasen worden onderverdeeld:

Fase A (mensen in een coma)

- De acute behandeling
- Doel: het overleven en het stabiliseren

Fase B (waakcoma)

- De postacute behandeling
- Doel: de mensen in het “bewuste leven” terug te halen

Fase C

- Mobilisatie en rehabilitatie
- Doel: weer zelfstandig te worden

Fase D

- Neurologische rehabilitatie
- Doel: het verder integreren in de maatschappij en het verminderen van de door de ziekte ontstaande handicaps

Fase E

- Ambulante Zorg
- Doel: Terugkomen in het sociale leven en het leven op werk

Fase F

- Langtijd- verpleging in een bepaalde instelling of thuis
- Doel: Het vermijden van nog meer schade

(Nydaal, 2005)

2.2.2 Actief deelnemen

Cliënten in de waakcoma lijken heel passief te zijn. Zij liggen in hen bed of zitten in de rolstoel. Als de ogen open zijn kijken ze vaak in een richting en als ze wel naar jou kijken lijkt het, als of ze door je heen staren. Zo als al beschreven kunnen ze niet zinvol reageren, vanuit zichzelf geen contact opbouwen en ook vorderingen niet nakomen.

Ergotherapie, logopedie en fysiotherapie richten zich direct op het lichaam. Muziek is echter een aanbod voor de ziel. In dit medium moeten de cliënten niet actief deelnemen. Een muziektherapeut kan ook receptief bezig zijn. Dus muziek voor de cliënt maken. Smeijsters (2003, pp. 53) legt concreet de verschillende mogelijkheden en doelstelling van de werkwijzen uit.

Volgens mij kan ook een receptieve werkvorm naar een actieve werkvorm overgaan. Om het helder te maken beschrijf ik een voorbeeld van mijn eigen praktijkervaring.

Martin krijgt twee keer de week muziektherapie. Een keer brengen de verpleegsters hem naar het lokaal waar de "klankliege" staat. Een keer kom ik naar zijn kamer toe en doe de therapie direct aan zijn bed. Voor deze sessies heb ik dan altijd de "korpertambura" mee. Martin kent de instrumenten en ik hoef niet veel te zeggen. Ik doe een korte begroeting. Zing de melodie, die ik altijd voor hem zing als de muziektherapie begint. Binnen deze melodie pak ik heen en weer zijn naam op. Dan begint hij te lachen. Soms is het een glimlach soms een lachen met geluiden. Dan begint de "klankmassage" met de "korpertambura". Eerst speel ik sommige minuten gewoon op het instrument dan maar ik ook gebruik van mijn stem en begin een melodie te neurien. Met de inzet van mijn stem kijkt Martin naar mij. Ik zing zijn naam. Hij lacht. Ik doe het nog eens. Hij lacht weer. Zo ontstaat een dialoog. Als hij naar mij kijkt bouw ik zijn naam in mijn melodie in. Zijn antwoord is een lachen. Kijkt er weer een andere richting op neurie ik mijn melodie. Hij kan dus beïnvloeden wanneer ik zijn naam zing en wanneer niet.

Dit is maar een voorbeeld. Maar ik denk dat duidelijk werd wat ik ermee bedoel als ik zeg, dat ik de cliënten actief wil laten deelnemen. Het gaat niet daarom dat ze op instrumenten meespelen. Veel meer is het observeren, oppakken en meenemen van de cliënten gebaseerd op de signalen⁵, die ze in staat zijn om te laten zien.

2.2.3 Contact opbouwen

Ik versta in dit geval onder contact niet het contact wat je met een vriend of een medewerker etc. hebt. In het geval van een waakcoma- cliënt bedoel ik met contact, dat er iets aan reacties komt tijdens de muziektherapie. Dat ik een signaal kan waarnemen waardoor duidelijk wordt dat hij weet dat ik er ben. Mogelijkheden hiervoor zijn de voor mij waarneembare reacties die ik al eerder heb beschreven. Het gaat dus om contact via de basale functies.

S. Burger (Baumann & Gessner, 2004, p. 46) heeft de signalen voor "open zijn" of "gesloten zijn" en ook voor "Ik heb stres" eens in een tabel opgeschreven. Deze is op de volgende pagina te vinden. Ik heb van deze signalen al eerder gesproken maar ik denk om duidelijk te maken wat ik met contact bedoel is het wel handig om het nog eens in deze vorm in te voegen. Men kan de signalen in verschillende emoties met elkaar vergelijken.

⁵ De signalen zijn in deel 2.1 beschreven

Zeichen für „sich öffnen“	Zeichen für „sich verschließen“	Zeichen für angestrengt und überfordert sein („Stress“)
Entspannen, „weich“ werden Nachlassen der Beugespastik	Anspannen, Erstarren Zunahme der Beugespastik	Abspannen, sich Verschließen Erstarren, Anstieg der Herzfrequenz, körperliche Unruhe (Zittern)
Ruhiges Atmen, Seufzen	Unruhiges Atmen	Hektisches Atmen
Hinsehen, fixieren, blinzeln	Blickwendung, Wegsehen	Häufiges Wegsehen, heftiges Weggdrehen des Kopfes
Augen öffnen	Augen schließen	Augen schließen
Mund öffnen Lippen öffnen und bewegen	Mund schließen Lippe schließen	Mund und Lippen Zusammenpressen
Schlucken und Schmatzen	Orales Erstarren	Erbrechen
Stirn glätten, mimisch entspannen	Mimisches Anspannen Stirn in Falten legen	
Erröten	Erblassen	Rotwerden, Schwitzen
Lächeln	Furchtgrinsen	Angespanntes Gesicht, Weinen

Ik denk dat duidelijk word wat waakcoma- cliënten in staat zijn om te doen om te laten zien dat ze open zijn voor wat er gebeurd.

Het volgende zin vat nog eens heel concreet samen om wat het precies gaat.

*“Diese Entschlüsselung ist eine Übersetzung pathologischer, ‚sinnloser‘ Symptome in bedeutungsvolle Zeichen“
(Zieger, 2001, p.27).*

2.2.4 Lichaamsinstrumenten



De lichaamsinstrumenten, die ik gebruik heb en nog steeds bij mijn werk met waakcoma- cliënten gebruik zijn gemaakt door Bernhard Deutz. Hij heeft zijn eigen “KlangWerkStatt” in Berlin. Als je een instrument van hem wilt kopen gaat hij het dan speciaal voor jou bouwen. Bovendien kun je cursussen bij hem doen en instrumenten zelf maken.

De lichaamsinstrumenten zijn deels in samenwerking met muziektherapeuten ontwikkeld. Ze zijn voor de receptieve behandeling gemaakt voor in principe alle mensen. De leeftijd speelt daarbij geen rol en de instrumenten kunnen zowel voor therapie als voor gewoon veilig voelen worden gebruikt. Bijzonder aan deze soort instrumenten is, dat ze snaren hebben, die in monochord- of tamburastemming gestemd zijn. Dus alleen een D (monochord) of D/A (tambura). Bespeelt worden deze instrumenten met de vingers. Deze streken heel zacht over de snaren heen. Door deze beweging gelijkmatig te doen ontstaat er een klanktapijt, dat door meeklinkende boventonen, heel harmonisch is en van de meeste mensen als aangenaam ervaren wordt.

Het klanktapijt van de klangliege en de klankstoel kan voor de “bespeelde mens” voelen als een hoes, die rond de lichaam gaat. Dit brengt een heel diepe ontspanning met zich, die op de klankstoel heel gegrond voelt omdat de voeten op de grond staan, en op de klangliege meer als “loslaten” ervaren wordt. Dit gebeurt door het feit, dat je op de klank ligt.

De körpertambura is in principe een klein klangliege. Je kunt het instrument mee naar de cliënten nemen, wat heel handig is, als er geen mobilisatie naar de klangliege of de klakstoel kan plaatsvinden. Je kunt de körpertambura op de cliënt neerliggen, als de persoon het aankan, en de persoon zo op verschillende plekken van het lichaam bespelen. Dit instrument wordt expliciet voor het werken met mensen in de waakcoma ontwikkeld. Maar omdat het zo handig is gebruiken muziektherapeuten het inmiddels ook voor actief spel met cliënten in allerlei variaties en met andere doelgroepen.

De klank van de körpertambura is heel zacht en heeft ontspannende maar ook stimulerende werking.



Deze foto laat zien hoe er een therapie op de klankstoel kan uitzien. In dit geval is het geen waakcoma- cliënte. Maar zo ziet het instrument er uit. Als je met waakcoma- cliënten deze vorm van therapie doet is het belangrijk vooraf te weten of ze überhaupt op deze stoel kunnen zitten en dat zitten in het algemeen hun geen pijn doet. In Solingen hadden we door deze reden een klankstoel met een leuning voor de armen. Zo is het zitten voor mensen met bepaalde beperkingen gemakkelijker.

Meer over Bernhard Deutz en zijn instrumenten is op de website (<http://www.deutz-klangwerkstatt.de>) te vinden.

3 Vraagstelling

In het eerste deel van mijn scriptie, de probleemstelling, kwamen sommige begrippen vaak aan bod. Deze zijn “verschillende signalen”, “contactopbouw”, “actief laten deelnemen” en “muziektherapie”. Ook ging ik erop in, dat muziek de cliënten, die in het waakcoma verkeren door de muziektherapeut afgehaald worden.

Tijdens mijn stage en ook tijdens het werken met deze doelgroep viel het mij vaak op dat ieder cliënt anders reageert op de muziektherapie, ook lijken ze in het begin van de muziektherapie allemaal alleen passief te zijn. Ik vroeg me dus af hoe ik met wie in contact kan komen en bepaalde dingen kan uitlokken, zoals bijvoorbeeld een mimiek of kleine beweging. Iets waardoor ik contact kan opnemen en waardoor misschien een dialoog tussen mij en de cliënt kan ontstaan.

Hier dus mijn vraagstelling voor mijn scriptie:

“Kom, ik neem je mee...”

Hoe kun je met mensen, die al lange tijd in de waakcoma verkeren, door muziektherapie contact opbouwen en zij actief aan de therapie laten deelnemen?

Om tot antwoord te komen haal ik nog eens iets uit het eerste hoofdstuk terug. Namelijk een overzicht Kletke- Drawert (p.5) en een van Herkenrath (2002, p.127), waar beschreven is, waarop muziektherapeuten moeten letten.

Volgende voor mij zichtbare en waarneembare reacties van de cliënten kunnen zijn:

- Ademritme
 - Word de ademhaling sneller, langzamer, dieper of vlakker?
- Lichaamspanning
 - Wordt het minder of de spanning sterker?
- Gezichtsuitdrukking
 - Hoe is de gelaatskleur, wat zeggen de ogen of bewegen de ogen?
- Mimiek
 - Veranderen de mondhoeken of is misschien een glimlach zichtbaar?
- Stereotypieën
 - Bijvoorbeeld: klakken, smakken, speeksel (meer of minder), kauwreflex en bewegingen, die de cliënt niet bewust kan sturen
- Uitingen via de stem
 - Maken van geluiden, hoesten en stamelen

Ik moet kijken:

- “wanneer deze reacties optreden,
- of er een samenhang met het muzikaal aanbod herkenbaar is,
- of er bij een verandering van een muzikale parameter ook een verandering van reactie plaats vindt,
- of deze reacties allen tijdens de muziek plaats vinden, of ze herhaalbaar zijn”.

Het gaat dus niet daarom alleen maar waar te nemen, want de cliënten doen vele dingen niet bewust. Ik wil een samenhang tussen de muziek en de waarneembare reacties duidelijk maken. Zo ontstaan vanuit deze twee overzichten volgende subvragen, die eerst beantwoord moeten worden voordat ik aan de eigenlijke vraag kan beginnen.

“Kom, ik neem je mee...”

- Treden die voor mij waarneembare reacties van de cliënt in samenhang met de muziektherapie op?
- Treden reacties alleen binnen de muziektherapie op?
- Is er een samenhang tussen verandering van een muzikale parameter⁶ en verandering van reactie van de cliënt?
- Zijn reacties herhaalbaar?

4 Doelstelling

Der Langsamste, der sein Ziel nicht aus den Augen verliert, geht noch immer geschwinder, als jener, der ohne Ziel umherirrt.

*(Gotthold Ephraim Lessing, 1729- 1781,
Duits literatuurtheoreticus- en criticus)*

Mijn doelstelling heeft betrekking op verschillende dingen. Ten eerste wil naar mijn manier van werken kijken. Welke werkvormen die ik gebruik zijn goed, welke moet ik eventueel bijstellen en zijn er nog andere manieren om met deze doelgroep aan de slag te gaan. Ik wil dus mijn eigen werkmodel uitbreiden en me nog meer verdiepen.

Ten tweede de doelstelling ten aanzien van het werkveld. Dus de muziektherapie. Tijdens de opleiding speelt de doelgroep waakcoma- cliënten een kleine rol. Maar als je afgestudeerd bent en in het werkveld terecht komt zie je, dat er wel veel plekken voor muziektherapeuten zijn waar het werken met mensen die een schade van het hersenen hebben, centraal staat. Dus wil ik mij met mijn onderzoek ook aan muziektherapeuten richten, die nog geen kennis hebben, over wat deze doelgroep betreft. Ik wil hen laten zien dat er veel mogelijk is en dat je gewoon moet weten, hoe je de signalen van de cliënten moet duiden om er iets mee te doen.

En een derde doelstelling gaat aan de omgeving van de waakcoma- cliënt. Dus aan familie, vrienden maar ook personeel van de instellingen waar deze doelgroep behandeld word. Het is namelijk mogelijk elementen uit de muziektherapie ook buiten de sessies te gebruiken. Ik wil laten zien welke elementen dat zijn en wanneer en op welke manier ze het best gebruikt kunnen worden.

Ik ben mij ervan bewust dat dit een doelstelling is die ik van tevoren in de vraagstelling niet heb beschreven en die hier een beetje zonder samenhang staat. Maar het is iets, dat vaak van familieleden gevraagd wordt. Vragen zijn bijvoorbeeld: Wat kan ik met muziek doen, als jij hier niet bent? Ik noem het dus als doel, ook heeft het met mijn onderzoeksvraag niets te maken. Het is gewoon omdat ik er voor de familieleden wil zijn en hem mogelijkheden wil laten zien.

⁶ Een overzicht van de muzikale parameter is in de bijlage 2 te vinden

5 Onderzoekstype

Ik heb ervoor gekozen om een ontwikkelingsonderzoek te doen.

“Ontwikkelingsonderzoek: Bij een ontwikkelingsonderzoek gaat het om het door middel van onderzoek ontwikkelen en verbeteren van het (eigen of andermans) 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, 2005, p. 52).

Ik denk dat via dit citaat heel goed duidelijk word wat precies met ontwikkelingsonderzoek bedoeld word. Het gaat namelijk om het verbeteren en ontwikkelen van het eigen beroepsmatige handelen of het handelen van iemand anders. Ik denk dat dit heel goed past bij mijn persoonlijke vraagstelling en ook bij de doelstellingen, die ik heb beschreven. Ten eerste wil ik natuurlijk mijn manier van werken met de waakcoma- cliënten verbeteren en verder ontwikkelen. Ik wil kijken welke werkvormen geschikt zijn, nieuwe werkvormen bedenken en oude werkvormen vernieuwen. Dat hoort bij deze onderzoekstype. Bovendien wil ik muziektherapeuten, die nog geen kennis met de doelgroep hebben, een werkwijze bieden. Ook dit punt past heel goed bij deze manier van onderzoek.

Verder gaat Smeijsters (2005, p.118) erop in, dat het voor een ontwikkelingsonderzoek kenmerkend is, dat er tijdens het totale onderzoek een stapsgewijze aaneenschakeling van deelonderzoeken nodig is. Dat is bij mij het geval. Ik heb een vraagstelling geformuleerd, waar het in deze scriptie over gaat. Hoe is het mogelijk via de muziek contact met waakcoma- cliënten op te bouwen en zij actief deel te laten nemen? Om deze vraag te onderzoeken zijn ook subvragen van belang waarmee ik mij bezig moet houden.

6 Onderzoeksmethode

6.1 Beschrijving van actiegericht onderzoek

Ik ga in dit onderdeel van het zesde hoofdstuk beschrijven wat actieonderzoek algemeen inhoud en ga dan erop in waarom het bij mijn vraagstelling passend is. In de volgende hoofdstukken ga ik de fases van deze onderzoeksmethode aan de hand van mijn eigen casus beschrijven.

