

'Een laatste toon... een laatste adem'



Muziektherapie bij stervensbegeleiding

Auteur: R.M.M. Smeets
Opleiding: Creatieve Therapie, Muziek
Studentennummer: 2035188
Instelling: Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg
Datum: 31-05-2007
Scriptiebegeleider: Harry van den Born

Als je beseft dat alle dingen veranderen,

is er niets dat je vast wilt houden.

Als je niet bang bent om te sterven,

is er niets dat je niet kunt bereiken.

Als je beseft dat je genoeg hebt,

ben je werkelijk rijk.

Als je in de kern blijft

en de dood met je hele hart omarmt,

zul je eeuwig blijven bestaan.

- Lao Tzu

Inhoudsopgave

Dankwoord.....	5
1. Voorwoord.....	5
2. Inleiding.....	6/10
2.1 Probleemstelling.....	6/9
2.2 Vraagstelling.....	10
2.3 Doelstellingen.....	10
3. Literatuurstudie.....	11/31
3.1 Inleiding.....	11
3.2 De palliatieve zorg, de palliatieve werkwijze en de fasen in het palliatieve proces.....	11/13
3.2.1 Inleiding.....	11
3.2.2 Palliatieve zorg.....	12
3.2.3 Palliatieve werkwijze.....	12
3.2.4 Fasen in het palliatieve proces.....	12/13
3.3 Muziektherapeutische modellen in de palliatieve zorg.....	13/14
3.4 Indicaties en doelstellingen van muziektherapie.....	14/16
3.4.1 Indicaties.....	14/15
3.4.2 Doelstellingen.....	15/16
3.4.2.1 Het verminderen van pijn en lijden.....	16/17
3.4.2.2 Het bevorderen van de communicatie tussen cliënt en familie en andere betrokkenen.....	17/18
3.4.2.3 Spiritualiteit; een persoonlijke kijk op het leven.....	18/19
3.4.2.4 Het bevorderen van de zelfexpressie en het exploreren van gevoelens en gedachten.....	20
3.4.2.5 Het gevoel de controle over het leven terug te krijgen.....	20
3.4.2.6 Acceptatie van de lichamelijke en geestelijke beperkingen die bij het stervensproces horen.....	20
3.5 Specifieke eigenschappen van muziek.....	21/22
3.5.1 Effecten van muziek.....	21
3.5.2 Invloed van muziek op de hersenen.....	21/22
3.6 Gebruikte muziekinstrumenten.....	22/24
3.7 Werkvormen.....	24/28
3.7.1 Song choice/ Muzikale levensgeschiedenis.....	24/25
3.7.2 Life review.....	25
3.7.3 Song writing.....	25
3.7.4 Bespelen van een instrument.....	26
3.7.5 GIM: Guided Imagery and Music.....	26
3.7.6 Lyric analysis and discussion.....	26
3.7.7 Improvisatie.....	27
3.7.8 Gebruik van de ademhaling.....	27
3.7.9 Zingen en stemgebruik.....	27/28
3.8 Muziektherapie in groepsverband.....	28
3.9 Muzikale interventies en technieken.....	28/30
3.10 Therapeutische attitude en relatie.....	30/31
3.11 Stille in muziek en in muziektherapiesessies.....	31