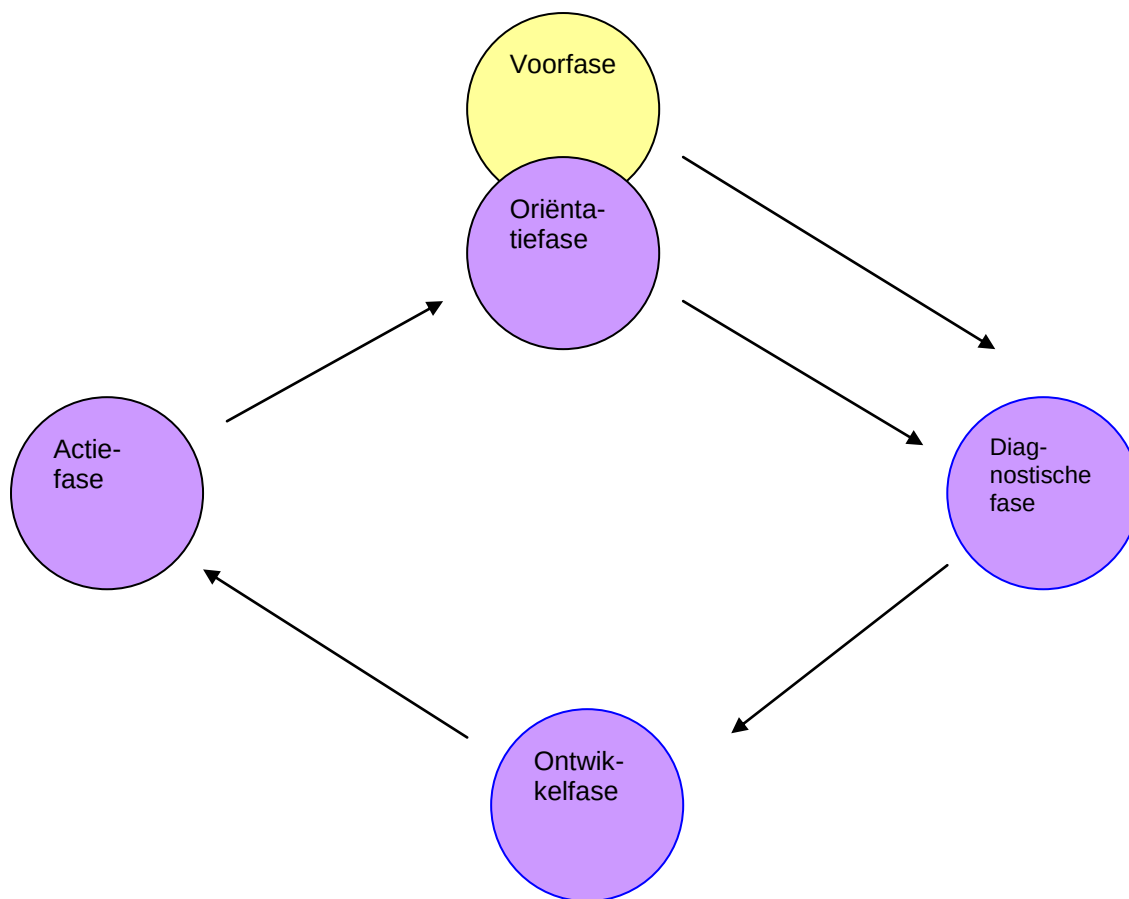
Migchelbrink (2007, p. 151) begint actieonderzoek daarmee te beschrijven, dat dit onderzoeksmethode technisch gezien een cyclus van vijf verschillende fasen is. Deze zijn de voorfase, de oriëntatiefase, de diagnostische fase, de ontwikkelingsfase en de actiefase. Daarbij is het belangrijk te weten dat zowel de diagnostische fase als ook ontwikkelings- en actiefase meerdere malen doorlopen worden. Daarom worden deze fases ook de kernfasen genoemd.

Om helderheid te geven beschrijft Migchelbrink (2007, p. 151) wat de genoemde fases inhouden.

- De voorfase
→ Voordat het eigenlijke onderzoek begint moet duidelijk zijn waarom de vraag überhaupt nodig of gewenst is. Bovendien moeten verschillende groepen van mensen actief worden en zich met het traject van het onderzoek verbinden.
- De oriëntatiefase
→ De betrokkenen personen maken kennis met elkaar en oriënteren zich op de problematiek.
- De diagnostische fase
→ Er vindt een gezamenlijke verdieping van de betrokken plaats, die met het actieonderzoekstraject te maken hebben. Deze verdieping vindt plaats op het gebied van de vastgestelde problematische ontwikkelingssituatie. De betrokkenen onderzoeken dit vanuit zoveel mogelijk invalshoeken en aspecten. Belangrijk is dat erover gereflecteerd wordt.
- De ontwikkelingsfase
→ In deze fase wordt door de betrokkenen een verbeteringsplan uitgewerkt. Dit plan ontstaat door de kennis die iedereen gemaakt heeft en die met iedereen gedeeld werd. Zo ontstaan nieuwe ideeën, aandachtspunten en werkpunten voor een verbeteringsplan.
- De actiefase
→ Het opgestelde verbeteringsplan wordt in daden omgezet. De voortgang wordt tussentijds gevolgd om het plan en de uitvoering eventueel bij te kunnen sturen. Bovendien wordt de voortgang altijd geëvalueerd. Dit is nodig om vast te stellen of en wanneer de gewenste situatie bereikt is.

Belangrijk om te weten is dat, als er een aanvullende nieuwe actie nodig is, een nieuwe diagnostische fase moet worden opgestart en een nieuw actieplan ontwikkeld en uitgevoerd moet worden. Logischerwijs wordt de actieonderzoek- cyclus opnieuw doorlopen.

Op de volgende pagina volgt een schema van deze cyclus.



De actieonderzoekscyclus (Migchelbrink, 2007, p. 152)

Migchelbrink (2007, p. 152,153) maakt duidelijk dat de beschrevene fasering een schema is en nooit precies samen valt met wat er in de praktijk gebeurt. De verschillende fases worden uitgelegd om te laten zien hoe een actieonderzoek schematisch kan verlopen. Zo zijn deze fases ook wel in de praktijk te onderdelen, maar niet steeds te scheiden van elkaar. Ze vloeien soms gemakkelijk in elkaar over. Ook heeft iedere fase een vaste opgave, lopen ze in de tijd gezien naast elkaar en door elkaar. In elke fase wordt er gebruik gemaakt van wat er aan kennis is gemaakt in de voorafgaande fase. Dat betekent niet, dat je niet meer terug mag gaan als je bijvoorbeeld de diagnostische fase hebt afgerond in met de ontwikkelingsfase bent begonnen. In de praktijk is het namelijk wel gebruikelijk nog eens naar een vorige fase te kijken om op deze manier kennis opnieuw binnen te halen en aan te vullen. De (ideale) logische volgorde is het wel een actieonderzoek met de voorfase te beginnen en dan naar de oriëntatiefase te gaan. Dan sluit de ontwikkeling aan en met de actiefase wordt geëindigd. De suggestie hierbij is dat je met de voorfase en de oriëntatiefase begint om dan via de diagnostische fase tot actie te komen. Maar dit is een logische opbouw. Als je naar de praktijk kijkt hoeft dit niet zo te zijn. Een actieonderzoek kan overal beginnen. Ook de actiefase kan het beginpunt van een actiegericht onderzoek zijn als bijvoorbeeld door een actie, die je doet, vragen opkomen de eigen situatie eens onder de loep te nemen (de oriëntatie/ diagnose).

6.2 Waarom actiegericht onderzoek?

Ik denk dat mijn vraag heel passend is voor een actiegericht onderzoek omdat mijn vraagstelling vanuit een actie is ontstaan. Ik werk nu een tijd met mensen in de waakcoma en begon me af te vragen op welke verschillende manieren je met hen via de muziek contact kunt opnemen en hoe je de therapie zo kunt aanbieden dat ze wel deel kunnen nemen en op een bepaalde manier mijn handelen kunnen beïnvloeden. Ook vroeg ik me heel snel af hoe ik bijvoorbeeld familieleden mee kan betrekken omdat muziektherapie niet elke dag kan plaatsvinden. Ik wou deze betrokkene personen suggesties kunnen geven wat zij uit de muziektherapie in het dagelijkse leven met de cliënten kunnen invoegen. Voor mijn actieonderzoek ben ik nog eens op zoek gegaan naar een cliënt waar ik vanaf nul kan beginnen. Toon ik het eerste telefoongesprek met de moeder van die jonge man had was het eerste wat ze zei: "Misschien kun je hem door de muziek bereiken en contact met hem opnemen. Ons lukt het op dit moment meestal niet".

Ik denk dat ook deze uitspraak een duidelijk signaal voor een actieonderzoek is. Ik wil kijken welke werkvormen uit de muziektherapie werken en hoe ik met andere therapeuten aan de slag kan gaan. Hoe ik dit doe en hoe mijn actieonderzoek- netwerk is opgebouwd maak ik straks duidelijk.

Samengevat kan ik zeggen dat ik zowel door mijn actie tijdens de derde jaar stage en door de eerste contacten met de familie van mijn nieuwe cliënt (dus de voorfase) naar mijn probleemstelling en vraagstelling en uiteindelijk naar dit actiegericht onderzoek ben gekomen.

6.3 Op welke fase van het actiegericht proces heeft mijn focus gelegen?

Mijn focus heeft in principe op twee fases gelegen. Die eerste fase is de voorfase/ oriëntatiefase geweest. Deze was volgens mij van groot belang voor de hele onderzoek. Ik wou een goede indruk maken als onderzoeker en het team op de hoogte van mijn onderzoek stellen. Dat is mij ook gelukt.

De fase, die ik nog belangrijker vond was de ontwikkelfase. Deze wordt in hoofdstuk zeven gedetailleerd beschreven. Bij een actieonderzoek staat het ontwikkelen in de voorgrond. Dit is in mijn geval tijdens de ontwikkelingsfase in de voorgrond geweest. Vandaar ook de reden waarom mijn focus sterk op deze fase heeft gelegen.

7 Voorfase en oriëntatiefase

Voor de scriptie ben ik dan op zoek naar een nieuwe cliënt gegaan, met wie ik dan helemaal in het begin kon starten. Tijdens mijn eerste gesprek met de ouders van die jonge man zeiden ze meteen, dat hun zoon al muziektherapie had en dat ze zagen, dat hij goed erop reageerde. Toen we met elkaar praatten ging het niet goed met hem en hun wens was het, dat hij weer eens op iets reageert. Ze waren in blijde verwachting dat de muziektherapie een sleutel kan zijn.

Ik heb du een cliënt kunnen vinden die op dit moment op een rehabilitatieafdeling van in ziekenhuis direct in mijn buurt terecht kwam. Het is een jonge man van 26 jaar, die er twee jaar geleden en ongeluk met zijn motorfiets heeft gehad. Een zware schedel- hersenentrauma was het gevolg van het ongeluk, welk niet zijn schuld was. Hij is nog steeds in de waakcoma.

Ik doe mijn onderzoek vanuit eigen initiatief. Ik hoorde toevallig van de familie door een vriendin van mijn vader. Deze vroeg aan de moeder of het mogelijk is dat ik voor mijn onderzoek muziektherapie aan haar zoon geef. Zij was sowieso op zoek naar een muziektherapeut omdat haar zoon ooit muziektherapie had en er sterk van kon genieten. Ik belde haar dus op en zij vertelde mij dat zij mijn idee heel interessant vind omdat zij al uit ervaringen met muziektherapie wist, dat haar zoon er goed op reageert. Maar ze zei ook dat Michael⁷ op dit moment in het ziekenhuis ligt. Ze gaf mij het nummer van de dokteres van de afdeling van het ziekenhuis. Met haar heb ik een afspraak kunnen maken en we gingen ontmoeten. Tijdens mijn eerste bezoek heb ik zowel de arts, als ook de fysiotherapeut, de ergotherapeut, vele verpleegsters en de vader van Michael kunnen leren kennen.

Mijn actieonderzoek- netwerk bestond dus uit volgende personen:

- De familie van Michael (vader, moeder, een broer en een zus)
- De arts
- De fysiotherapeut
- De ergotherapeut
- De verpleegsters
- Mijn oude stagebegeleidster als een vorm van expert op het gebied van werken met cliënten in de waakcoma.

Deze personen hebben allemaal verschillende rollen binnen mijn onderzoek gehad. Bij de familie kon ik met vragen terecht die met Michael persoonlijk te maken hadden en voorwaarden voor een goede start met de therapie waren. Ik kon aan hen vragen van welke soort muziek hij houdt en hoe ik verschillende signalen die hij al laat zien kan duiden. Zij kennen de eigen zoon of broer nu al sinds twee jaar met deze toestand en konden mij belangrijke tips geven wat het werken met hem gemakkelijker maakte.

Bij de arts kon ik met vragen terecht die het ziektebeeld op zich betreffen. Ik kon met haar praten als er problemen waren die ik niet alleen kon oplossen omdat ze de medicijn betreffen. Ik had bijvoorbeeld eens een situatie waar de hartslag van Michael de hele tijd omhoog ging. Dat is in principe niet nieuw voor mij geweest. In het begin van de therapie waren het bijvoorbeeld 77 slagen per minuut. Toen ik begon werd het meer. Soms 80 of 90 slagen. Maar tijdens deze sessie ging het steeds meer worden. Op eens liet de apparatuur, waar hij is aangesloten, 130 slagen per minuut zien. Bovendien begon Michael te zweten en werd onrustig. Ik wist al door de teamgesprekken, dat hij vaker in bepaalde stress situaties komt, die hen oorsprong in het vegetatieve zenuwstelsel hebben. Maar voor mij was deze toestand onbekend. Ik ben dus naar de arts toegegaan en haar gezegd wat aan de hand is. Zij kwam mee naar zijn kamer en zij dat hij snel medicijn moet krijgen daarmee zijn toestand niet slechter word. Dat deed zij dan ook. Michael was dan heel moe en begon te slapen. De therapie kon ik niet afsluiten maar het was een leerzame situatie voor mij. De arts kon mij uitleggen wat er gebeurt en wat voor mij tot dit moment niet duidelijk was.

Met de fysiotherapeut en de ergotherapeut kon ik ervaringen uitwisselen wat de therapie betreft. We konden dingen aan elkaar laten zien om de cliënt gezamenlijk de best mogelijke behandeling te bieden.

⁷ Michael is een door mij bedachte naam voor de cliënt

De verpleegsters kennen die cliënt heel goed omdat ze het dagelijkse leven met hem leven. Ze zien hem in de ochtend en brengen hem weer naar bed. Van hen kon ik veel kennis over Michael opdoen.

Mijn officiële entree binnen de groep komt begon met het eerste teamgesprek. Zij wisten allemaal dat ik er voor de muziektherapie met Michael kom en ze zijn heel enthousiast geweest omdat ze een nieuwe vorm van therapie konden leren kennen. Ik had tijdens het gesprek de kans om nog eens duidelijk te maken wat het doel van mijn onderzoek is en kon ondersteuning van hen vragen. Ik vond het belangrijk dat eens persoonlijk aan iedereen uit het team te vertellen. Bovendien heb ik op de deze dag de kans gehad eens met de fysiotherapeut mee te lopen en eens de hele afdeling te leren kennen. Ik kon observeren en vragen stellen. Ik denk dat dit in het begin heel was omdat ik zo alle praktische vragen kon stellen. Dingen die voor mij van belang waren en nog niets met de muziektherapie te maken hadden.

Binnen de oriëntatiefase was het verder van belang de kennis met de betrokkenen van mijn onderzoek te verdiepen. Dit gebeurde vooral door een keer per week aan het teamgesprek deel te nemen en door gesprekken op de gang. Met de familie kon ik ook in het ziekenhuis praten omdat er altijd iemand aanwezig was. Ik denk dat een relatieopbouw met de betrokkenen meer is dan gewoon kennis te maken en dit kan alleen door contact en door praten.

Mijn doel is het mijn vraag te kunnen beantwoorden. Dus uit te vinden welke werkvormen voor mensen met waakcoma binnen de muziektherapie geschikt zijn om contact met hen op te nemen. En hoe ik deze mensen dan mee kan nemen en ze actief kan laten deelnemen aan de therapie. Ik weet dat dit wel een grote vraag is maar door mijn ervaringen weet ik dat het kan. Anders zou ik het niet doen. Ik wou in de oriëntatiefase dus ook zo veel mogelijk kennis over Michael verkrijgen dan mogelijk. Ook daarvoor stond het uitwisselen met de betrokkenen in de voorgrond.

Ik, in de rol van de onderzoeker, wou in deze fase van mijn actiegericht onderzoek vertrouwen krijgen in het onderzoek en de onderzoekers. Ik wou me op het team inspelen en er niet maar even voor de therapie met Michael langs komen en dan snel weer gaan. Daarvoor moest ik de betrokkenen duidelijk maken dat ook hen rol belangrijk is en dat de resultaten van het onderzoek voor iedereen van belang zijn maar dat ik wel het initiatief neem om het op gang te brengen. Migchelbrink (2007, p. 165) noemt belangrijke aspecten welke houdingen en gedragen van de onderzoeker een goede bijdrage kunnen leveren om een goede relatie met de betrokkenen op te kunnen bouwen. In deze houdingen kon ik me helemaal weer vinden en heb er ook gebruik van gemaakt. Deze aspecten waren:

- “Belangstelling en interesse tonen in andere mensen.
- Aanvaardend, niet oordelend en respectvol reageren.
- Tactvol zijn in de gesprekscontacten en de omgang.
- ‘Actief luisteren’ naar de andere mensen.
- Terughoudend zijn met eigen opvattingen en voorkeuren” (Migchelbrink, 2007, p. 165).

Dit was een beschrijving van één netwerk wat betrekking heeft op mijn actieonderzoek.

Maar ik werk al sinds eens jaar op een waakcoma- afdeling in Essen (Duitsland). Ik heb er rond de tien cliënten peer week met die ik individuele sessies doe. Bovendien vind er op woensdag een groep plaats. We zingen samen, drinken koffie en praten met elkaar. Voor de familieleden van de cliënten is dit uurtje heel belangrijk geworden omdat het een stukje van een normaal leven weerspiegelt.

De werkplek in Essen is voor mij heel belangrijk ook in verbinding met mijn onderzoek. Toen ik er met werken begon was er alleen nog een fysiotherapeute aanwezig. Inmiddels zijn we een team, dat uit vijf therapeuten bestaat. Ik ben nog steeds de enige creatieve therapeut erin, maar er zijn twee fysiotherapeuten en een ergotherapeut bijgekomen. Ik heb er niet echt een entree als onderzoeker gehad, omdat ik toen nog niet wist, dat ik een onderzoek ga doen, dat betrekking op dit werkveld heeft. Het was gewoon om beroepservaring op te doen. Maar toen ik voor mijn vraag voor de scriptie heb gekozen heb ik het ook aan de mensen in Essen uitgelegd. Dat vond ik nuttig en hulpvaardig omdat ik er ook met vragen terecht kon komen. Zij wisten, dat ik voor mijn onderzoek ook een cliënt in Osnabrück had. Ik stelde hen altijd op de hoogte hoe de therapie met hem verloopt en zij konden hen persoonlijke meningen erover aan mij vertellen.

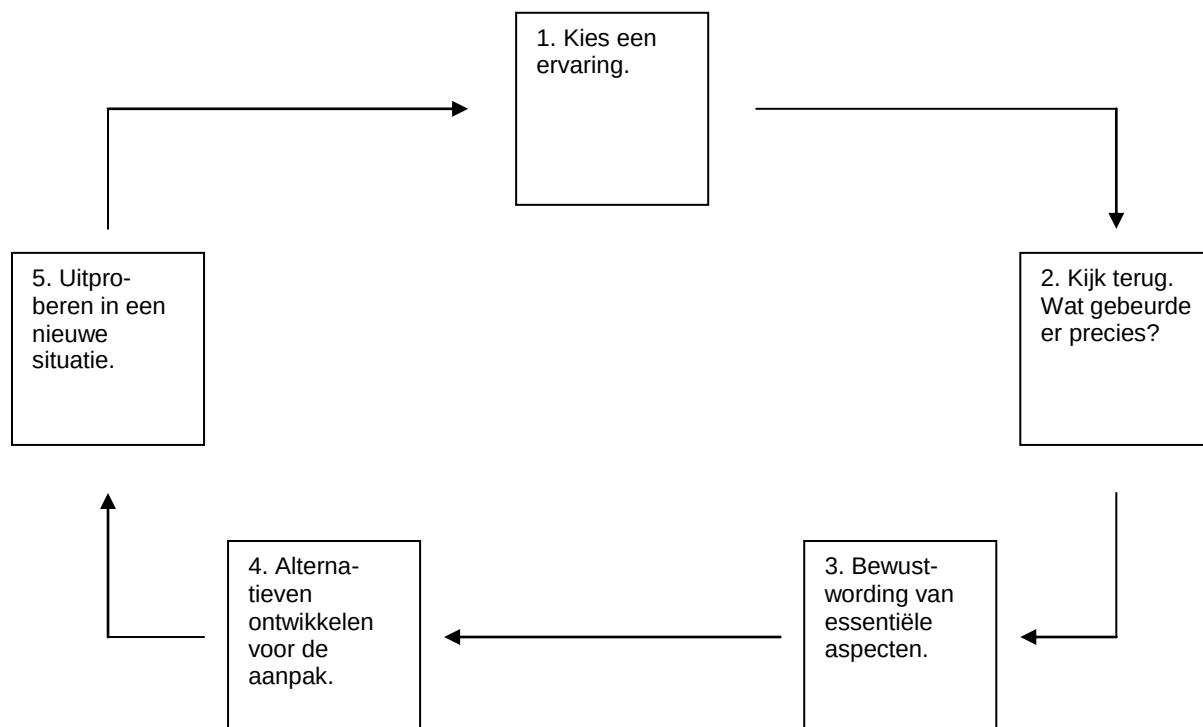
8 Diagnostische fase

Om tot een gezamenlijke diagnose te komen speelde in mijn onderzoek de reflectie een belangrijke rol. Deze vond altijd in de teamgesprekken plaats.

Bovendien heb ik van tevoren en ook na de therapie met de bevoegde verpleegster van Michael gepraat. Ik wou weten hoe het met hem gaat voordat ik met de therapie begon. Aansluitend heb ik verteld, wat mij tijdens de sessie opviel. Hoe ik Michael heb waargenomen en wat binnen de muziektherapie met hem deed. Op deze manier hebben wij, de verpleegsters en ik, ons op de hoogte van het proces kunnen houden.

Ik ben de initiatiefnemer wat mijn actieonderzoek betreft. Daarmee bedoel ik dat ik heb gekeken wat mij tijdens het werken met waakcoma- cliënten, in fase F, opviel. Ik zag, dat er contact via muziek gemakkelijker mogelijk is, dan door gewoon alleen met hen te praten. Toen ik het eerste gesprek met de moeder van Michael had, had zij het ook meteen over contact. Ook als ik de eerste keer in het ziekenhuis ben geweest en kennis met mijn actieonderzoek- netwerk maakte, viel hier heel snel het woord contact. Ik had het samen met de arts en de moeder nog eens over Michael. We hebben de jaren voor het ongeluk, maar ook de jaren daarna besproken. Michael spelde zelf viool en had altijd een hoge affiniteit met muziek. Bovendien vertelde zijn moeder van muziektherapie, die hij direct naar het ongeluk in een ander ziekenhuis heeft gehad. Ze zei dat Michael er van kon genieten en met de therapeute een goede relatie had. Dus zij had al de ervaring opgedaan dat contact door muziek mogelijk is bij haar zoon. Ik kan dus zeggen dat ik zowel door eigen reflectie maar ook in overleg met familie en mensen uit mijn netwerk naar een diagnose ben gekomen. Of beter gezegd naar een onderwerp waarover ik onderzoek wou gaan doen.

Ik heb ervaren dat de reflectie de hele tijd van onderzoek voor mij van groot belang was. Zowel mijn eigen reflectie op mijn werk maar ook de gezamenlijke reflectie. De kwaliteit van reflectie is beter, als je het met meerdere personen doet. Migchelbrink (2007, p. 243) gaat in zijn boek in op het reflectiemodel van Korthagen. Voor mij was dit model, er zijn vele verschillende reflectiemodellen beschikbaar, een goede manier is om tijdens mijn teamgesprekken aan de slag te gaan. Op de volgende pagina leg ik het model van Korthagen wat duidelijker uit.



Cirkelreflectiemodel van Korthagen (Migchelbrink, 2007, p. 243)

Om duidelijk te maken waarom ik vond dat dit een goed model voor reflectie in mijn netwerk was heb ik een voorbeeld bedacht dat ik nu beschrijf.

Ik kom van een therapie met Michael en zit samen met de andere mensen van de afdeling van het ziekenhuis om het teamgesprek met hen te doen. We hebben het dus over Michael en ik zeg dat ik binnen de therapie vond, dat Michael heel onrustig was. Dat was van tevoren niet het geval. Ik vertel aan de anderen dus een persoonlijke ervaring van mij, die ik tijdens de muziektherapie heb opgedaan. Vervolgens ga ik de sessie beschrijven. Ik leg aan het team uit wat ik wilde, wat ik deed, zag, dacht en voelde. Samengevat, ik laat iedereen weten wat er bij de muziektherapie precies gebeurde. Nu zijn de teamleden aan de beurt. Ze kunnen vragen stellen om tot een goede analyse van de situatie te komen. Een verpleegster vraagt aan mij of ik er iets als hinderend heb ontvonden. En als ja, of ik het kan benoemen. Mij valt op, dat de patiënt, die er samen de kamer met Michael deelt, heel vaak moest hoesten. Voor mij was het niet echt hinderend maar wel storend. Michael kan mij niet verbaal duidelijk maken, dat het voor hem hetzelfde was. We kunnen alleen met het team erover praten en komen tot volgende alternatieven. De volgende keer is Michael alleen in zijn kamer als ik voor de muziektherapie kom. Er waren geen andere redenen, die zijn onrustigheid uitgelokt zouden kunnen hebben.

De volgende week lijkt Michael tevreden te zijn over ons gezamenlijke oplossing. Hij kan tijdens de muziektherapie goed ontspannen.

Dit was een heel concreet voorbeeld over van hoe zo een reflectie via Korthagen kan verlopen. Zeker is het in de praktijk wat moeilijker en dat besef ik ook. Maar als je met cliënten in de waakcoma werkt is het belangrijk uit te wisselen omdat ieder mens een andere waarneming heeft en dingen ziet, die voor iemand anders helemaal niet zo van belang waren en die dus vergeten worden. Reflectie is tijdens mijn onderzoek dus een heel belangrijke techniek om tot diagnoses te komen en mijn manier van werken te verbeteren.

Observatie was voor mij in deze fase ook een belangrijke punt. Ik wou weten hoe Michael in verschillende reacties reageert. Voor mij was het belangrijk, dat ik bij voor hem normale situaties aanwezig kan zijn.

Migchelbrink (2007, p. 230) noemt deze vorm van observatie een ongestructureerde (niet-systematische observatie waar je vooraf niet weet welke informatie je wilt hebben en wat belangrijk is. Dat was in mijn geval heel passend. Ik wist niet wat ik moest verwachten. Ik vond het belangrijk de communicatie tussen ouders en zoon te kunnen zien. Ik had geen observatieformulier voorbereid over welk gedrag voor mij een rol zou spelen en welke aspecten belangrijk zijn.

Verder zegt Migchelbrink over deze methode, dat je alleen gericht bent op enkele thema's. Als voorbeeld noemt hij de communicatie tussen de directeur en de werknemers van een instelling. Bij mij was het eveneens dit thema dat speelde omdat het voor mijn onderzoek een belangrijk deel was.

De beschrijvingen bij een ongestructureerde observatie zijn levensechter maar deze vorm houdt echter ook het gevaar in van subjectieve verkenning. Zo gaat Migchelbrink verder uitleggen.

Ik was mij van de voor en nadelen wel bewust. En om deze valkuil te voorkómen heb ik, toen ik met de ouders bij Michael was, met de arts van de afdeling gesproken en mijn observatie aan haar uitgelegd. Mij viel bijvoorbeeld op dat de moeder haar zoon heel vaak aanraakt en dit ook met snelle bewegingen waarvan hij vaak gaat schrikken. Ik was niet zeker van of hij deze reactie altijd laat zien, als hij aangeraakt wordt. Dus vertelde ik het. Ik kreeg van haar een positieve bevestiging wat mijn waarneming betreft. De arts zei dat het niet altijd zo is. Bij de verpleging bijvoorbeeld kan hij aanrakingen door het personeel heel goed toelaten. Maar de moeder wil haar zoon helpen en zij weet niet wat zij nog kan doen. Haar zijn de handen gebonden en zij kan haar emoties niet adequaat tonen. Zij zoekt het contact met Michael en zo ontstaan deze spontane aanrakingen waardoor hij gaat schrikken. Op deze manier heb ik altijd feedback gekregen en de bevestiging op mijn observatie juist was.

Migchelbrink (2007, p. 230-231) gaat nog meer onderscheiden wat de observatiemethoden betreft. Hij schrijft over participerende en niet-participerende observatie.

Hij legt uit dat je van een participerende observatie kunt spreken, als de onderzoeker ter plekke in de situatie aanwezig is. Hij neemt deel aan de activiteiten van de mensen in de onderzochte situaties. Hij werkt echt mee. Door dit te doen deelt hij de ervaringen van de onderzochten, in hun gedrag, hun denkbeelden, gevoelens en ambities. Maar maakt Migchelbrink duidelijk dat ook hieruit nadelen kunnen ontstaan. Hij merkt op dat je je te sterk kunt identificeren met de onderzochten en je daardoor niet meer in staat bent om afstand te nemen van de situatie. 'Going native' is een uitdrukking, welk dit gebeuren aanduidt. De bedoeling is als het ware één worden met je onderzoeksgroep.

Maar is het grote voordeel, volgens Migchelbrink, dat je bij een participerende observatie dat je in staat bent de motieven van handelen te achterhalen. Ook noemt hij op dat de vertekening bij deze manier van observeren echter groter is dan bij externe observatie.

Bij mijn onderzoek heb ik van deze manier van observeren gebruik gemaakt. Ik pak hier nog eens het voorbeeld van tevoren op. Als ik gezamenlijk met de ouders bij Michael was heb ik aan het gebeuren deel genomen. Ik praatte met hem en met de ouders. Deed dingen zoals het raam open zetten of iets te drinken voor ons allemaal te halen. Ik was er duidelijk aanwezig en stond niet op de achtergrond. Ik denk niet dat ik er nadelen van heb gehad. Ik deed het twee keer op deze manier. Een keer helemaal in het begin om kennis te maken met iedereen en ook om te observeren.

Een tweede keer gebeurde het min of meer toevallig. Ik kwam naar het ziekenhuis om muziektherapie met Michael te doen. Ik wist, dat hij van tevoren in een ander ziekenhuis in de buurt was omdat zij een operatie aan zijn schedel moesten doen. Dus belde ik in de ochtend op om te vragen hoe het met Michael ging en of ik kan komen. De verpleegster zei dat ik gerust kan zijn en dat de therapie gewoon kan plaats vinden. Michael zoude om 10.30 uur terug komen. Voor het ziekenhuis heb ik dan zijn ouders ontmoet. Zij zeiden dat Michael nu pas komt. Het was inmiddels 11.45 uur en om 12.00 uur vind altijd de muziektherapie plaats. Maar zij zeiden ook dat zij het leuk vinden als ik er ben als hij weer terug is. Dus gingen wij samen wachten. Het duurde nog rond een half uur. Wij gingen naar de verblijfkamer om een kopje koffie te drinken. Op eens zei de moeder dat ze zin in een gezelschapsspel had en wij speelden samen "Mensch ärgere dich nicht". Wij hadden een gezellige tijd met leuke gesprekken. Ook over Michael en de tijd als hij nog gezond was en hoe het voelde als zij de mededeling kregen, dat hij een zwaar ongeluk heeft gehad. Voor hen is het zeker moeilijk erover te praten. Maar met koffie en een gezelschapsspel was de situatie en de sfeer ongedwongen. Ik heb niet aan hen gevraagd hoe het vroeger was. Zij vertelden allebei vanuit zichzelf. Als Michael dan terugkwam zijn we samen naar zijn kamer toe gegaan.

Ik zei al, dat ik het niet als nadeel heb ontvonden. Voor mij waren deze ervaringen positief. In eerste instantie speelde het een rol, dat ik deze manier van observatie niet te vaak deed. Maar ten tweede weet ik, dat de familie een heftige slag van het noodlot heeft gekregen en dat zij op dit moment een moeilijke tijd doorleven. Toch weet ik ook dat dit niet mijn noodlot is. Ik probeer alles te doen om het voor hen een stukje gemakkelijker te maken. Hen verwachtingen te maken als ik van positieve dingen kan meedelen. En ik ben altijd blij, dat ik gezond ben. Maar op deze manier kan ik het ziekenhuis gebeuren ook in het ziekenhuis laten en afstand van de situatie nemen.

Dit was de beschrijving van participerende observatie en een voorbeeld uit mijn eigen casus ervan.

Over niet- participerende, externe of afstandelijke observatie spreekt men als de observator niet deelneemt aan de activiteiten van de mensen (Migchelbrink, 2007, p. 230- 231). De mensen worden 'van buitenaf' geobserveerd en de onderzoeker blijft zoveel mogelijk buiten de onderzoekssituatie. Jij kunt bijvoorbeeld denken aan een observator, die op een terrasje zit. Hij volgt al zittende de gesprekken tussen de taxichauffeurs die voor het terrasje staan te wachten maar bemoeit zich verder niet met hun.

Ook van deze vorm van observatie kan ik een voorbeeld uit mijn onderzoek beschrijven. In het eerste teamgesprek dat ik in het ziekenhuis had heb ik aan iedereen uitgelegd, dat het, om kennis met Michael te maken, voor mij van groot belang is hem in verschillende situaties mee te maken. Elk cliënt heeft een "Bezugstherapeut", dus een iemand uit het therapeutenteam, die zijn therapieplan opzet en ook als vertegenwoordiger in gesprekken met de ouders over de therapieën kan vertellen. Hij moet altijd op de hoogte van het hele gebeuren zijn en heeft het meeste contact met deze cliënt. In het geval van Michael is dit zijn fysiotherapeut. In het gesprek bood hij me aan dat ik graag een keer bij hem kan kijken. Dus een fysiotherapie met Michael kan observeren. Dit aanbod kwam me heel gelegen omdat het voor mij eens kans was Michael bij een ander therapiegebeuren te zien. Ik zei tegen hem dat ik graag eerst een therapie met hem wil doen voordat ik bij hem kom kijken. Om gewoon een eerste indruk te krijgen en mij alleen een beeld te kunnen maken. Dat was voor hem geen probleem en twee weken later ging ik met hem naar Michael toe. Tijdens de therapie zat ik op een stoel en heb niet deelgenomen aan de activiteit. Ik heb er bewust voor gekozen omdat ik niet wou, dat de situatie anders voor Michael is, dan als hij het gewend is. Als wij weer buiten zijn kamer waren hebben we samen gereflecteerd. Ik zei wat ik zag, bijvoorbeeld als hij bij bepaalde bewegingen begon een sterke spanning op te bouwen en de fysiotherapeut legde aan mij uit waarom hij de therapie op deze manier deed. Dus bijvoorbeeld waarom sommige bewegingen voor Michael heel belangrijk zijn daarmee hij sommige spieren niet compleet kwijt raakt.

Door het feit dat ik in de kamer aanwezig, maar niet bij de activiteit mee deed is dit ook een vorm van directe observatie (Migchelbrink, 2007, p. 231). Dus een participerende (externe) directe observatie. Bij een indirecte externe observatie kijkt de onderzoeker bijvoorbeeld via een doorkijkspiegel naar het gebeuren of heeft video- opnames van de situatie.

Deze observatie was heel anders dan die met zijn ouders waar ik helemaal deel van het gebeuren was. Maar ik vond allebei varianten heel belangrijk in ik heb vele verschillende dingen kunnen zien. Heel opvallend voor mij was dat Michael ontspanner was tijdens de fysiotherapie dan bij het bezoek van zijn ouders. Het is moeilijk een reden ervoor uit te maken want het is allemaal interpretatie. Maar wij hadden het er in een teamgesprek over en zijn tot de conclusie gekomen dat hij waarneemt wie er is en waarom. En wij denken, dat hij voelt, dat het slecht met zijn ouders gaat omdat zij zich altijd om hem moeten zorgen en steeds een gespannen sfeer in zijn kamer is. Als therapeuten komen lijkt het anders te zijn wat misschien met ons houding te maken heeft. Maar dat is, zoals ik zei, gewoon een interpretatie van ons erover.