4. Praktijkonderzoek.....	32/42
4.1 Keuze praktijkgericht onderzoek.....	32/33
4.2 Kwalitatief praktijkonderzoek.....	33/35
4.2.1 Onderzoekstype.....	33
4.2.2 Dataverzameling en data-analyse.....	34/35
4.3 Uitwerking praktijkonderzoek.....	36/42
4.3.1 Inleiding.....	36
4.3.2 Respondenten.....	36
4.3.3 Verwerking interviews en vragenlijsten.....	37/42
4.3.3.1 Theorieën en uitgangspunten.....	37
4.3.3.2 Voorwaarden, indicaties en doelstellingen.....	37
4.3.3.3 Werkvormen.....	38
4.3.3.4 Instrumenten en live muziek.....	38/39
4.3.3.5 Het vormgeven van muziektherapiesessies.....	39/40
4.3.3.6 Gedragingen van de cliënt.....	40
4.3.3.7 Het toelaten van familieleden.....	40
4.3.3.8 Meerwaarde van muziektherapie bij stervensbegeleiding.....	41
4.3.3.9 Wat vinden de respondenten zelf het belangrijkste in het werken met stervenden?.....	41
4.3.3.10 Ontwikkeling(en) van muziektherapie bij stervensbegeleiding in maatschappelijke context.....	42
5. Evaluatie.....	43/48
5.1 Inleiding.....	43
5.2 Resultaten van de data-analyse.....	43
5.3 Discussie en conclusies.....	43/48
5.3.1 Bevindingen en interpretaties.....	43/47
5.3.2 Zijn de resultaten van het onderzoek behaald?.....	47/48
5.3.3 Tekortkomingen en aanbevelingen van het onderzoek.....	48
5.4 Samenvatting.....	48
Literatuurlijst.....	49/52
Bijlagen.....	53/69
Bijlage 1: Afbeeldingen kantele en ocean drum.....	54
Bijlage 2: Afbeeldingen tanpura en monochord.....	55
Bijlage 3: Afbeeldingen Veeh-harp en koto.....	56
Bijlage 4: Afbeelding sansula.....	57
Bijlage 5: Vragenlijst Dorothé van der Hoeven.....	58/60
Bijlage 6: Vragenlijst Deforia Lane.....	61/63
Bijlage 7: Vragenlijst Petra Rosenberg.....	64/66
Bijlage 8: Vragenlijst Boy Kollée.....	67/69

Dankwoord

Op de eerste plaats wil ik mijn scriptiebegeleider Harry van den Born bedanken voor zijn begeleiding. Ik heb deze als prettig ervaren en ben hem dankbaar om de feedback en aanvullingen die hij mij gegeven heeft.

Verder wil ik mijn dank uitspreken aan Harry van den Berghe en Roy Clermons, de twee muziektherapeuten die mij begeleid hebben in de stage van het derde jaar. Ik ben hen met name dankbaar voor de vrijheid en ruimte die zij mij gegeven hebben om mij persoonlijk te ontwikkelen. Hierdoor heb ik de kracht en passie in mij kunnen vinden die onontbeerlijk is in het werken als muziektherapeut en om mij verder te kunnen ontwikkelen als persoon.

Tevens wil ik nog de respondenten bedanken die meegewerkt hebben aan dit onderzoek. Zonder hen zou dit onderzoek niet voltooid kunnen worden.

Ten slotte wil ik nog iedereen bedanken die mij in de afgelopen vier jaar hebben bijgestaan, familie, vrienden, studenten en docenten. Zonder jullie was ik niet zo ver gekomen...

1. Voorwoord

Waarom ik gekozen heb voor het onderwerp **muziektherapie bij stervensbegeleiding** wil ik verduidelijken door stage-ervaringen van het derde jaar aan te halen. Ik heb het altijd heel fascinerend gevonden om met mensen te werken in de laatste fase van dementie. Eén specifieke ervaring is voor mij zo indrukwekkend geweest dat ik dit onderwerp voor mijn scriptie gekozen heb. Na een aantal muziektherapeutische sessie gedaan te hebben met Mw. D. bleek dat ze stervende was. Ze wilde geen voeding meer tot zich nemen en de arts ging er vanuit dat ze nog maar enkele dagen te leven had. Omdat ik Mw. D. beter kende dan mijn stagebegeleider, liet hij mij namelijk de sessies alleen doen, hebben we na een uitvoerig gesprek besloten dat ik de (waarschijnlijk) laatste therapie sessie voor Mw. D. zou doen. Voor mijn gevoel was dit een heel andere sessie dan voorgaande hoewel deze muzikaal gezien niet veel van elkaar verschild hebben. Wat wel beduidend anders is, was de houding waarmee ik te werk ging. Al mijn aandacht ging naar haar uit; ook mijn intentie was om haar in de muziek te begeleiden om het leven los te laten. Ik handelde vooral vanuit mijn eigen intuïtie. Deze ervaring heeft in mij er voor gezorgd dat ik ben gaan nadenken wat nu eigenlijk leven en dood is. Hoe kijk ik tegen het leven aan? Hoe ga ik met de dood om? Hoe wordt er in het algemeen omgegaan met het leven en sterven? Wanneer ik kijk naar het beeld van de Westerse samenleving naar sterven dan wordt dit vaak toch als negatief gezien. Sterven betekent verlies en pijn. Maar ook voor de stervende zelf? In eerste instantie komt er bij het besef van sterven voor de betrokkene meestal pijn, verdriet en angst bij kijken. Muziektherapie kan dit verzachten en zelfs grotendeels opheffen waardoor het sterven een proces wordt van loslaten en verlichting. Het loslaten van het leven en het besef van een overgang van leven naar dood en misschien naar een andere wereld (?). Of anders gezegd: Het vinden van een manier om zin te geven aan de laatste levensmomenten en aan levenservaringen en de dood zelf. De beleving van de cliënt is hierbij uitermate belangrijk. De muziektherapeut dient hierbij zo optimaal mogelijk te kunnen aansluiten om de kwaliteit van leven in het stervensproces te kunnen optimaliseren. Dit is wat mij fascineert aan dit onderwerp.