Wat de groepsontwikkeling betreft, zegt Migchelbrink (2007, p. 176), dat de diagnosefase van een actieonderzoek de laatste stap van de vormgevingsfase is en dat een duidelijke groepsstructuur en groepscultuur zich aan het aftekenen zijn.

Ik moet zeggen, dat ik vanaf het begin het gevoel had echt bij de groep te horen. Tijdens de diagnostische fase was ik lid van het team en iedereen wist waarom ik er was en wat ik ging doen. Met Michael ging het op dit moment al slecht en nu nog slechter. Maar wij zijn door gezamenlijke reflecties en evaluaties in deze fase tot de diagnose gekomen dat muziektherapie voor hem een heel ontspannende werking heeft. Hij heeft de therapie altijd toegelaten. Fysio- of ergotherapie waren er tussentijds bijna twee weken niet mogelijk. Tijdens ik met hem werkte was hij altijd wakker en liet verschillende reacties zien. Bijvoorbeeld was er een lied, waar zijn hartslag altijd versnelde. Dit lied was: "The house of the rising sun". Toen ik het de eerste keer aan de anderen zei, was hen mening, dat het ook toeval kan zijn en dat ik het in ieder geval nog eens voor hem moet spelen om te kijken wat er dan gebeurt. Ik vond dit juist en speelde het de volgende keer nog eens. En weer ging zijn hartslag omhoog. Belangrijk is de zeggen, dat er geen zichtbare spanningen waren, ook ging zijn hart sneller slagen. Zijn mimiek bleef ontspannen. Smeijsters (1996, p. 12) maakt een concrete uitspraak, waarom een verhoogde hartslag niet als negatief geïnterpreteerd moet worden.

"Er is sprake van een proces van open staan en van verwerken van informatie zodat de tegenstelling tussen open staan voor de omgeving en cognitieve activiteit vervalt. Wanneer de hartslag bij de cognitieve activiteit toeneemt hoeft dit niet een uiting te zijn van stressgevoeligheid omdat cognitieve activiteit en verhoogde hartslag normale reacties op complexe informatie zijn" (Smeijsters, 1996, p.. 12).

Volgens mij en het team was dit bij het liedje dat ik voor Michael speelde het geval. Hij heeft de informatie verwerkt en een reactie was de verhoogde hartslag. Dat kon ik op de apparatuur zien en het werd ook later via het geprint diagram van zijn hartslag duidelijk. Wat ook ervoor spreekt dat het een verwerkingsproces is, is het feit dat Michael vaak stres heeft. Deze stres gaat uit van het vegetatieve zenuwstelsel. Ik ben hierop al eerder eens ingegaan maar ik vind het belangrijk er nog eens op terug te komen. Deze soort stress begint bij Michael ook met een stijgende hartslag. Ik was dus voorzichtig als ik zag dat het gebeurde als ik het lied speelde. Ik begon, de dynamiek te veranderen, speelde dus zachter en langzamer. Bovendien maakte ik alleen nog het couplet af en stopte dan met spelen. Het duurde niet lang en de hartslag verlangzaamde weer. Het was dus een reactie op de muziek. Daarvan was ik nog overtuiger als het een sessie later hetzelfde was en dat was ook de mening van het team.

We kwamen zo tot het resultaat, dat de arts via medicijn probeert zijn vegetatieve toestand stabil te krijgen en de ergo- en fysiotherapeuten verder proberen therapie met hem te doen. Mijn taak was het, verder contact met hem op te bouwen en hem te stimuleren.

9 Ontwikkelfase

"Het een heeft de hulp van de ander nodig en beide werken vriendschappelijk samen."

(Horatius, Romeins dichter, 65 v.C. - 8 v.C.)

Met dit hoofdstuk ga ik uitleggen hoe ik mijn project gerealiseerd heb. In een eerste deel ga ik beschrijven hoe, waar, wanneer en met wie ik aan de slag ben gegaan. Mijn rol als onderzoeker ga ik in een tweede deel beschrijven en beargumenteren. Deel drie gaat erover hoe data zijn vastgelegd. Ook hierover ga ik een beschrijving doen en beargumenteer het.

9.1 Hoe heb ik het project gerealiseerd?

Mijn project begon daarmee, dat ik op zoek ben gegaan, naar een cliënt, die al langer in een waakcoma- toestand verkeert, om met hem muziektherapie te doen. Op mijn werkplek in essen heb ik sommige cliënten, zowel individueel, als ook in de groep met die ik nu een jaar werk. Maar ik vond het belangrijk nog eens helemaal opnieuw te kunnen starten omdat ik eens echt met alles rekening wou houden. In Essen heb ik de cliënt van een muziektherapeute omdat zijn zwanger was in ik haar vervang. Er waren dus al doelen opgesteld en zijn had ook notities gemaakt over wat zij met de cliënten deed. Ik kon dus meteen beginnen.

Voor mijn onderzoek wou ik alles alleen kunnen plannen. Heel snel belde mij een vrouw af, die hoorde dat ik voor mijn scriptie onderzoek over muziektherapie en waakcoma wou gaan doen. Het was de moeder van Michael. Zij heeft op werk met een vriendin van ons familie gepraat en zo is die contact ontstaan. Het telefoongesprek met haar was leuk. Zij was vriendelijk en klonk heel blij toen ik haar vertelde dat ik graag met haar zoon wil gaan werken. Hij was op dit moment al in het ziekenhuis omdat de instelling van zijn medicijnen niet juist was en dat moest geregeld worden. Mijn taak was het nu alle afspraken met het ziekenhuis te doen. Een dag later belde ik de afdeling op en ik was verast dat iedereen blijkbaar al wist, dat ik de nieuwe muziektherapeute van Michael was. De ouders hadden het al doorverteld. Ik maakte een afspraak met de arts en een week later gingen wij ontmoeten. Zij vertelde mij belangrijke dingen over Michael en ging de verschillende apparatuur aan mij uitleggen aan die hij was aangesloten. Wij gingen gezamenlijk naar het therapieplan van Michael kijken en makten de afspraak, dat de therapie het best altijd op woensdag plaats kon vinden. Om 12.00 uur was het geschikt omdat altijd om 13.00 uur op dezelfde dag het teamgesprek plaats vindt. Voor de ander therapeuten was dit geen probleem en ook de verpleegsters zeiden, dat het hen goed uit komt. Ik vroeg nog, wat wij voor een afspraak maken, als het niet goed met Michael gaat. De arts zei, dat het het beste zou zijn, als ik even opbel voordat ik ga komen. Dan kan ik vragen, of de therapie doorgaat. Soms zijn er onderzoeken nodig, die heel spontaan gebeuren en dan is Michael er bijvoorbeeld niet. Of artsen zijn op zijn kamer met hem bezig. Als ik dus even opbel weet ik wat er aan de hand is en kom niet voor niets af.

Een dag en een tijd waren dus afgesproken. Aansluitend praatten wij over de randvoorwaarden voor de muziektherapie. Ik zei, dat het voor mij belangrijk is, dat het tijdens de therapie rustig is in de kamer. Dat er niet op eens geluid van de apparatuur gaat storen. Dat was geen probleem. De apparatuur heeft een "privé" instelling. Het geluid is in de kamer dan niet te horen maar voor de verpleegsters buiten wel. Dat vond ik een goede oplossing. Bovendien was het voor mij belangrijk dat de verpleegsters niet altijd binnen lopen om iets te doen. Dat was ook geen probleem. Zij zeiden, dat ik gewoon de deur dicht kan maken, dan weten zij, dat er iemand in de kamer is en zij gaan niet storen. Voor de zekerheid zou ik voor de therapie even met de bevoegde verpleegster gaan praten daarmee hij het niet vergeet. Dat was ik sowieso van plan om te doen. Niet alleen om hem aan de therapie te herinneren, maar ook om op de hoogte over Michael's toestand te zijn.

De andere therapeuten vroegen aan mij of het erg is, als Michael in zijn bed ligt voor de therapie. Ik zei, dat het mij niets uitmaakt. Hij moet zich veilig voelen en als liggen in het bed hem ontspanning bied en goed voor hem is, dat is het ook goed voor mij.

Alle voorwaarden voor de muziektherapie waren afgesproken. Ook voor de ouders was het op deze manier in orde en een week later kon de therapie beginnen.

Nog eens samengevat, ik was en ben nog steeds elke woensdag in het ziekenhuis en doe om 12.00 uur muziektherapie met Michael. Ik heb dan een uurtje de tijd om met hem te werken. Aansluitend ga ik naar het teamgesprek, 13.00 uur, en kan mijn ervaringen en waarnemingen van de sessie aan de

anderen leden vertellen. Ik kreeg dan ook informatie van de andere therapeuten van Michael en van de arts. Samen gaan wij dan in overleg en stellen doelen voor de komende week op.

Op dinsdag en donderdag werk ik op de waakcoma- afdeling in Essen. Dat was ook belangrijk voor mijn project. Ik kon reacties van Michael met reacties van andere cliënten tijdens de muziektherapie vergelijken. Bovendien kon ik met de therapeuten van de instelling over mijn resultaten uit Osnabrück praten en hun mening erover vragen. Ook was ik in contact met mijn stagebegeleidster.

Het centrale netwerk van mijn actieonderzoek was dus het team in het ziekenhuis in Osnabrück en de cliënt die centraal stond was Michael. Maar toch was het voor mij belangrijk om uitwisselingen met externe therapeuten te hebben om een neutrale mening te krijgen.

9.2 Mijn rol als onderzoeker in het project

“In deze eerste fase van de ontwikkelingsfase gaat het om het zoeken en vinden van ideeën voor het verbeteren van het handelen of de situatie. In de voorafgaande diagnostische fase is gezamenlijk vastgelegd wat er aan de hand is. Nu moet in beeld gebracht worden wat er gelet op de diagnose als oplossingsrichting of verbetering mogelijk is.

Vaak zijn in de vorige fases (oriëntatiefase en diagnostische fase) al ideeën voor verbetering genoemd. Een goed aanknopingspunt is meestal de gemaakte diagnose. De richting waarin de verbeteringen moeten worden gezocht zijn al benoemd of rollen er als het ware vanzelf uit” (Migchelbrink, 2007, p. 179).

Vooraf de laatste zin van dit citaat uit het boek van Migchelbrink is heel passend bij mijn onderzoek. Eind april had ik het gevoel, dat ik naar de ontwikkelingsfase kan overgaan. Ik had veel notities van de therapieën en de teamgesprekken op papier en had wou dus naar deze fase overstappen. Via een mindmap ben ik voor mijzelf op zoek naar verbeteringsmogelijkheden gegaan. Ik heb dit bewust individueel gedaan omdat ik er rustig over moest nadenken en alle informatie bij moest halen. Ik wou voorbereid zijn om mijn gedachten aan het team te kunnen presenteren. Tijdens het in kaart brengen van al de informatie viel op, dat tijdens de muziektherapie altijd iets positiefs gebeurde wat ik mee naar de gesprekken kon nemen. Bovendien heeft Michael de muziektherapie altijd kunnen toelaten. Dit was bij de andere therapieën niet het geval. Voor mij was het logische gevolg, dat misschien twee sessies per week voor hem geschikt zijn.

Wat mij nog opviel was, dat ik tijdens een sessie heel veel verschillende werkvormen deed. In het begin van de sessie speelde ik eerst een cadens op de gitaar om Michael duidelijk te maken, dat nu muziektherapie is. Dan deed ik iets alleen met stem. Ik zang in zijn ademritme. Soms met, soms zonder woorden. Aansluitend speelde ik bekende liedjes op de gitaar en daarop volgde een klankmassage met de körpertambura. Aan het eind speelde ik nog een afscheidsliedje. Ik ging dus heel snel naar iets anders over om ook alles te kunnen doen. Ook om dit op te lossen vond ik een tweede sessie in de week geschikt. Ik zoude zo genoeg tijd hebben om werkvormen langer door te zetten. Voor ontspanning door een klankmassage was het ook belangrijk. Want ontspanning treedt bij waakcoma- cliënten niet binnen de eerste twee minuten op. Zij hebben een bepaalde tijd nodig. Dat varieert van cliënt tot cliënt maar een klankmassage ten minste 15 minuten door te zetten is wel raadzaam. Doe je het korter, zie je niet of er echte ontspanning plaats vindt.

Mijn rol als onderzoeker was het nu, mijn verbeteringsideeën aan het team uit te leggen. In het gesprek deelde ik eerst mijn waarnemingen van de voorafgaande therapie mee en zei dan, dat ik nog iets belangrijks heb om te bespreken. Ik maakte kort duidelijk, dat ik naar de ontwikkelingsfase wil overstappen en wat de bedoeling is. Dat er nu dus verbeteringsideeën in de voorgrond staan en dat ik al met overleg bezig ben geweest. Iemand stelde meteen de vraag hoe ik aan verbeteringsmogelijkheden toe ben gekomen. Ik zei, dat ik alle informatie uit de teamgesprekken en mijn therapieën met Michael bij elkaar heb geschreven en op deze manier mogelijkheden heb kunnen vinden. Dan zei ik, dat ik graag twee keer per week wil komen. Deze idee werd positief opgenomen. Ik legde ook de reden voor een tweede sessie in de week uit.

Na het gesprek ging ik samen met de verpleegster naar een tijd voor de nieuwe sessie kijken. Na afspraak vond deze elke vrijdag om 12.00 uur plaats.

Ik denk dat mijn rol door dit voorbeeld te geven duidelijk wordt. Ik moest in deze fase alle informatie verzamelen en er mijn eigen conclusies uit trekken. Met deze conclusies, verbeteringsideeën ben ik

dan naar de teamgesprekken toe gegaan. We hebben er over gezamenlijk reflecteert om het op de best mogelijke manier om te zetten.

Deze gezamenlijke reflectie was belangrijk. Mij werd tijdens deze fase bijvoorbeeld duidelijk dat het voor Michael goed is, om een sessie met gitaar en stem te doen. Dus hem echt te stimuleren via muziek voor hem te maken en voor hem te zingen. De tweede sessie in de week heb ik dan op ontspanning gericht. Dus klankmassage met de körpertambura. De begroetings- en afscheidsrituelen heb ik bijgehouden. Ik speelde in het begin altijd een cadens op de piano en zang aan het eind het bekende afscheidsliedje.

Toen ik er in een teamvergadering over vertelde, vonden de ergotherapeut en de fysiotherapeut het heel interessant wat ik over de ontspanningssessie uitlegde. De ergotherapeut zei, dat hij vrijdag graag een keer wil komen kijken. Hij zei, dat hij mij dan laat zien, waar Michael's inspanningen het grootste zijn. Dan kan ik de körpertambura op deze delen van zijn lichaam neerleggen en voor ontspanning zorgen. Ik vond dit een goed idee en het werd weer duidelijk hoe belangrijk een goede samenwerking in het team en met alle therapeuten is. Jij kunt veel van andere disciplines leren en eigen kennis aan hen doorgeven. Op deze manier kun je de beste behandeling voor een cliënt ontwikkelen.

In mijn doelstelling heb ik beschreven, dat ik dit onderzoek ook voor de omgeving van de cliënt wil doen. Dus voor alle mensen, die in hun dagelijkse leven met deze mensen te maken hebben. Dat kunnen familie, vrienden, verpleegsters andere therapeuten van andere disciplines enzovoort zijn. Ik wil laten zien, dat je delen vanuit de muziektherapie kunt gebruiken, ook ben jij geen therapeut. Ik wil door dit te doen het beroep niet uit de weg ruimen. Muziektherapie bij deze doelgroep is belangrijk en kan veel effect hebben. De muziektherapeuten zijn goed opgeleid, kunnen veel waarnemen tijdens een therapie, signalen juist duiden en de passende werkvormen kiezen. Ik wil alleen opmerken dat je sommige dingen uit de muziektherapie in het dagelijkse leven van de cliënt kunt inbouwen.

In het geval van Michael kon ik in mijn aantekeningen zien, dat hij positief op de gitaar reageerde. Lijkt hij te slapen, als ik voor de therapie in zijn kamer kwam, opende hij steeds dadelijk de ogen, toen ik begon de gitaar te stemmen. Misschien hangt het daarmee samen, dat hij zelf viool spelde, voordat het ongeluk gebeurde. Snaarinstrumenten wekken blijkbaar zijn interesse. Ik liet dat de ouders weten en zei, dat het misschien een idee is, om een cd mee te brengen, waar gitaarspel opstaat. Dan kan hij het luisteren, als hij alleen is. Mijn voorstel werd van hen positief opgenomen en zij brachten een cd mee. Zij zetten het cd nu altijd aan als zij naar huis gaan. De verpleegsters hebben de indruk, dat hij op deze manier beter afscheid van hen kan nemen. Hij is dan rustiger. Het is ook een ritueel van hen geworden. Michael weet dus, dat de ouders gaan, als ze de muziek opzetten.

Het is een klein dingetje uit de muziektherapie maar voor de ouders heeft het een grote betekenis. Zij kunnen nu gemakkelijker naar huis gaan omdat ze weten, dat Michael het waarneemt en rustig ermee omgaat.

Ook dit hoorde bij mijn taken tijdens de ontwikkelingsfase. Ik ging op zoek naar dingen, die de omgeving kan doen en die met de muziektherapie samen hangen. Het zijn van de kleine dingen, die een grote werking, zowel voor de cliënt en ook voor de omgeving kunnen hebben. En het zijn dingen die het beroep van de muziektherapie niet klein maken. Ik denk zelfs dat het tegendeel het geval is. De muziektherapeut heeft de mogelijkheid de werking van het medium voor de omgeving grijpbaar, verstaanbaar te maken, door het feit, dat bijvoorbeeld familieleden ook een taak krijgen. De muziektherapeut blijft in de rol van de kennishebbende maar geeft informatie ook door.

Ik persoonlijk heb er goede ervaringen mee opgedaan en voelde mij nooit onbelangrijk. De ouders waren dankbaar voor elke informatie die zij van mij konden krijgen en voor elke tip die ik hen kon geven, over hoe zij de muziektherapie in het dagelijkse leven kunnen inbouwen.

Leuk vind ik ook om te zien, dat sommige mensen uit Michael's omgeving elementen uit de muziektherapie oppakken, zonder dat ik hen een prikkel geef om het te doen. Toen ik het tijdens een teamgesprek over "The house of the rising sun" had, heeft het ook een verpleegster opgeschreven. Hij zingt het nu altijd voor Michael als hij hem gaat wassen. Michael houdt er niet van en hij heeft het gevoel, dat Michael, als hij het liedje zingt, op de muziek gefocuseerd is. Het wassen lijkt meer op de achtergrond te staan. Dat maakt de situatie voor Michael en voor de verpleegster gemakkelijker.

Dat iedereen de muziektherapie zo goed heeft aangenomen en dat wij in het team goed met elkaar konden werken was belangrijk voor mijn onderzoek. Ook was ik in deze fase voor het anbrengen van verbeteringsideeën bevoegd had ik nooit het gevoel er alleen mee te zijn. Iedereen leverde een bijdrage. Of als het in de woorden van Migchelbrink (2007, p. 179) uit te drukken:

“Vaak zijn in de vorige fases (oriëntatiefase en diagnostische fase) al ideeën voor verbetering genoemd. Een goed aanknopingspunt is meestal de gemaakte diagnose. De richting waarin de verbeteringen moeten worden gezocht zijn al benoemd of rollen er als het ware vanzelf uit”.

Ik ben op zoek gegaan en kon op deze manier leuke ervaringen opdoen.

9.3 Hoe heb ik de data van mijn onderzoek kunnen vastleggen?

Mijn data heb ik allemaal door noties van de therapieën, teamvergaderingen en mijn persoonlijke en de gezamenlijke reflectie erover kunnen vastleggen. Ik heb over mijn ervaringen met vele mensen gepraat. Mensen uit het ziekenhuis in Osnabrück, mensen die met mij samen op de wakcoma-afdeling in Essen werken en met mijn stagebegeleidster van de stage uit het derde jaar.

Deze vorm van dataverzameling noemt Migchelbrink (2007, p. 251) veldevaluatie. Hij beschrijft, dat de evaluator in veldevaluatie de uitvoering op locatie volgt. Hij is in het onderzoeksveld en neemt deel aan de te evalueren activiteiten of het sociale leven eromheen. Als voorbeeld noemt hij het meedoen aan werkbijeenkomsten en teamvergaderingen en het observeren van handelen.

Ik denk dat uit de voorafgaande beschrijvingen al duidelijk is geworden, dat ik hiervan gebruik heb gemaakt.

Verder spelde productevaluatie of effectevaluatie een rol. De vraag, die deze evaluatie ten grondslag ligt, is steeds of iets werkt. Is de uitgevoerde activiteit, handeling, programma of cursus effectief (Migchelbrink, 2007, p. 252)? Migchelbrink noemt het verrichten van effectevaluatie noodzakelijk als je via een onderzoek uitspraak wilt doen over het al dan niet succesvol zijn van de activiteit. Men spreekt dus ook wel van een productevaluatie. Het gaat feitelijk daarom het functioneren van een activiteit te onderzoeken. Bijgevolg is effectevaluatie de evaluatie van de uitkomsten of de resultaten van het handelen. Het doel van effectevaluatie is een oordeel uit te kunnen spreken over een activiteit met een of meerdere van de volgende einddoelen:

- het beslissen over het al dan niet voortzetten (stoppen/ doorgaan);
- het legitimeren of verantwoorden van de activiteit tegenover belanghebbenden;
- het verbeteren van de activiteit (Migchelbrink, 2007, p. 252).

Deze vorm van evaluatie maakt duidelijk dat je steeds weer tussen fasen van de hele actieonderzoekscyclus moet wisselen tijdens een onderzoek. Ook ben je al in de ontwikkelfase ga je steeds weer eens terug naar de diagnostische fase. Ik ga in dit geval van mijn effectevaluatie nog eens op het voorbeeld van het doen van een tweede sessie met Michael in. Ik begon ermee en in de volgende teamvergadering hadden wij het er gezamenlijk over. Wij gingen kijken of het niet allemaal te veel therapieën voor Michael zijn. Maar het feit, dat hij positief of Muziektherapie reageerde was voor ons een reden, om twee keer per week muziektherapie verder door te zetten. Ik heb dus gekeken hoe ik de sessies kan invullen en mijn idee was niet altijd van alles te doen, maar de werkvormen op te delen. Ik heb het al eerder duidelijk beschreven. Maar nog even voor de duidelijkheid, ik deed vanaf dit moment een sessie met gitaar en stem en de ander met de körpertambura.

Dit is een voorbeeld uit mijn praktijkervaringen tijdens mijn onderzoek en past goed bij de effectevaluatie of productevaluatie. Je gaat iets nieuws doen en kijkt, of het zinvol is. Heb ik mijn doel bereikt of moet ik nog iets veranderen? Tijdens mijn onderzoek kwam dit soort evaluatie vaak voor. Niet alleen wat de muziektherapie betreft. Ook het doel van de arts, Michael's vegetatieve toestand te stabiliseren werd op deze manier gedaan. Bijvoorbeeld inzet van medicatie. De arts wou altijd van therapeuten en verpleegsters weten hoe het met Michael ging. Hoe zij hem hebben ervaren als de medicatie veranderd werd. Was hij stabiel of onrustig? Was hij vaak wakker of de hele tijd slapend? Ik heb dus op deze manier niet alleen mijn werken geëvalueerd. Ik deed ook bij andere evaluaties op deze manier mee.

In effectevaluatie wordt een oordeel uitgesproken omdat je gaat beoordelen of een handeling gelukt is of juist niet (Migchelbrink, 2007, p. 253). Je wilt met het handelen altijd iets bereiken dus zijn de te bereiken resultaten meestal verwoord in de geformuleerde doelen. Door de manier van evaluatie van activiteiten, handeling, of interventie en uit de doelen kunnen de normen worden afgeleid. En aan de hand van een of meer normstellingen of standaarden kan dan beoordeeld worden of er sprake is van

een 'goed', 'gewenst' of 'juist' effect. Door de normering word duidelijk wanneer je van een succesvolle activiteit kunt spreken.

Verder gaat Migchelbrink (2007, p. 253) erop in dat de doelstellingen concreet moeten zijn. Je moet je richten op een concreet aspect wat soms niet gemakkelijk is. Als je het gevoel hebt, dat je vraag te vaag is dan is het beter om nog eens met andere mensen uit het netwerk erover te reflecteren. Op deze manier kun je de doelstellingen zo concreet mogelijk krijgen.

Doelstellingen te formuleren vond ik in de daad moeilijk. Ik wist, dat ik niet met mijn hele vraag voor de scriptie als doelstelling kan komen. Ik moest het kleiner maken. In overleg met de andere therapeuten heb ik ervoor gekozen eerst te kijken of Michael überhaupt iets aan voor mij waarneembare reacties laat zien. In hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3, de probleemstelling en de vraagstelling, heb ik al signalen genoemd, die er zichtbaar kunnen zijn. Signalen die erop duiden of een cliënt open staat voor de therapie of niet. Dat was mijn doelstelling in het begin. Dus in de voorfase.

In de diagnostische fase heb ik dan gekeken wanneer deze reacties optreden en of er een samenhang met de muziek zichtbaar is.

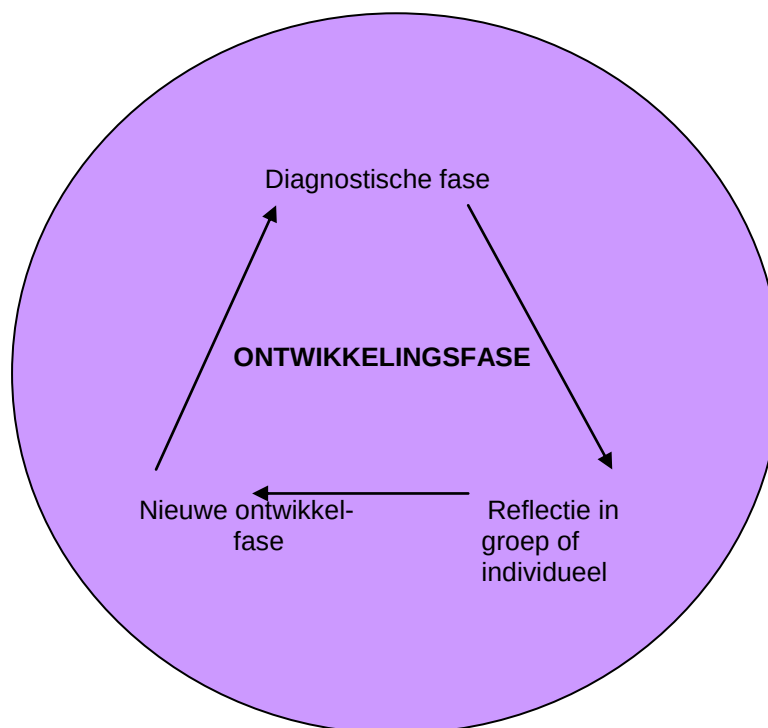
In de ontwikkelfase heb ik dan gekeken of er veranderingen bij de reacties van de cliënt zichtbaar zijn als ik iets ga veranderen. Bovendien was het van belang of deze reacties herhaalbaar zijn.

Door doelstellingen te concretiseren en steeds met de andere betrokkenen uit te wisselen ben ik aan mijn uiteindelijke doelstelling toegekomen.

De ontwikkelfase is een fase binnen de actieonderzoek die erg veelvoudig is. Ik heb deze fase als een klein actieonderzoek in de grote actieonderzoek ervaren. Ik leg dit gevoel even uit.

Als je in de ontwikkelingsfase van een onderzoek zit dan heb je in het begin het gevoel, dat je naar het eind toegaat. Maar heel snel stel je vast dat het niet zo is. Door het feit, dat je veranderingen aan gaat brengen begin je eigenlijk opnieuw. Het enige dat dan wegvalt, is de entree als bezoeker omdat je al in een vast team zit, als het goed is. Maar je begint opnieuw te kijken of de veranderingen goed zijn en je begint steeds weer subdoelen op te stellen om aan het doel van de uiteindelijke vraag te komen.

Als ik het in beeld moet uitdrukken zal het dit afbeelding kunnen weerspiegelen:



Ook is deze fase heel intensief zo is het toch spannend te zien of de veranderingen werken. Bovendien groeit het team door het feit, dat je samen werkt voor een goed resultaat.

10 Evaluatie

In het volgende hoofdstuk ga ik nog eens duidelijk uitleggen, met wie en hoe ik de actie geëvalueerd heb. Bovendien ga ik op de kwaliteitscriteria in. Ik beschrijf de begrippen en ga vertellen of aan de criteria voldaan is of waarom eventueel niet. Verder ga ik erop in, van welke technieken ik gebruik heb gemaakt om aan de kwaliteitscriteria te voldoen.

10.1 Met wie en hoe heb ik de actie geëvalueerd?

In principe ben ik op dit onderdeel, dus met wie en hoe ik de actie geëvalueerd heb al in de beschrijvingen van de eerdere fasen van de actieonderzoek ingegaan.

Heel belangrijk voor evaluatie van acties was in eerste instantie het team, dat ik in het ziekenhuis in Osnabrück had. Dus die gesprekken, die over Michael gingen. Deze vergadering met het hele team van therapeuten, artsen en een verpleegster vond elke week plaats. Door het feit, dat het met Michael op dit moment niet goed gaat was er altijd genoeg ruimte voorgezien om alles wat met hem te maken heeft met veel diepgang te kunnen evalueren. Op deze manier heb ik veel details over fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en de medicijn op zich kunnen bijleren. Dat was een nieuwe ervaring voor mij. Tijdens mijn stage in Solingen en het werken in Essen heb ik ook casusbesprekingen gehad. Maar niet elke week. In Solingen bijvoorbeeld hebben wij een keer in de maand met alle therapeuten en de verpleegsters ontmoet. Voor deze gesprekken werd een iemand van de cliënten gekozen en wij gingen dan samen evalueren. Maar was het in Solingen ook geen ziekenhuis. Het was een afdeling van een bejaardenhuis, die op waakcoma- cliënten gespecialiseerd is. De cliënten zijn stabiel en hebben geen rondom observatie nodig. Bij Michael is dit anders. Dus waren en zijn de gesprekken elke week nodig.

Ten tweede heb ik veel met mijn collega's in Essen kunnen reflecteren. Ik ben er elke dinsdag en elke woensdag en wij konden vaak de tijd vinden om even uit te wisselen. Zij waren over mijn scriptie op de hoogte en ook kennen zij Michael niet, kon ik toch vragen wat zij van Musiktherapie denken en of mijn waarnemen met hun waarnemingen overeenkomt. Om een voorbeeld van evaluatie te geven is de muziekgroep in Essen goed. Wij doen het altijd samen. Dus een ergotherapeut, een fysiotherapeut en ik als muziektherapeut. Zij zorgen ervoor, dat de mensen in de rolstoelen zitten en op tijd klaar zijn. Zij zijn ook tijdens de groep aanwezig daarmee ik niet alles alleen hoof te doen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat iemand van de cliënten moet hoesten en zijn hoofd daardoor verschuift en niet meer optimaal in de hoofdsteen van de rolstoel ligt. Als dit gebeurt is iemand van de andere therapeuten snel bij de cliënt en ik moet het liedje niet onderbreken. Na de groep gaan wij altijd in ons kamer ontmoeten en over het gebeuren praten. Eerst geeft iedereen zijn waarnemingen individueel weer. Zo ontstaat een gesprek en de evaluatie waar iedereen van de deelnemers van de groep eens aan de beurt komt. In dit geval staat dan de muziektherapie in de voorgrond. Wij kijken wie er hoe op de muziek reageerde en wat er voor veranderingen, in vergelijking met fysio- of ergotherapie zichtbaar waren. Een cliënte bijvoorbeeld kan tijdens de groep beter ontspannen. Haar spasme in de armen wordt duidelijk minder. Aan het eind van de muziekgroep liggen haar armen op de armsteun van de rolstoel. Dat gebeurt anders nooit.

Ten derde heb ik veel zelf geëvalueerd en gereflecteerd over mijn acties en over wat ik deed. Ook dat gebeurde in alle fasen van mijn onderzoek. Deze evaluaties hadden niet alleen betrekking op de sessies. Het waren ook reflecties over de gesprekken die ik had. De gesprekken in Osnabrück en Essen. Ik vroeg mij vaak af of het duidelijk was wat ik zei en of ik mijn beroep vertegenwoordig. Op de vergaderingen was ik altijd voorbereid en ik wist wat ik wou zeggen maar toch was het ook spannend. De reacties van de anderen kon ik niet vooruitzien. Bijvoorbeeld, als ik vroeg of het goed is als ik twee sessies muziektherapie met Michael ga doen. Ik had argumenten ervoor maar of ik de toestemming kreeg wist ik niet.

Samengevat kan ik zeggen dat ik veel tijd voor evaluatie had in het kader van mijn onderzoek. Ik kon mij tijdens de teamgesprekken met vele mensen uit verschillende disciplines uitwisselen en reflecteren over mijn acties.

De individuele evaluatie was voor mij de hele tijd van groot belang. Ten eerste om te kijken hoe de actie voor mij persoonlijk was. Om duidelijk te krijgen wat ik precies deed, hoe ik mij voelde, wat ik kon waarnemen, hoe ik erbij was en wat zichtbare reacties van de cliënt waren. Ten tweede kon ik mij op deze manier het best op de gesprekken voorbereiden.

10.2 Beschrijven van de genoemde kwaliteitscriteria

Nu ga ik de begrippen credibility, transferability, dependability, confirmability en authenticity uitleggen om dan erop in te kunnen gaan of mijn onderzoek eraan voldoet of waarom eventueel niet.

Dit doe ik aan de hand van Smeijsters (2005, p. 48, p. 73).

- Credibility
→ Dit begrip betekent dat de resultaten voor de respondenten geloofwaardig moeten zijn en de gemaakte analyse voor hen aannemelijk was.
- Transferability
→ Hierbij gaat het daarom dat de resultaten zo uitgewerkt zijn dat het mogelijk is te beoordelen waarin een nieuwe context verschilt en overeenkomt. Dus wanneer zijn de gegevens bruikbaar voor nieuwe casussen en wanneer juist niet?
- Dependability
→ Dit begrip wil zeggen dat de resultaten zo compleet mogelijk moeten zijn en het een goede weerspiegeling van de context is. Alle belangrijke dingen zijn verwerkt.
- Confirmability
→ Dit begrip heeft betrekking op de buitenstaander. Voor deze moet het duidelijk zijn hoe de resultaten tot stand zijn gekomen.
- Authenticity
→ Dit begrip richt zich op de respondenten. Deze moeten kans hebben gehad hun visie in te brengen.

In het nu volgende hoofdstuk ga ik kort op de technieken in, van die ik tijdens mijn onderzoek gebruik maakte om aan de kwaliteitscriteria, die boven beschreven zijn, te voldoen.

Aansluitend volgt het deel waar ik concreet uitleg of dit gelukt is.

10.3 Beschrijving van de technieken voor die ik heb gekozen om aan de kwaliteitscriteria te voldoen

Ik heb ervoor gekozen van technieken gebruik te maken waarbij dataverzameling en data-analyse hand in hand gaan. Er is altijd sprake van respondenten. Maar mijn respondenten hebben niet de mogelijkheid met mij te praten. Ze kunnen zich verbaal niet uiten. Samenwerking met de omgeving is dus van groot belang. Daarmee bedoel ik mijn netwerk van artsen, therapeuten, verpleegsters en natuurlijk de familie. Ik maak gebruik van de kwalitatieve, praktijkgerichte onderzoekstechnieken die ontleend zijn aan de naturalistic constructivist inquiry en de grounded theory (Smeijsters, 2005, pp. 72).