Het beoogde resultaat heb ik kunnen realiseren in die zin dat ik heb kunnen beschrijven hoe er theoretisch en praktisch met stervenden gewerkt wordt. Ik heb thema's beschreven die ik belangrijk vond om te benoemen en ben deze gaan onderzoeken in de praktijk. Ik heb gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken: vragenlijsten en interviews. Omdat ik muziektherapeuten van verschillende landen heb benaderd heb ik vragenlijsten opgestuurd. Dit heb ik gedaan om een bredere kijk te krijgen op het muziektherapeutisch werken met stervenden. Muziektherapeuten die in Nederland werkzaam zijn heb ik geïnterviewd. Een gedeelte van dit onderzoek is gericht op de beleving van stervenden. Daarom heb ik de fenomenologische onderzoeksmethode willen toepassen. Ik heb willen onderzoeken hoe muziektherapeuten omgaan met en ingaan op de beleving van stervenden. In het beschrijven hiervan ben ik in grote lijnen geslaagd. Door de opzet van dit onderzoek heb ik gekozen voor een kwalitatief onderzoek. De meningen van de respondenten staan centraal. Er zullen vooral persoonlijke beschrijvingen zijn waaruit duidelijk moet worden hoe muziektherapeuten te werk gaan. Hun persoonlijke visie op het werken met stervenden is belangrijk. Uiteindelijk heb ik geprobeerd om de theoretische beschrijvingen en de praktische ervaringen aan elkaar te koppelen.

2. Inleiding

Wat er aan bod komt in de volgende hoofdstukken zal ik nu beschrijven. Allereerst wordt de probleemstelling beschreven. De volgende zaken zullen daarin aan bod komen: Waar gaat het probleem over en wat is de noodzaak voor het onderzoek. De probleemstelling geeft een duidelijker beeld van wat ik ga onderzoeken. Vervolgens zal ik een vraagstelling formuleren met subvragen en de doelstellingen waarin de waarde voor het beroep duidelijk wordt. De literatuurstudie (Hoofdstuk 3) zal beginnen met een beschrijving van de betekenis van palliatieve zorg, de palliatieve werkwijze en de fasen in het palliatieve proces. Vervolgens worden de muziektherapeutische modellen in de palliatieve zorg beschreven. Dan worden de indicaties en doelstellingen uitgelegd. De specifieke eigenschappen van muziek zal als volgende thema uitgewerkt worden. Vervolgens volgt er een opsomming van de gebruikte muziekinstrumenten met aansluitend de gebruikte werkvormen. Ten slotte zullen er in datzelfde hoofdstuk nog aan bod komen: muziektherapie in groepsverband, muzikale interventies en technieken, de therapeutische attitude en relatie en wat de waarde is van stilte in muziek en muziektherapiesessies.

Het volgende hoofdstuk (4) zal gaan over het praktijkonderzoek. Waarom ik gekozen heb voor een praktijkgericht onderzoek zal ik als eerste verklaren. Vervolgens zal ik het kwalitatief praktijkonderzoek beschrijven. De uitwerking van het praktijkonderzoek volgt dan waarin verschillende thema's aan bod zullen komen.

In hoofdstuk 5 zal ik om te beginnen de resultaten van de data-analyse beschrijven en zal vervolgens conclusies van het onderzoek trekken. Om dit hoofdstuk af te sluiten zal ik een samenvatting geven van het gehele onderzoek.