Volgende technieken waren van belang:

- Repeated analysis
→ De onderzoeker corrigeert zijn analyse op basis van nieuwe data voortdurend.
Hoe ging ik het doe?
→ Door in de teamgesprekken situaties en ervaringen uit te wisselen en mijn eigen handelen te veranderen, te corrigeren.
- Member checking
→ De onderzoeker legt de analyse van zijn data voor aan andere respondenten en vraagt of zij zich in de analyse herkennen.
Hoe ging ik het doen?
→ Ik werk op een waakcoma-afdeling in Essen. Hier kon ik kijken of nieuwe manieren van mijn handelen bij andere cliënten ook werken.

- Peer debriefing
→ De onderzoeker legt zijn gemaakte data- analyse voor aan onafhankelijke experts. Deze controleren of de dataverzameling en de analyse juist hebben plaatsgevonden en de conclusies eruit voortkomen.
Hoe ging ik het doen?
→ Ook hier waren de teamgesprekken van belang. De mensen met die ik samen was, zowel in Essen als ook in Osnabrück, kennen zich op het waakcoma- gebied goed uit maar zijn geen muziektherapeuten.
- Triangulatie
→ Er wordt van verschillende bronnen gebruik gemaakt wat de dataverzameling betreft en er wordt gewerkt met meerdere typen van dataverzameling (documentstudie, schriftelijke feedback, interviews, werkgroepen). Ook komen meerdere theoretische perspectieven aan bod door bijvoorbeeld verschillende therapiestromingen.
Hoe ging ik het doen?
→ Qua dataverzameling heb ik voor meerdere typen gekozen. Ik praatte met de groep, en had altijd zelf een logboek bij. Door het feit dat ik met meerdere therapeuten samen werk zijn en verschillende perspectieven die aan bod komen.
Met documentenstudie was ik al van tevoren bezig en ook tijdens mijn onderzoek.

10.4 Beschrijving van of het onderzoek aan de kwaliteitscriteria voldoet of waarom eventueel niet

Ik begin in de volgorde, zo als de begrippen ook in 10.2 beschreven staan.

Credibility is in dit geval het eerste begrip. Mijn onderzoek voldoet aan dit criteria. Ik heb al gezegd, dat mijn respondenten niet in staat zijn om verbaal met mij te communiceren. Member checking was belangrijk om aan dit criteria te kunnen voldoen. Ik kon in Essen kijken of veranderingen, die in de diagnostische- en de ontwikkelingsfase tijdens de therapie met Michael ontstaan zijn ook bij hen werken. Het was zichtbaar dat zij ook positief reageren. Bijvoorbeeld het feit, dat ik de sessies rustiger maakte door minder veel werkvormen te doen.

Het volgende kwaliteitscriteria is transferability. Hier is mijn onderzoek een beetje moeilijk want ik heb alles in Duitsland gedaan. Mijn stage, het Werken in Essen en ook mijn cliënt. Alles vond in Duitsland plaats. Ik heb dus geen inzicht hoe waakcoma- cliënten in Nederland leven en wat het gebeuren rondom, bijvoorbeeld de teamvergaderingen, betreft. Dat maakt het moeilijk om aan dit criteria helemaal te kunnen voldoen. En ook het feit, dat ik mijn onderzoek in Duitsland deed maar mijn scriptie in het Nederlands geschreven staat is moeilijk. Maar ik denk dat het ook voor muziektherapeuten in Nederland een prikkel kan zijn om met deze cliënten te gaan werken en muziektherapie met hen te doen. De manier van werken kan ook in Nederland zo plaats vinden. Bij waakcoma- cliënten moet je op zoek gaan naar kleine dingen die zij kunnen laten zien. En daarvoor is de nationaliteit niet belangrijk. Ik denk dus dat mijn onderzoek bruikbaar kan zijn voor nieuwe casussen.

Het derde kwaliteitscriteria in de beschrijving is dependability. Door het feit, dat ik veel teamgesprekken had en ook vele therapieën kon doen zijn mijn resultaten compleet en een weerspiegeling van de context. Ten eerste speelt triangulatie een rol. Ik heb van meerdere dataverzamelingstechnieken gebruik kunnen maken en had bovendien vele andere meningen, die een bijdrage aan mijn resultaten hadden. Bovendien had ik de resultaten uit Essen, die door vergelijkingen te doen, mijn resultaten konden ondersteunen.

Ook heb ik mijn resultaten voortdurend gecorrigeerd (repeated analysis). Dit heeft een bijdrage gehad, dat mijn resultaten in het eind compleet zijn.

Confirmability is het vierde kwaliteitscriteria. Tijdens mijn onderzoek moest ik mijn resultaten aan mensen uitleggen, die geen kennis over muziektherapie hebben. Ik wist altijd waarom ik wat ging doen en ik kon over de resultaten ervan vertellen.

Ik heb eerder al de verschillende fases van mijn onderzoek beschreven. Wat het überhaupt voor een onderzoeksmethode is en wat ik in de verschillende fases gedaan heb om tot veranderingen en resultaten te komen. Dit is ook voor niet muziektherapeuten te verstaan. Dus duidelijk voor buitenstaanders.

Maar ook voor muziektherapeuten, die nog geen kennis met deze doelgroep hebben is dit onderzoek een mogelijkheid om te kijken, hoe jij met waakcoma- cliënten kunt werken.

Door het beschrijven van de belangrijke punten van mijn onderzoek werd dus duidelijk hoe ik aan de resultaten aangekomen ben. Dat is ook voor buitenstaanders verstaanbaar en een signaal daarvoor dat aan het kwaliteitscriteria confirmability voldaan is.

Het laatste kwaliteitscriteria authenticity. Hieraan te voldoen is voor mijn onderzoek het moeilijkste omdat het erover gaat, dat ook de respondenten de kans moeten hebben gehad hun visie in te brengen. Dit was bij mij op de normale manier, door bijvoorbeeld te praten, niet mogelijk.

Om aan dit kwaliteitscriteria te voldoen heb ik gekeken, dat mijn cliënten zich tijdens de therapie altijd veilig voelden. Dat zij zo veel zelfbestemming hadden dan mogelijk. Ik denk, dat is bij mijn onderzoek de enige mogelijkheid geweest om aan dit kwaliteitscriteria te kunnen voldoen.

Ik denk dat in dit tiende hoofdstuk duidelijk is geworden dat het moeilijk is het werken met waakcoma- cliënten en de kwaliteitscriteria samen te brengen. Het feit, dat er verbale communicatie meestal niet mogelijk is maakt het moeilijk voor de onderzoeker. Ik hoop dat duidelijk werd, dat mijn onderzoek echter aan de criteria voldoet. Ook is de manier, hoe ik eraan toe ben gekomen anders, dan bij andere onderzoeken.

In het elfde een laatste hoofdstuk ga ik nog eens dieper op mijn resultaten in.

11 Discussie

“Mit Klängen, Rhythmen oder Melodien eröffnen sie einen Raum, den beide Partner betreten können, sei es lauschend, spürend, tönend oder gestaltend. Hier entsteht etwas Drittes, eine Zwischenwelt, in der Begegnung möglich ist und Beziehung gestaltet werden kann“

*(Monika Baumann, muziektherapeute, *1962)*

In dit hoofdstuk ga ik duidelijk maken of het mij gelukt is mijn vraagstelling te beantwoorden en of ik het doel van het project heb kunnen halen. Verder beschrijf ik of het project op de voorgenomen wijze gerealiseerd is om aansluitend kritisch naar mijn onderzoek te kijken en tekortkomingen en sterken eruit te kunnen halen. Daarna volgt een verklaring van mijn resultaten. Deze worden dan in een nieuw werkmodel integreert voordat een vergelijking tussen het oude en het nieuwe werkmodel plaats kan vinden.

Aan het eind volgen aanbevelingen voor een vervolgonderzoek.

11.1 Is de vraagstelling beantwoord en het doel van het project gehaald?

“Kom, ik neem je mee...”

Hoe kun je met mensen, die al lange tijd in de waakcoma verkeren, door muziektherapie contact opbouwen en zij actief aan de therapie laten deelnemen?

Dat is de uiteindelijke vraagstelling van mijn scriptie. Ik ben erop ingegaan dat subvragen nodig zijn om deze vraag te kunnen beantwoorden. De eerste subvraag was, of voor mij waarneembare reacties in samenhang met de muziektherapie optreden. Deze vraag kan ik met ‘ja’ beantwoorden. Zowel in het geval van Michael en ook bij mijn cliënten in Essen. Ik ga concrete voorbeelden geven.

De ademhaling van Michael werd bij de muziektherapie dieper en regelmatig. Dat viel mij al op, toen ik drie sessies met hem gedaan had. In de teamvergaderingen kwam naar voren, dat het in de fysiotherapie en ook in de ergotherapie niet het geval is. Hier begon hij vaak onrustiger te ademen. Soms stopte hij voor een tijd helemaal met de ademhaling. Onrustige en hectische ademhaling bij waakcoma- cliënten is een teken voor zich afsluiten of stres hebben (zie 2.2.3). Voor de muziektherapie stond Michael open.

Verder was Michael bij de muziektherapie altijd wakker, zijn mimiek vaak ontspannen. De verpleegsters gaven aan, dat zij hem zo niet kennen. Zij zeiden, dat hij bij allerlei dagelijkse handelingen de ogen heel sterk samenperst.

Ook waren bij de muziektherapie kauwbewegingen zichtbaar wat de logopediste heel interessant vond omdat het haar niet lukte, deze bij Michael uit te lokken.

Het was dus duidelijk dat er waarneembare reacties van Michael komen, die tijdens de muziektherapie optreden.

Ik ging naar mijn volgende subvraag toe. Deze luidde of de reacties alleen binnen de muziektherapie optreden. Bij Michael waren er geen reacties die alleen in verbinding met muziek zichtbaar waren. Maar door de muziek vonden deze reacties wat gedoseerd plaats. Zijn hartslag ging altijd sommige slagen omhoog. Maar zonder dat hij daardoor in stress raakte. Dat was ij andere therapieën het geval. Het is normaal dat de hartslag omhoog gaat als je met iets bezig bent. Ook is het alleen cognitief.

Begonnen wij met therapie was Michael's hartslag vaak bij 70 slagen per minuut. Tijdens de therapie was het meeste 90 slagen. Toen wij klaar waren en ik mijn spullen ging opruimen werd het weer minder. Bij andere therapieën ging zijn hartslag ook omhoog maar werd niet minder. Hij kwam vaak in het al beschrevene stresssituatie. Een keer heb ik deze toestand ook ervaren (zie hoofdstuk 7). Maar door het feit dat Michael snel genoeg medicatie kon krijgen is het niet zo ver gekomen.

Ik heb al vaker erop gewezen, dat het niet goed gaat met Michael. Op dit moment zijn ouders, artsen en de ethiekcommissie in gesprek om te kijken wat er überhaupt nog gedaan mag worden zonder dat het niet meer menselijk is. Ik weet al, dat zij geen operaties meer doen en ook reanimatie niet meer

“Kom, ik neem je mee,...”

gedaan wordt. Ik ga dit schrijven omdat de medicatie, die Michael krijgt, steeds ook een rol tijdens mijn onderzoek speelde. Het zijn middelen die hem rustig maken om de stress voor te komen. Middelen die hem zouden ontspannen maar ook moe maken. Het is dus moeilijk om te zeggen dat alle waarneembare reacties met de muziektherapie te maken hadden. Maar in deze scriptie ga ik alleen die dingen beschrijven waar ik, en ook het team, van mening zijn, dat zij in verbinding met de muziek zijn opgetreden.

De derde subvraag was of er verandering van reacties van de cliënt zichtbaar zijn als ik de muzikale parameters ga veranderen. Wat dit betreft heb ik bij Michael geen veranderingen kunnen waarnemen. Hij stond altijd open voor de muziektherapie, dat was duidelijk. Maar veranderingen in samenhang met muzikale parameters waren niet zichtbaar.

Bij sommige cliënten in Essen is dat anders. Ik doe er muziektherapie met een man van 53 jaar. Hij reageert heel sterk op ritme. Als ik bijvoorbeeld een voor hem bekend liedje ("Über sieben Brücken musst du gehn") speel dan is hij al heel wakker en alert. Tijdens het eerste couplet ga ik op de gitaar tokkelen. Speel ik dan het tweede couplet met meer articulatie, door akkoorden te spelen en deze op de gitaar te dempen, past hij zijn ademritme aan mijn slag aan.

Een ander cliënte, 45 jaar, met die ik in Essen werk reageert heel sterk op dynamiek. Als ik te haart ga spelen gaat zij schreeuwen. Eerst schrok ik ervan maar nu weet ik, wat zij bedoelt. In dit geval ga ik zachter spelen en zij lacht dan altijd.

Zij deze reacties herhaalbaar? Dat is de laatste van mijn subvragen. En ook hier kan ik met 'ja' antwoorden. Dat was ook bij Michael nodig. Bij het liedje "The house of the rising sun" ging zijn hartslag altijd duidelijk omhoog en werd dan weer minder, ook ging ik nog een bekend liedje voor hem spelen.

Ook de reactie op de articulatie van de cliënt in Essen is herhaalbaar. Het hoofd niet "Über sieben Brücken musst du gehn" te zijn. Ik kann ook een cadens op de gitaar neerzetten. Als ik begin wat ritmischer te spelen past hij zijn ademhaling aan die mijne ritme aan.

Antwoorden op deze verschillende subvragen te krijgen was voor mij de uitgangspunt om naar de antwoord van de eigenlijke scriptievraag te komen. Door deze resultaten wordt duidelijk dat het mogelijk is om via de muziek contact met mensen in een waakcoma- toestand op te nemen. Zij maken door verschillende reacties duidelijk dat zij me waarnemen. En als zij open voor de muziek staan (zie 2.2.3) is er contact mogelijk. En als er een relatie ontstaat, kunnen ook deze zo passief lijkende mensen actief deelnemen. Maar daarop ga ik in het vervolg duidelijker in. In 11.4 ga ik mijn resultaten verklaren en interpreteren. Onder ander door koppeling met de literatuur.

Nu ga ik op het halen van mijn doelen in. Ten eerste is het mijn manier van werken. Wat dit betreft heb ik mijn doel gehaald. Ik heb er kritisch naar gekeken en dingen verandert. Ik pas mijn manier van werken nu aan het tempo van de cliënt aan. Ik wil niet meer van alles doen en ga nog meer observeren wat de cliënt nodig heeft.

Mijn tweede doel is, dat ik ander muziektherapeuten, die geen kennis van deze doelgroep hebben, prikkels geef om met deze doelgroep aan de slaag te gaan. Ik wil hen laten zien wat in dit werkveld van beklang is en waarop zij moeten letten. Zowel rond de therapie heen als ook tijdens de sessies. Volgens mij heb ik ook dit doel kunnen halen.

Een derde doel, dat ik heb opgeschreven heeft met de omgeving van de cliënten samen. Ik wil mensen, die met de cliënt te maken hebben, laten zien, dat zij in het dagelijkse leven gebruik van de muziek kunnen maken. Elementen uit de muziektherapie kunnen overnemen. Ook dit doel heb ik kunnen halen. Ik heb al eerder het voorbeeld gegeven van Michael's ouders. Zij zetten nu altijd muziek aan, als zij naar huis gaan. Michael weet nu dat zij gaan als hij de bepaalde muziek hoort. Hij blijft rustig als de ouders afscheid nemen. Dit heeft op beide partijen een positieve werking.

Samengavat kan ik zeggen dat ik heel tevreden ben over het beantwoorden van mijn vraagstelling en het halen van die door mij genoemde doelen.

11.2 Beschrijving of het project op de voorgenomen wijze gerealiseerd is

Mijn project kon grotendeels op de voorgenomen wijze gerealiseerd worden. Aan het begin wil ik die dingen noemen, die ik niet zo kon doen als ik het aan het begin van plan was.

Toen ik mijn onderzoeksvoorstel schreef was ik nog van plan om video- opnames met Michael te doen. Ik had ook alles met de ouders ervoor geregeld. Ik had een formulier geschreven, waar instond, dat ik opnames mag doen en dat ze voor mijn scriptie zijn. Bovendien heb ik aan de arts gevraagd op opnames in het ziekenhuis mogelijk zijn. Ook dat was geen probleem als ik de toestemming van de ouders zou hebben. Mijn plan was om de eerste sessies zonder kamera te doen om kennis met Michael te kunnen maken. Want voor video- opnames moet nog iemand in de kamer zijn en ik wou de eerste therapieën alleen doen. Maar dan kwam een operatie aan Michael's schedel. De wond was heel groot en voor sommige weken had hij op zijn linker schedelhelft geen schedelbeen omdat de druk op het hersenen te groot was. In overleg met zijn ouders heb ik dan ervoor gekozen om geen opnames te doen. Ik had het gevoel ook zonder videomateriaal alles te kunnen waarnemen. Dus was het voor mij niet noodzakelijk en voor de ouders was het zichtbaar aangenaam toen ik het zei.

Voor de rest liep alles goed door en ik kon het project op de voorgenomen wijze realiseren. Waarom was dat zo? Ik denk dat vooral de vele afspraken in het begin ervoor gezorgd hebben, dat er geen problemen opkwamen. Ik was altijd eerlijk. Heb aan iedereen vertelt wat mijn plan is. Ik ben elke afspraak nagekomen. Bijvoorbeeld het opbellen in het ziekenhuis in Osnabrück voordat ik voor de therapie afkwam. In Essen was de afloop al duidelijk. Ik heb er mijn bepaalde tijden en dan ben ik er ook. Als ik eens niet kan komen laat ik het een week van tevoren weten. Tenzij ik ziek ben. Dan bel ik op en zij zijn op de hoogte.