2.1 Probleemstelling

Tijdens mijn derdejaars stagejaar en bij het doornemen van literatuur is het me opgevallen dat het moeilijk is om zaken betreffende het sterven *concreet* te beschrijven. Daardoor is het moeilijk om een concrete voorstelling te maken van het stervensproces, zowel vanuit de therapeut als vanuit de stervende zelf. Ook hoe muziektherapie hierin een rol kan spelen wordt niet altijd helder beschreven of het wordt beschreven vanuit een bepaald kader waardoor het slechts duidelijk is voor de aanhangers van zo'n specifiek kader. Een voorbeeld van een kader is de antroposofie waar ik later in de scriptie op terug zal komen. Muziektherapeuten handelen vaak vanuit hun intuïtie, wat iets heel persoonlijks is. Het is logisch dat het beschrijven daarvan niet op een eenduidige manier gebeurt. Tevens is de reactie van de therapeut afhankelijk van de cliënt. En uiteraard is iedere cliënt anders. Hoe de cliënt omgaat met zijn sterven is belangrijk. Hoe beleeft hij het stervensproces; wat gaat er in hem om? Dat is eigenlijk de primaire focus waar het om draait in het begeleiden van het stervensproces. Alle interventies, zowel muziektherapeutisch als in de directe zorg, worden afgestemd op *wat de cliënt wilt* of *nodig heeft*. Dat is reden waarom ik *fenomenologische* aspecten wil gaan gebruiken om te onderzoeken hoe er omgegaan wordt met de beleving van de stervende. Wat fenomenologie inhoudt heb ik hieronder beschreven en zal terugkomen in hoofdstuk 4. We kunnen ons de vraag stellen: Wat wilt de cliënt om ondersteuning te krijgen bij zijn klachten en problemen die met het stervensproces hebben te maken? Aangezien het stervensproces meestal gepaard gaat met geestelijke en lichamelijke klachten, is een groot deel van de behandeling gericht om deze klachten tot een minimum te beperken. Dat is wat *palliatieve zorg* inhoudt. (Dit begrip zal ik later dieper op ingaan).

Ik wil me in mijn onderzoek richten op concrete beschrijvingen die een duidelijker beeld geven van muziektherapie bij stervensbegeleiding.

Een persoonlijk aspect waarom ik het belangrijk vind om voor dit onderwerp te kiezen is dat ikzelf ook voornamelijk gehandeld heb vanuit mijn intuïtie (zie hierboven en hoofdstuk 1 'Voorwoord'). Om te kunnen verantwoorden, bij anderen maar ook bij mezelf, waarom ik een bepaalde interventie doe vind ik het belangrijk om te weten wat ik doe in een muziektherapiesessie. Dus door meer inzicht in mijn eigen handelen te krijgen. En natuurlijk ook wat ik beter niet kan doen. Hierdoor kan ik beter aansluiten bij de wensen en behoeften van de cliënten, wat bij het werken met stervenden belangrijk is.

Gericht op ziekte?

Stervensbegeleiding heeft niet alleen met het proces van sterven te maken maar ook met het sterven zelf. Wat zijn nu de belangrijkste doodsoorzaken en waar ga ik me bij mijn onderzoek op richten? Volgens het CBS zijn in 2002 zijn in Nederland ruim 142 duizend personen overleden. Eenderde stierf aan hart- en vaatziekten. De tweede belangrijke doodsoorzaak is kanker, waaraan ruim een kwart van de totale sterfte is toe te schrijven. De derde groep van doodsoorzaken waar jaarlijks veel personen aan overlijden, zijn longziekten. Ruim 9 procent is daaraan overleden. Samen verklaren deze drie doodsoorzaken ruim 70 procent van de sterfte in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003). Kanker zal in 2010 doodsoorzaak nummer 1 zijn (KWF Kankerbestrijding, 2005). Kanker is het meest beschreven in de palliatieve zorg. Volgens de World Health Organization (2004b) is onderzoek van palliatieve zorg bij ziekten, anders dan kanker, niet uitgebreid beschreven. De organisatie stelt dat de behoeften en oplossingen waarschijnlijk gelijk zijn aan de behoeften en oplossingen van mensen gediagnosticeerd met kanker. Ditzelfde zien we terug in de overeenkomst van doelstellingen die de palliatieve zorg tracht te behalen in zowel het werken met mensen met kanker (oncologie) als andere ziektebeelden of ouderdomsziekten. Het blijkt dat de meeste klachten hetzelfde zijn bij het stervensproces, ongeacht de ziekte. Dit uitgangspunt wil ik gebruiken in het muziektherapeutisch werken met mensen die een stervensproces doormaken.