Een woord dat voor mij van groot belang is, als het om het realiseren van het project gaat is vertrouwen. Ik had een leuk team in Osnabrück en ook in Essen. Ik ben nog student maar toen ik de eerste keer in Osnabrück naar het ziekenhuis ging had ik meteen het gevoel dat zij mij serieus nemen. Het maakte niets uit dat ik mijn studie nog niet af heb. Ik stond op dezelfde hoogte dan de andere therapeuten. Ik mocht alles doen, er altijd bij zijn. In teamgesprekken was mijn mening altijd van belang. Dat voelde heel goed. De sfeer was veilig en ik kon iedereen vertrouwen. Ik wist, dat hen mening over de muziektherapie eerlijk was en dat zij niet gewoon iets gingen vertellen. Zij laten de hele tijd betrokkenheid aan mij zien wat mijn project betreft. Zij waren er deel van geworden en dat was hen bewust.

Dit vertrouwen straalde ik ook uit. Ik probeerde mijn werk zo goed mogelijk te doen en ik denk mijn inzet ervoor voel duidelijk voelbaar.

In Essen had ik al vertrouwen van de therapeuten en de verpleegsters. Ik ben er nu een jaar bezig en als ik met voorstellingen van veranderingen kom vinden deze altijd gehoor. De groep bijvoorbeeld was mijn idee. Het duurde even om een plan te maken maar dan werkte iedereen mee.

Een ander factor, die een bijdrage aan het realiseren had is Michael zelf. Ik wist in het begin niet, hoe hij op de muziektherapie gaat reageren. Door gesprekken met de ouders werd wel duidelijk dat er erop reageert. Maar op welke wijze dit bij mij zal gebeuren kon ik niet uitmaken. Ik was dus heel tevreden als ik zag, dat hij er open voor staat en de therapie echt kan beginnen. Ik merkte snel, dat het bij de andere therapieën niet het geval is. Voor een sessie was ik dus ook gespannen. Maar het werd duidelijk dat ik het niet hoef te zijn. Ik weet niet hoe lang ik nog met hem bezig kan zijn omdat de arts zegt, dat hij gaat overleden. Zij weten niet hoe lang dit proces gaat duren maar het is zichtbaar dat het steeds slechter met hem gaat. Ik had er al met de ouders over gepraat en zij willen graag dat ik hem verder ga begeleiden. Ook dit is weer een bewijs van vertrouwen en ik neem het aanbod graag aan.

Ik weet dat het in de praktijk niet altijd zo gemakkelijk gaat lopen. Ik had echt geluk wat het team betreft. In Essen en in Osnabrück. Ook de omgeving van Michael, dus zijn familie, was tegenover mij heel open. Ik voelde mij veilig en denk, dat dit ook een grote bijdrage had aan het realiseren van het project op de voorgenomen wijze.

11.3 Wat zijn tekortkomingen en wat zijn sterkten van mijn onderzoek?

Ik wil graag daarmee beginnen, de tekortkomingen van mijn onderzoek uit te leggen.

Een tekortkoming is volgens mij dat ik geen directe uitwisseling met andere creatieve therapeuten had tijdens het doen van mijn onderzoek. Ik kon wel altijd met vragen bij mijn ouder stagebegeleidster komen maar ik werkte met niemand samen. In beide teams waren alleen ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, artsen en verpleegsters aanwezig. Maar geen ander creatief therapeut. Dat hangt met de doelgroep samen. Waakcoma- cliënten in de fase F (zie 2.2.1) kunnen bijna nooit actief deelnemen. Voor andere creatieve therapieën is dit wel een voorwaarde. En een ander muziektherapeut was er ook niet. De instellingen hebben niet genoeg geld en voor muziektherapie komt het ziektefonds in Duitsland niet op. Een directe uitwisseling met een ander vaktherapeut heb ik soms als tekortkoming ervaren.

Een tweede tekortkoming is het feit dat ik geen opnames kon doen. Ik denk, dat de reden ervoor wel verstaanbaar is. Tijdens de sessies in de verschillende fases van mijn actieonderzoek had ik niet het gevoel dat het nodig was. Ik kon van alles waarnemen. De apparatuur, aan die Michael is aangesloten, liet veel zien. Ook dingen die in zijn lichaam gebeuren en anders niet zichtbaar waren. Bijvoorbeeld zijn hartslag of zijn zuurstofverzorging. Deze dingen had ook een kamera niet kunnen opnemen. Maar nu aan het eind heb ik het gevoel dat ik wel iets mis. Ik heb mijn schriftelijke notities en mijn herinneringen maar ik kan niet visueel naar de sessies kijken. Dat ervaar ik nu wel als tekortkoming voor mij persoonlijk. Het was een intensieve tijd en ook voor deze discussie was het misschien handig om nog eens naar opnames te kunnen kijken.

De sterkten van mijn onderzoek zijn volgens mij in eerste instantie de regelmatigheid. Zowel wat de therapieën in Essen en Osnabrück betreft als ook de vergaderingen met de verschillende teams. Ik had een vaste structuur en moest niet spontaan ergens zijn. Ik kon mij altijd voorbereiden en wist wat van mij verwacht wordt. Dat is een positieve punt.

Een tweede sterkte van mijn onderzoek is het uitwisselen met mensen uit beide teams. Ik heb het als een tekortkoming aangegeven, dat er geen ander muziektherapeut in een van de instelling werkt. Maar het praten in de vergaderingen op zich is wel een sterkte. Het werkte heel goed omdat het zo regelmatig plaats vond. Ik kreeg altijd feedback en kon zo veranderingen aanbrengen. Samen in overleg met het hele team. Ik was dus nooit alleen. Op deze manier kon ik veranderingen in mijn acties doen die goed overlegd waren.

Vergelijkingsmogelijkheden is een derde sterkte van mijn onderzoek. De veranderingen zijn allemaal in de teamgesprekken in Osnabrück ontstaan. Dus bijvoorbeeld het niet te veel doen tijdens een sessie. Bij Michael werkte dit heel goed maar dat was alleen mijn waarneming bij een cliënt. Ik ging dus met de cliënten in Essen op dezelfde manier aan de slag. Ook bij hen waren waarneembare reacties zichtbaar. Zij waren allemaal rustiger en meer geconcentreerd op de dingen die ik deed. Het kunnen vergelijken was dus altijd van belang. Als ik ook in Essen een positieve reactie was het een bevestiging voor mijn veranderingen. Ik was dan altijd heel gemotiveerd wat het verder ontwikkelen betreft.

Een vierde sterke is volgens mij dat ik mijn vragen kon beantwoorden en mijn doelen kon halen. Het was de eerste keer dat ik zelf vragen moest opstellen en ik wist niet of ze misschien te groot zijn om ze binnen het kader van dit onderzoek te beantwoorden. Met de doelen was het hetzelfde. Mijn vragen en doelen zijn wel vanuit ervaringen ontstaan en door praten met de ouders van Michael. Ik wist al, dat contact met waakcoma- cliënten binnen de muziek mogelijk is. Maar het is voor een onderzoek wel een "risicodoelgroep". Ik wist nooit hoe het met Michael gaat als ik voor de therapie kwam. Ik had altijd van tevoren opgebeld maar zijn toestand was niet stabiel en kon snel veranderen. Overlijden kwam ook steeds te sprake in de vergaderingen. Maar ik kon mijn onderzoek doorzetten en vragen beantwoorden. Dat is wel een sterkte als je naar de doelgroep kijkt.

Ten vijfde was de communicatie tussen iedereen een sterkte. Ik was altijd op de hoogte over wat er gebeurde en ook de anderen wisten altijd wat ik aan het doen was. Het liep hand in hand.

11.4 Verklaring en interpretatie van mijn resultaten door onder ander koppeling met de literatuur

Een van de belangrijkste resultaten is, dat muziektherapie een middel is om met mensen in een waakcoma- toestand contact op te bouwen. In het begin kan dit moeilijk zijn. Schumacher heeft in haar boek (2004) onderzoek gedaan met betrekking tot muziektherapie en kinderen met autisme. Zij heeft zeven modi opgesteld die beschrijven hoe de spelers een relatie ingaan.

Mijn eerste contact met Michael is vergelijkbaar met de eerste modus.

“Kontakt- Reaktion (Modus 1)

meint das “Gewahrwerden” eines Reizes. Es ist eine Frage der Zeit, ob aus einer Kontakt- Reaktion ein Kontakt (contactus, lat. gemeinsames Berühren) wird. Entscheidend ist hier die Frage, wie lange die Bezogenheit, die “Berührung” anhält. Eine Kontakt- Reaktion meint de Moment, in dem noch offen ist, ob das Kind die Chance einer möglichen Beziehung nutzen wird oder sich erneut verschließt.

Der Therapeut bemerkt zwar diesen kurzfristigen Kontakt, fühlt sich aber als Person noch nicht wahrgenommen. Er erlebt in seiner den Kontakt erwartenden Haltung das rasche Abwenden des Kindes nach erfolgter Kontakt- Reaktion als Kontakt- Abbruch. Eine die Kurzfristigkeit akzeptierende und nicht enttäuschende Haltung ist hier wichtig“ (Schumacher, 2004, p. 246).

Dat is een gevoel dat ik herken. In het begin van muziektherapie met mensen in de waakcoma komt het vaak voor dat je denkt dat er contact ontstaat. Een minuut later maken zij de ogen dicht en je denkt dat het contact weg is. Belangrijk is te weten dat dit niet met de therapeut samenhangt of met de muziek. In dit moment is het belangrijk acceptatie te tonen (Kletke- Drawert, p. 8). In deze situatie ga ik zachter worden. Ik maak een stemimprovisatie of een liedje met gitaar wel nog af om de cliënt de kans te geven het contact weer op te nemen. Blijven zijn ogen dicht en de cliënt slaapt dan ga ik het afscheidsliedje spelen. Deze acceptatie speelt een centrale rol in het werken met mensen in de waakcoma.

Een ander resultaat van mijn onderzoek is dat je het contact kunt verdiepen. Ik heb ervaren dat je de mensen mee kunt nemen. Ik kijk wat de mensen nog in staat zijn om te doen en haal zijn aan de punt af. Voor deze mensen is het vaak de eerste ervaringen met de eigen mogelijkheden die er nog zijn (Kletke- Drawert, p. 5). Ook deze fase is met een van de modi van Schumacher (2004) te vergelijken.

“Kontakt zu sich / Selbsterleben (Modus 3)

(Selbst- Gefühl)

Das Heraustreten aus dem nichtreflexiven Zustand des Selbstempfindens führt zu einem zunehmenden Gewahrwerden der eigenen Person. Steht diese im Mittelpunkt der Empfindung und des Erlebens, wähle ich für diese Beziehungsqualität den Begriff “Selbstempfinden / Selbsterleben“. Durch das Erleben von Urheberschaft wird ein wahres Bewusstwerden der eigenen Person erreicht. Ein sicheres Empfinden des Selbst ermöglicht die Fähigkeit, die Welt in der Musiktherapie, die eigene Stimme und Musikinstrumente zu explorieren. Der Spieler hört sich selbst zu und die spezifischen Eigenschaften eines Objektes (z.B. der Klang eines Musikinstrumentes) werden berücksichtigt.

Der Therapeut hat eine bestätigende Funktion, er fühlt sich weder überflüssig noch “benutzt” ” (Schumacher, 2004, p. 247).

Als dit gebeurt, is volgend mij een grote stap gedaan wat het actief laten deelnemen van de waakcoma- cliënten in de muziektherapie betreft. De cliënt heeft door mij het gevoel gekregen, "Urheber" van het spel te zijn. Ik heb in deze fase veel met stemimprovisaties gewerkt. Deze deed ik in het ademritme van de cliënt. Door dit te doen wordt de cliënt alert op zijn eigen ademhaling en merkt, dat ik zijn ritme opneem. Als een cliënt deze bewustwording heeft kan ik verder gaan en tot actief zijn stimuleren.

Dit is te vergelijken met de zevende modus van Schumacher (2004). Ik ga dit modus ook weer beschrijven en geef dan een voorbeeld uit de praktijk.

"Begegnung / Inter- Affektivität (Modus 6)

(Wir- Gefühl)

Die Begegnung zweier Menschen löst Vitalitätsaffekte aus, die zu einem gemeinsam empfundenen Affekt führen können. Die Fähigkeit die hier aufkommende Dynamik miteinander zu teilen und wechselseitig zu verändern, führt zu der Fähigkeit miteinander zu spielen, wobei das Spiel auch assoziativen Gehalt haben bekommen kann. Der Therapeut fühlt sich als abgegrenzte Person aktiv in das Spiel einbezogen und nimmt eine herausfordernde (provocare, lat. herausrufende) Haltung ein"
(Schumacher, 2004, p. 248).

Bij Michael ben ik aan deze fase of modus niet aan toe gekomen. Dat hangt sterk met zijn toestand samen. Door de medicatie is hij niet in staat om met mij in spel te gaan. Maar ik heb een praktijkvoorbeeld uit Essen.

Tijdens een klankmassage met de körpertambura met meneer R. ging ik zijn namen zijn namen zingen. Dit deed ik altijd als hij naar mij keek. Zijn antwoord daarop was een neuriën. Eerst was het heel zacht en bijna niet waarneembaar. Als hij weer naar mij keek zang ik zijn naam ook heel zacht. Hij liet een glimlach zien voordat hij weer zacht begon te neuriën. Dit ging zo door. Op eens werd zijn neuriën sterker en ik begon zijn naam harder te zingen. Aan het eind keek hij zonder onderbrekingen naar mij en een dialoogspel was ontstaan.

Ik denk dat dit een goed voorbeeld is in vergelijking met de modus 6 van Schumacher. Wij hebben dynamiek met elkaar gedeeld. Iedereen had er invloed op en was er actief bij. Deze momenten zijn zelden bij waakcoma- cliënten in fase F maar het is niet onmogelijk.

Uit mijn onderzoek zijn nog andere resultaten voor gekomen. Ik deel de mening van Kletke- Drawert (p. 6) dat bij muziektherapie met waakoma- cliënten zowel gebruik van stem als ook van instrumenten gemaakt kan worden. Kletke- Drawert beschrijft in haar artikel ook het werken van een andere muziektherapeute die alleen met stem werkt. Haar motivatie daarvoor is het feit, dat zij het belangrijk vindt met de cliënt op dezelfde hoogte te staan. Zij wil deficits van de cliënt niet duidelijk maken door op een instrument te spelen.

Mijn mening is een ander. Ik ben van mening dat de individualiteit van de cliënten in de voorgrond moet staan. Niet iedereen houdt van stem, sommige worden meer aangesproken door gitaarspel en andere door een klankmassage omdat muziek zo voelbaar wordt. Ik vind elke cliënt moet de mogelijkheid hebben om te kunnen laten zien wat hij veilig vindt. Dat kan van alles zijn maar ook alleen stem. Zij hebben allemaal een voorkeur. Dat wordt ook uit mijn resultaten zichtbaar. De alertheid is bij sommige cliënten bij een stemimprovisatie heel hoog. Bij anderen werkt het zingen van bekend liedmateriaal beter. Mijn resultaat is dus, dat jij het aanbod breed moet houden om dan te kijken wat het beste werkt.

11.5 Integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel

In dit onderdeel van de discussie ga ik beschrijven hoe men met waakcoma- cliënten aan de slag kan gaan. Hiervoor heb ik mijn resultaten en al bekende dingen in een nieuw werkmodel integreert.

'Integratie' staat dus in de voorgrond. Maar wat wordt daarmee precies bedoeld?

Bij 'integratie' gaat het om volgende aspecten:

- in staat zijn relevante (wetenschappelijke) inzichten, theorieën, concepten en onderzoeksresultaten toe te passen bij vraagstukken waar je mee geconfronteerd wordt
- het beroepsmatige methodische handelen kunnen bijstellen op grond van het reflecterende evaluaties over en het evalueren van het eigen beroepsmatige handelen
- in staat zijn combinaties van procedures toe te passen
- in staat zijn competenties in uitlopende beroepsmatige situaties toe te passen (transfer en brede inzetbaarheid)
- in staat zijn procedures te vernieuwen (dubbelslag leren)

(Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek, p. 10).

Ik denk dat ik mijn beschrijving van mijn actieonderzoek duidelijk werd dat ik aan deze punten voldoe. Alleen op het vierde punt (transfer en brede inzetbaarheid) ben ik tot nu toe nog niet ingegaan. Ik heb mijn werken en ook mijn beschrijving op de doelgroep waakcoma beperkt. Op dit puntje ga ik in een ander deel van mijn discussie nog in. Namelijk als ik aanbevelingen doe voor vervolgonderzoek.

Het nieuwe werkmodel

Als ik nu een therapie met een cliënt in de waakcoma begin ga ik mij veel tijd voor de eerste fase nemen. Dus die fase, die er ter vergelijken is met het eerste modus van Schumacher. In deze fase staat het opbouwen van een relatie en van contact in de voorgrond. Ik bied mijn cliënt verschillende werkvormen aan. Zingen en spelen van bekende liedjes (met gitaar, omdat muziektherapie meestal op de kamer van de cliënt plaats vindt). Gitaar zonder woorden maar alleen akkoorden. Een ander mogelijkheid is zingen in het ademritme van de cliënt of het 'voelbaar maken' van de muziek. Door bijvoorbeeld de körpertambura in te zetten. Ik ga individueel op de cliënten in en probeer uit te vinden op wat zij de meeste reactie tonen. Dit is dan het uitgangspunt om de relatie te verdiepen en die cliënt mee te kunnen nemen. Onvoorwaardelijke acceptatie is belangrijk voor mij als therapeut. Ook als de cliënt zich afsluit en het contact verloren gaat bied ik aan, dat hij terug kan komen. Het afbreken van contact hoeft niet automatisch een contra- indicatie voor muziektherapie te zijn. Veel meer maak ik de cliënt zo duidelijk dat ik zijn reacties waarneem en snap wat ermee bedoeld wordt.