Toename aantal ouderen

Een factor waaruit kan blijken dat muziektherapie in toenemende mate een rol kan gaan spelen in stervensbegeleiding is dat het aantal ouderen (65-plussers) de komende jaren sterk zal toenemen, volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). De sterkst groeiende groep zullen de 80-plussers zijn. Tevens neemt de levensverwachting toe van zowel vrouwen als mannen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2006). Dit kan betekenen dat er meer ouderen met lichamelijke en psychische problemen zullen zijn. Ook hierbij zal er dus meer behoefte zijn aan hulp en zorg die ouderen, en dus ook stervenden, nodig hebben. Muziektherapie kan ook bij deze stijgende vraag naar behoefte aan (palliatieve) zorg liggen.

Stervensproces bij volwassenen

Het komt natuurlijk voor dat niet alleen ouderen sterven. Ook jongeren en kinderen komen te overlijden. In mijn onderzoek wil ik mij alleen richten op volwassenen. Het blijkt volgens de World Health Organization (2004a) dat de meeste mensen die sterven boven de 65 jaar zijn. Ook vind ik dat er geen tijd en ruimte is in het kader van deze scriptie om kinderen en jeugdigen met stervensbegeleiding te beschrijven. Kinderen en jeugdigen zijn in hun lichamelijke ontwikkeling nog niet volgroeid en in hun geestelijke ontwikkeling kunnen ze nog niet of nauwelijks zelfstandig functioneren. Volgens Molenkamp (2006) is het tijdsverloop van de ziekte(n) bij het stervensproces vaak anders bij volwassenen. Ook zitten kinderen en jeugdigen in een levensfase waar het eigen sterven op die leeftijd, normaliter, niet of nauwelijks ter sprake komt. Dit alles compliceert de problematiek en het zou teveel tijd in beslag nemen om dit ook nog te onderzoeken. Verder is er in de literatuur zeer weinig te vinden over palliatieve zorg bij kinderen. Wel is er informatie te vinden over oncologie en kinderen maar dit is een andere specialistische tak die ik niet ga beschrijven. De kans dat men als zorgverlener te maken krijgt met kinderen die een stervensproces doormaken is meestal klein volgens Molenkamp.

Stervensbegeleiding gericht op autochtonen

Een andere afbakening is dat ik niet de stervensbegeleiding bij allochtonen beschrijf. Het is onmogelijk om een eenduidige manier te vinden in het werken met mensen van andere culturen. Bij grote thema's in een mensenleven, zoals de dood, kan het verschil tussen culturen 'pregnanter naar voren komen' (Pijnenburg en Leget, 2006, p.7). Mensen uit andere culturen hebben vaak andere waarden, normen, ideeën en andere manieren van gebruik(en) van muziek waardoor onze (Westerse) muziektherapeutische manier van werken vaak niet aansluit bij deze mensen. Hierdoor kunnen mensen die behoefte hebben aan adequate palliatieve zorg afgewezen worden door de gezondheidszorg en dat maakt de acceptatie en behandeling van het stervensproces en eventuele bijkomende ziektes niet gemakkelijker (Van Abshoven, 2006). Aan de dood en het sterven geeft iedereen een eigen betekenis en deze ontstaat altijd tegen de 'achtergrond van culturele horizonten' (Pijnenburg en Leget, p. 7). Muziek wordt bij bepaalde culturen alleen bij specifieke rituelen gebruikt en het kan een taboe zijn om muziek aan te bieden bij stervenden. Voor Westerlingen zijn deze gebruiken veelal ongewoon en hier zou nog veel onderzoek naar gedaan moeten worden. Mede omdat de allochtone bevolking in Nederland zal blijven groeien terwijl de autochtone bevolking geleidelijk aan zal afnemen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2006). Deze scriptie zal alleen ingaan op het muziektherapeutisch werken bij autochtonen en waar relevant het werken met andere culturen benoemen.

Verklaring begrippen

De begrippen *palliatieve zorg* en *fenomenologie* heb ik hieronder uitgelegd zodat duidelijk wordt wat de betekenis is van deze begrippen in relatie tot deze scriptie en waarom ik deze begrippen gebruik in mijn onderzoek.

Palliatieve zorg

Stervensbegeleiding wordt ook wel gezien als onderdeel van palliatieve zorg. Dit wil zeggen het optimaliseren van het leven. In feite gaat alle zorg die gegeven wordt in de laatste levensfase uit van dit principe; ook de muziektherapie. De stervende wordt zo verzorgd dat hij zo min mogelijk hoeft te lijden. Hierdoor kan uiteindelijk het leven worden losgelaten. Indicatiestellingen voor muziektherapie hebben vaak direct te maken met het loslaten van het leven. In Smeijsters (2000, p.54) worden de belangrijkste doelstellingen van palliatieve creatieve therapie beschreven als: 'het verzachten van fysieke pijn en het verzachten van, en het ondersteunen en valideren bij psychische problematiek'. Hoe ziet het optimaliseren van het leven nu uit in de muziektherapie? Op de eerste plaats kan muziek een rustgevende werking hebben. Ik vind het logisch dat veel mensen vastklampen aan het leven wanneer ze stervende zijn. Ze gaan iets onbekends tegemoet en zullen het (aardse) leven achter zich moeten laten; of ze nu willen of niet. Dit kan uiteraard gepaard gaan met spanningen (emotioneel en fysiek). Muziek kan beide verzachten. Verder kan muziek(therapie) een waarde hebben om invulling te geven om het leven af te sluiten. Stervenden gaan terug kijken op hun leven en er komen herinneringen naar boven. Niet zelden worden bepaalde muziekstukken geassocieerd met bepaalde herinneringen, ervaringen of gebeurtenissen uit het leven. Hier kan de therapie gericht zijn op het verwerken van bepaalde zaken die iemand nog in de weg staan om vredig te kunnen sterven. En ten slotte kan door muziek zaken verduidelijkt of aangesproken worden die verbaal veel moeilijker tot uiting zouden komen. Dit zijn enkele zaken die van waarde zijn in het muziektherapeutisch werken met stervenden. Later zal ik daar dieper op ingaan. Ten slotte wordt palliatieve zorg bij stervenden in verschillende instellingen toegepast. Muziektherapeuten die aan stervensbegeleiding doen kunnen werken in hospices, in verzorgingshuizen, in verpleeghuizen en in rusthuizen. Het blijkt dat de meeste mensen in Nederland thuis sterven (World Health Organization, 2004b). Toch sterft nog altijd 1 op de drie Nederlanders in een ziekenhuis, ondanks dat een ziekenhuis niet speciaal ontworpen is om te sterven (Pijnenburg en Leget, 2006). Vandaar dat er ook muziektherapeuten werkzaam kunnen zijn in ziekenhuizen. In de toekomst kan muziektherapie een rol gaan spelen in de thuissituatie met stervenden. Tot op heden heeft zich dat niet echt ontwikkeld. Het voordeel daarvan kan zijn dat de stervende zich beter op zijn gemak voelt omdat hij zich niet in een vreemde omgeving bevindt. Tijdens mijn onderzoek maak ik geen onderscheid tussen de verschillende werkinstellingen van de muziektherapeuten. De behoeften van stervenden blijven immers dezelfde, ongeacht waar de therapie wordt aangeboden.

Fenomenologie

Aangezien ik gebruik wil gaan maken van fenomenologische aspecten tijdens mijn onderzoek zal ik dit begrip nu kort uitleggen. Dit is een 'onderzoeksmethode waarbij gebeurtenissen beschreven worden vanuit de eigen beleving van mensen. Tevens worden de essentiële kwaliteiten van deze gebeurtenissen beschreven' (Smeijsters, 1997, p.52). Vanuit fenomenologisch oogpunt wordt er gewerkt vanuit de beleving van de cliënten. Ik kan met voorstellen dat in de beginfase van het (stervensbegeleidings)proces de betreffende persoon nog kan aangeven wat de muziek met hem of haar doet. Maar tijdens de eindfase lijkt me dit veel moeilijker of zelfs onmogelijk. Hoe gaan muziektherapeuten hiermee om? Hoe interpreteren zij het gedrag van de cliënt? Dit houdt dus ook in dat het gedrag van de interpretatie van de therapeut het proces beïnvloedt. Hoe kan men weten dat dit geen negatief effect heeft op de cliënt? In verschillende boeken (zoals in het hoofdstuk 'Phenomenological Inquiry' geschreven door Forinash en Grocke in het boek 'Music Therapy Research' van Wheeler, 2005) staat dat de therapeut zijn of haar eigen problemen, verwachtingen, gedachten, etc. tijdens muziektherapiesessies tot een minimum moet beperken. Omdat anders de interpretatie van de therapeut te groot kan zijn. Het gaat om het 'zijn' in het hier en nu. Dan ook zal de therapeut meer open zijn, of meer vatbaar zijn, voor hoe de cliënt zich voelt en dit zal het proces, en de contactmomenten, alleen maar ten goede komen. Tevens houdt de fenomenologie zich bezig met het stellen van fundamentele vragen, zoals waar dient het leven van de mens voor? En: Wat betekent de dood? Deze en andere (fundamentele) vragen stellen stervenden zich zelf. Enkele fenomenologische aspecten sluit dus goed aan bij het onderzoeken van de effecten van muziektherapie bij stervenden en kunnen een goede indruk geven wat de waarde van muziek(therapie) kan zijn in de laatste levensfase. Verder vind ik het belangrijk om fenomenologie te gebruiken omdat het een beschrijvende methode is, die rekening houdt met existentiële vragen die niet of moeilijk wetenschappelijk aangetoond kunnen worden. In hoofdstuk 4 wordt het begrip opnieuw aangehaald.