In de volgende fase kan ik de cliënt dan van zijn eigen vaardigheden bewust maken. Hij is de 'urheber' van het speel. Ik ga op alle signalen in. Imiteer deze en neem het in mijn speel op. De cliënt is in staat zich zelf te exploreren. Ik heb met stemimprovisaties goede ervaringen opgedaan. Belangrijk is, dat de cliënt op stem reageert. Ik zing bijvoorbeeld in het ademritme van de cliënt. De bewustwording van de eigen adem staat in de voorgrond. Vaak begint de cliënt dan zelf geluiden te maken. Ik neem deze geluiden op, bouw zij in mijn improvisatie in. De cliënt krijgt door mij zo het gevoel overdragen dat hij het speel, de improvisatie heeft ontwikkeld. Hij bepaald het ritme en de geluiden. Hij is de 'urheber' geworden.

Als een cliënt geen affiniteit met stem en zang heeft ben ik met de gitaar aan de slag gegaan. Ook hierbij is het ademritme mijn uitgangspunt. Ik begin heel zacht en speel alleen een akkoord als de cliënt uitademt. Houdt de cliënt de lucht in ben ik stil en stop met spelen. Ademt hij weer ga ook ik door. Begint hij te neuriën imiteer ik dit wel met mijn stem omdat het op gitaar niet na te doen is. Ook op deze manier kan de cliënt 'urheber' van het spel worden.

Is deze fase met waakcoma- cliënten in fase F mogelijk probeer ik naar de laatste stap toe te gaan. De fase waar wij samen actief zijn en een speel samen kunnen 'gestalten'. Het is belangrijk om te weten dat deze fase niet met elke cliënt bereikt kan worden omdat zij over de mogelijkheden, echt in interactie te gaan, niet meer beschikken.

Ik heb al beschreven dat deze fase van mijn werkmodel vergelijkbaar is met modus 6 van Schumacher. De cliënt neemt actief deel en er ontstaat een dialoog tussen mij en de cliënt. Ik heb er een voorbeeld van gegeven maar een echte werkvorm kan ik er niet aan koppelen. Het ontstaat in het spel als de cliënt vertrouwen heeft en zich veilig en geaccepteerd voelt. Hij moet door mij het gevoel krijgen, dat er geen drempels zijn. Dat hij alle reacties kan laten zien en alle geluiden mag laten horen. Dan treden affecten op die voor de cliënt en ook voor mij voelbaar zijn. Wij kunnen alles delen en in interactie gaan. Het “Wir- Gefühl” is aanwezig.

Samengevat kan ik zeggen dat mijn resultaten daartoe lijden dat mijn nieuwe werkmodel voor mensen in de waakcoma, fase F, heel beïnvloed is van de theorie van Schumacher. Het werken met autistische kinderen en waakcoma- cliënten heeft vele overeenkomsten. Dat werd door de beschrijving van de modi en het vergelijken met mijn resultaten duidelijk.

Ik was mij er van tevoren niet zo bewust van. In de literatuur kwam de naam Schumacher soms wel voor maar niet in verbinding met een werkmodel. Of in verbinding met het werken met waakcoma- cliënten. Verschillende auteurs hebben erop gewezen dat Schumacher onderzoek heeft gedaan over muziek en hoe muziek op zuigelingen werkt. De verschillende modi kwamen niet ter sprake.

Mij veel op dat er veel gemeenzaamheden bestaan en zo heb ik mijn resultaten kunnen integreren en een nieuw werkmodel kunnen maken.

11.6 Vergelijking tussen het nieuwe en het oude werkmodel

Als ik nu het oude en het nieuwe werkmodel met elkaar ga vergelijken valt mij op dat ik nu een theorie voor mijn handelen heb. Ik neem betrekking op Schumacher, dat is al duidelijk naar voren gekomen. Ik ga nu meer op de persoon als individu in. Ik probeer helder te krijgen waar de meeste waarneembare reacties optreden.

Ik neem mij algemeen meer tijd. Daarmee bedoel ik bijvoorbeeld meer tijd om de relatie en het contact op te bouwen. Daarvoor let ik meer op signalen van de cliënt en verzamel eerst veel informatie voordat ik een stapje verder ga. In mijn oude werkmodel was dit niet het geval. Toen een cliënt laat zien dat hij open staat voor de therapie wou ik er meteen aan toe dat hij actief wordt. Ik ben mij er bewust van geworden dat het langer duurt en niet zo gemakkelijk is. Dat is in mijn nieuwe werkmodel anders. Ik ga mijn aan de modi van Schumacher oriënteren. Daardoor werd mij ook bewust, dat niet elke cliënt in staat is om actief aan de muziektherapie deel te nemen. De resources zijn niet bij iedereen aanwezig. Dat was voor mij soms moeilijk te begrijpen maar ik weet nu, dat het niets met mij als persoon, als therapeut te maken heeft. Ook dit resultaat hoort nu bij mijn werkmodel.

Bovendien neem ik mezelf meer tijd voor de werkvormen en geef de cliënt zo de kans de prikkels te verwerken. Mijn oude werkmodel had een vaste structuur met vele werkvormen, waarvan ik uit de literatuur wist, dat zij bij mensen in het waakcoma van toepassing zijn. De afloop van een therapie was dan als volgt:

- Begroetingsliedje
- Zingen in het ademritme van de cliënt (zonder instrument)
- Zingen van bekende liedjes
- Klankmassage met de körpertambura
- Afscheidliedje

Het wordt duidelijk dat ik van alles wou doen. Ik heb ook naar de cliënt gekeken en toen ik zag, dat er afweer is of de cliënt in slaap valt stopte ik met de therapie. Ik heb signalen nooit negeert.

Nu heb ik geen zo vaste structuur meer. Er vindt een individuele begroeting plaats. Dat kan een liedje zijn of een melodie. Afhankelijk van de cliënt. Dan zet ik die werkvormen in, die voor de cliënt het beste werken en waardoor wij doelen kunnen halen. Doelen die bij de verschillende fases horen. Ik voel mij zekerder en dat lijkt voor de cliënten voelbaar, waarneembaar te zijn. Sinds ik rustiger ben, houden zij de concentratie langer bij. Dat is een positieve verandering, die het nieuwe werkmodel heeft opgeleverd.

De werkvormen op zich heb ik bijgehouden omdat duidelijk werd dat zij goed werken in deze doelgroep. Maar ik ben flexibeler geworden. Door het feit dat ik mij meer tijd neem om op waarneembare reacties te letten heb ik geleerd, deze duidelijk voor de cliënt, in een werkvorm te integreren. Dat is vooral bij de laatste fase van belang. Ik kan dialoogspel of actief meedoen van de cliënt niet door een bepaald werkvorm uitlokken. Ik werk in het hier en nu en daarbij ontstaat dan de dialoog. Ik dacht in het begin dat er werkvormen moeten zijn, die dit kunnen provoceren. Ik weet nu dat het niet het geval is.

Als ik de vergelijking samen moet vatten dat kan ik zeggen dat ik nu vanuit een theorie aan de slag ga. Door deze theorie heb ik de kennis opgedaan dat tijd nemen heel belangrijk is en dat elk cliënt anders is.

Dit is opgenomen in mijn nieuwe werkmodel.

11.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ik heb al beschreven dat de inzetbaarheid van mijn werkmodel gebaseerd is op het werken met waakcoma- cliënten in de fase F. Een vervolgonderzoek kan zich met het werkmodel bezighouden en kijken of ook andere doelgroepen op deze manier met muziektherapie behandeld kunnen worden.

Ik denk hier bijvoorbeeld aan de bejaardenzorg. Een late fase van dementie en alzheimer wijst veel gemeenzaamheden met de waakcoma- toestand op. Tijdens mij stage heb ik er ervaring mee gehad en er zijn vele overeenstemmingen zichtbaar.

Volgens mij is onderzoek in de bejaardensector heel belangrijk omdat wij steeds meer oude mensen hebben. Het lijkt mij wel spannend.

Een vervolgonderzoek zou bijvoorbeeld erover kunnen gaan waar deze gemeenzaamheden zijn en hoe deze zich uiten. Dan kan onderzocht worden of het werkmodel dat ik aan de hand van mijn resultaten heb opgesteld een manier van werken met deze doelgroep kan zijn.

Ook een vergelijking met multiple- sclerose lijkt mij interessant. Bij deze cliënten kan het hersenen heel sterk van de ziekte zijn betrokken. Dan zijn ook bij deze doelgroep veel overeenstemmingen met waakcoma zichtbaar.

12 Samenvatting

“Kom, ik neem je mee...”

Hoe kun je met mensen, die al lange tijd in de waakcoma verkeren, door muziektherapie contact opbouwen en zij actief aan de therapie laten deelnemen?

Dat is de vraagstelling, die in het begin uit mijn probleemstelling is ontstaan.

Ik ben met sommige subvragen bezig geweest om deze vraag te kunnen beantwoorden. Heel belangrijk was de ontwikkelingsfase in mijn onderzoek. Ik heb acties kunnen bijstellen en nieuwe acties ontwikkelen waaruit belangrijke resultaten gingen volgen. Aan hand van deze resultaten kon ik een nieuw werkmodel opzetten.

Het was een leuke maar ook spannende tijd. Ik heb veel bij kunnen leren wat andere therapieën en de medicijn betreft. Bovendien is mijn zelfvertrouwen gegroeid. Dit gebeurde door het feit dat alles zo goed gelukt is ook moet ik het zelf plannen, alles organiseren en de afspraken maken. Ik persoonlijk heb het gevoel, dat al die dingen, die wij tot nu toe in de opleiding hebben geleerd met deze scriptie aan bod zijn gekomen. Het was niet alleen het doen van muziektherapie. Psychologische gespreksvoering met familieleden was in mijn geval bijvoorbeeld heel belangrijk. Bovendien de integratieve methodiek, dus het altijd bijstellen en verbeteren van acties. Door middel van literatuurstudie en uitwisselingen met andere therapeuten en met artsen.

Samenvattend kan ik dus zeggen dat het scriptie niet alleen een integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel was. Het was de integratie van vier jaar opleiding in een scriptie.

“Kom, ik neem je mee,...”

Bibliografie

Boeken, bijdrage aan boeken en artikels

- Baumann, M. (2004). Zwischenwelten- Eine Einführung. In M. Baumann, & C. Gessner (Ed.), *Zwischenwelten, Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung* (pp. 1- 7). Wiesbaden: Reichert Verlag
- Baumann, M., & Gessner, C. (2004). *Zwischenwelten, Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Burger, S. (2004). Trotz allem... Lachen. In M. Baumann, & C. Gessner (Ed.), *Zwischenwelten, Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung* (pp. 41- 64). Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Geier, J- S. (2001). *Psychophysiologische und emotionstheoretische Aspekte therapeutischer Musikanwendungen in der klinischen Praxis*. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
- Gemert, drs. J.A.H., van (2005). *Prisma woordenboek, Duits- Nederlands*. Utrecht: Het Spectrum B.V.
- Hegi, F. (1998). *Übergänge zwischen Sprache und Musik, Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Herkenrath, A. (2006). Musiktherapie mit Menschen in der Langzeitphase des Wachkomas- Aspekte zur Evaluation von Wahrnehmung und Bewusstsein. *Neurologie & Rehabilitation*, 12 (1), 22- 32.
- Herkenrath, A. (2002). Musiktherapie und Wahrnehmung. Ein Beitrag der Musiktherapie zur Evaluierung der Wahrnehmungsfähigkeit bei Patienten mit schweren Hirnverletzungen. In D. Aldrige & M. Dembski (Eds.), *Music therapy World* (pp. 122- 131). Witten- Herdecke.
- Linden, drs. G.A.M.M., van der (2005). *Prisma woordenboek, Nederlands- Duits*. Utrecht: Het Spectrum B.V.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Nydahl, P. (2005). *Wachkoma*. Uitgeverij: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- Schramm, A. (2002). Koma und Bewusstlosigkeit in der basalen Stimulation. *Not.* 5, 36- 38.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (1999). *Gundlagen der Musiktherapie*. Göttingen: Horgrefe- Verlag.
- Smeijsters, H. (1996). *Neurologische en fysiologische aspecten van muziektherapie*. Heerlen: Melos.
- Swanborn, P.G. (2002). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Internetbronnen

Regels voor euthanasie. Geraadpleegd op 10 mei op het World Wide Web:
<http://www.nvve.nl/assets/nvve/over/wilsverklaringen/Euthanasieverzoek.pdf>

Kletke- Drawert, A. (n.d.). *Musiktherapie mit Menschen im Wachkoma*. Geraadpleegd op 13 februari 2010 op het World Wide Web:

http://www.musiktherapie.uni-siegen.de/forum/erwachsene/vortraege/418_kletke_drawert.pdf

<http://www.citaten.net>. Geraadpleegd op 28 mei 2010 op het World Wide Web.

<http://www.zitate.net>. Geraadpleegd op 28 mei 2010 op het World Wide Web.

Bijlage 1: Mogelijkheid voor euthanasie in Nederland

Euthanasieverzoek

Lees voordat u deze verklaring invult de toelichting bij het euthanasieverzoek.

Naam

Geboortedatum Geboorteplaats

Lidnummer

Wanneer ik in een toestand kom te verkeren

– waarin ik ondraaglijk en uitzichtloos lijd

of

– waarin geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat

of

– mijn verdergaande ontluistering te voorzien is,

verzoek ik mijn arts uitdrukkelijk mij de middelen toe te dienen of te verstrekken om mijn leven te beëindigen.

Onthouden van toestemming

Indien niet, of nog niet kan worden overgegaan tot inwilliging van mijn euthanasieverzoek – bijvoorbeeld in verband met geldende eisen van zorgvuldigheid – onthoud ik uitdrukkelijk toestemming voor verdere medische behandeling met uitzondering van zuiver palliatieve bestrijding van ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust. Onder deze weigering van alle verdere medische behandeling zijn ook uitdrukkelijk begrepen alle levensverlengende medische handelingen, zoals reanimatie of kunstmatige toediening van vocht en voeding.

Risicoaanvaarding

Dit euthanasieverzoek blijft onverminderd van kracht, ongeacht de tijd die mocht zijn verstreken na de ondertekening ervan. Het is mij volkomen duidelijk dat ik dit euthanasieverzoek kan herroepen.

Door dit euthanasieverzoek te ondertekenen aanvaard ik dus bewust de mogelijkheid dat een arts op het verzoek ingaat, waarover ik bij actueel bewustzijn misschien anders zou zijn gaan denken.

Herroepen van eerdere verklaring(en)

Door dit euthanasieverzoek te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

<http://www.nvve.nl/assets/nvve/over/wilsverklaringen/Euthanasieverzoek.pdf>

Bijlage 2: Muzikale Parameters

Muzikale parameters zijn alle aspecten, die de totale klank van de muziek bepalen.

Deze parameters zijn:

- Melodie
- Metrum
- Ritme
- Dynamiek
- Tempo
- Vorm
- Harmonie

Bijlage 3: Ervaringsbericht van een therapeute uit Essen

1) Welchen Beruf übst du aus?

Ich bin Ergotherapeutin

2) Seit wann hast du die Ausbildung abgeschlossen und bist in diesem Beruf tätig?

Seit 2007

3) Mit welchen Klienten hast du bis jetzt gearbeitet?

Klienten aus folgenden Bereichen

- Orthopädie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Onkologie
- Pädiatrie

4) Seit wann bist du mit Menschen im Wachkoma der Phase F tätig?

Seit 2 Jahren

5) Woher kennst du Musiktherapie?

Aus der Fachliteratur und Erfahrungsberichten, die Tätigkeit der Musiktherapie an sich habe ich durch Frau Rethmann kennen gelernt.

6) Hast du vor deiner Arbeit mit den Klienten im Wachkoma schon Kontakt mit Musiktherapie gehabt? (z.B. bei einer Tätigkeit in anderen Einrichtungen)

Nein, vor meiner jetzigen Tätigkeit kannte ich die Musiktherapie nur durch Fachliteratur und Erfahrungsberichte.

7) Hast du die Meinung, dass Musiktherapie eine gute Ergänzung zu den üblichen Therapien (Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) bei Wachkoma (Phase F) ist? Und wenn ja, warum?

Die Musiktherapie eröffnet Möglichkeiten zur Kommunikation und Entspannung, sowie zu den verschiedensten Emotionen. Dieses geschieht auf einer anderen Ebene und unter Anwendung eigener Ansätze, sodass die Musiktherapie eine hervorragende Ergänzung zu den unterschiedlichen Therapiedisziplinen darstellt.

8) Du nimmst auch an der Musikgruppe teil, die wöchentlich angeboten wird. Was fällt dir an den Klienten auf? Sind Unterschiede zu den anderen Therapieangeboten sichtbar?

Musik ist ein Medium das wohl jeden Menschen berührt, ob es verschiedene Töne bzw. Melodien sind oder nur die Schwingungen die verursacht werden. Mit Musik steht jeder in Verbindung, daher sehe ich in der Gruppe, wie sich bspw. die Mimik und die Stimmung der Klienten verändert oder ihr Muskeltonus, ob sie entspannt oder angespannt reagieren. Musiktherapie weist spürbare und messbare Erfolge auf.

9) Was fällt dir noch zu Musiktherapie ein?

Individualität – Emotionen – Spaß

Bijlage 4: Afscheidsliedje

Auf Wiedersehn, auf Wiedersehn,
Bleib nicht so lange fort
Denn ohne dich wärs halb so schön,
Darauf hast du mein Wort.
Auf Wiedersehn, auf Wiedersehn,
Das eine glaube mir:
Nachher wird es nochmal so schön,
Das Wiedersehn mit dir.