2.2 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van deze scriptie is:

Wat zijn de mogelijkheden van muziektherapie bij stervensbegeleiding uitgaande van fenomenologische uitgangspunten?

De volgende subvragen stel ik erbij:

- § *In hoeverre kan er worden uitgegaan van de beleving van de stervenden? Is dat vooral in de fase waarin de stervende nog aanspreekbaar is of in de laatste fase (terminale fase) van het stervensproces waar de stervende verbaal steeds minder reageert?*
- § *Hoe interpreteert de therapeut de gedragingen van de cliënt? En hoe reageert de therapeut daarop? Wat is de therapeutische attitude?*
- § *Welke indicaties en doelstellingen worden er gesteld door de muziektherapeut.*
- § *Welke werkvormen worden er gebruikt?*
- § *Welke interventies pleegt de therapeut om de gestelde doelstellingen te realiseren?*
- § *Welke instrumenten worden vooral gebruikt in de muziektherapeutische sessies?*
- § *Worden er familieleden of andere dierbaren van de stervende toegelaten bij de muziektherapiesessies en wat is de meerwaarde daarvan?*

2.3 Doelstellingen

De doelstelling van deze scriptie is om te onderbouwen hoe muziektherapie van waarde kan zijn bij stervensbegeleiding gezien vanuit fenomenologische uitgangspunten. Dit om eventueel een duidelijke manier van werken te formuleren met stervenden. Muziektherapeuten die aan stervensbegeleiding doen werken veelal vanuit hun intuïtie en er is geen eenduidige manier van werken. In deze scriptie probeer ik *niet* een eenduidige manier te beschrijven maar zal ik overeenkomsten en verschillen beschrijven in het theoretische en het praktische onderzoeksmateriaal. Tevens wil ik proberen om een manier van muziektherapeutisch werken te beschrijven die een duidelijk beeld geeft. Concrete beschrijvingen van deze manieren (werkvormen, methoden, werkwijzen, etc.) van werken zijn mijn doel.

3. Literatuurstudie

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wil ik beschrijven hoe er in de palliatieve zorg muziektherapie wordt aangeboden zoals het in de literatuur beschreven wordt. Op de eerste plaats zal ik uitleggen wat het begrip palliatief betekent in de volgende contexten: palliatieve zorg, palliatieve werkwijzen en de verschillende fasen in het palliatieve proces. Een tweetal modellen kan er gebruikt worden in het muziektherapeutisch werken met stervenden. Deze modellen behandelen de relatie van de stervende mens tot het medium (muziek). De indicaties en doelstellingen staan dan beschreven. Welke indicaties worden er gesteld en zijn er ook contra-indicaties? De doelstellingen heb ik uitgebreid beschreven. Hier wordt duidelijk aan welke doelen er gewerkt kan worden en waarom. Hier wordt ook duidelijk wat de invloed van muziek is op verschillende aspecten zoals op pijn en dit staat verder beschreven in hoofdstuk 3.5: '*Specifieke eigenschappen van muziek*'. Dan zal ik de muziekinstrumenten beschrijven die gebruikt worden door muziektherapeuten. En daarna welke werkvormen er gebruikt worden en aan welke doelen ze gekoppeld kunnen worden. Welke interventies en technieken de therapeut gebruikt om zijn doelstellingen te bereiken zal ik vervolgens beschrijven. De therapeutische relatie is daarin ook heel belangrijk. Daar zal ik ook aandacht aan besteden. Stilte blijkt een belangrijk aspect te zijn in het werken met stervenden. Dat is wat ik ten slotte zal beschrijven in dit hoofdstuk.

Als introductie voor dit hoofdstuk heb ik een korte tekst geschreven:

Een paradox in het werken met mensen is dat de maatschappij sterven ziet als opgeven, loslaten en achteruitgang terwijl creativiteit en het opdoen van nieuwe ervaringen gezien wordt als onmogelijk en ondenkbaar (Pavlicevic, 1999). Stervenden kunnen in de muziektherapie de ervaring opdoen iets te creëren, creatief te zijn, iets te doen met de laatste uren, dagen of weken in hun leven dat de meeste mensen als onwaarschijnlijk zouden beschouwen, zoals Pavlicevic heeft beschreven. Smeijsters (2006a) beschrijft: doodgaan is een moment, terwijl sterven een actief proces is. De muziektherapeut is als het ware een begeleider die de stervende in de laatste levensmomenten bijstaat.

Het stervensproces kan erg desoriënterend zijn. Een bepaalde vorm van continuïteit is belangrijk (Martin, 1991). Muziek(therapie) kan deze continuïteit waarborgen. Maar het aanbieden van regelmatige sessies is moeilijk te realiseren bij deze doelgroep. Vaak komen er zaken tussen (familiebezoek, de cliënt voelt zich niet lekker, etc.). De muziek zelf kan, daarentegen, vaak de enige vorm van structuur zijn die de stervende nog kan hebben (Pavlicevic, 1999). Zelfs het dag-nacht ritme is bij stervenden, vooral in de laatste fase, verstoord (Von Hodenberg, 1999). Volgens Smeijsters (2006a) kan muziektherapie mensen in de allerlaatste fase van het stervensproces begeleiden, in tegenstelling tot andere vaktherapieën en psychotherapieën. Muziektherapie kan patiënten helpen om meer zichzelf te voelen en minder cliënt (McIntosh, e.a., 2007). Tevens kan in de muziektherapie een meer volledig beeld gegeven worden van de authentieke persoonlijkheid van de cliënt (Smeijsters), ook dit in tegenstelling tot andere vormen van therapie.

3.2 De palliatieve zorg, de palliatieve werkwijze en de fasen in het palliatieve proces

3.2.1 Inleiding

Zoals ik eerder heb aangegeven valt stervensbegeleiding onder de palliatieve zorg. Wat is de betekenis van dit begrip en hoe is muziektherapie hierin geïntegreerd?

Ik zal op de eerste plaats het begrip *palliatieve zorg* uitdiepen. Wat betekent dit begrip? Welke doelen worden er gesteld? Vervolgens zal ik de *palliatieve werkwijze* zoals deze is beschreven in Smeijsters (2000) beschrijven.

En tot slot zal ik aandacht besteden aan hoe het *palliatieve proces* er in feite uitziet. Uit welke stappen of fasen bestaat dit palliatieve proces? En in welke fasen kan muziektherapie aangeboden worden?

3.2.2 Palliatieve zorg

Het doel van palliatieve zorg is volgens de World Health Organization (Davis en Higginson, 2004, p. 14) het 'verbeteren van de kwaliteit van leven voor cliënten en hun familie die geconfronteerd worden met doodsbedreigende ziektes en het sterven zelf.' Het bevestigen van het leven and het accepteren van de dood als een normaal proces is belangrijk volgens de organisatie. Om specifiek te zijn:

- § noch het stervensproces versnellen, noch vertragen;
- § het verzachten van pijn en andere stressvolle symptomen;
- § het integreren van psychologische en spirituele aspecten van de zorg voor de cliënt;
- § een ondersteunende taak aanbieden om de cliënten zo actief mogelijk te helpen tot hun dood;
- § een ondersteunende taak hebben om er voor te zorgen dat de familie kan omgaan met de dood van de stervende en in hun eigen verlies van een dierbare.

Palliatieve zorg zou als een integraal onderdeel moeten uitmaken van de complete zorg en zou kunnen plaatsvinden in elk gewenste setting. Hieronder zou dus ook muziektherapie kunnen vallen.

Ik wil nog even de term 'kwaliteit van leven' uitdiepen. Wanneer men in het algemeen het over deze term heeft dan staat, volgens Jochemsens (2005), een *gewenste verandering* centraal. In feite gaat het ook daarom in de gezondheidszorg en dus ook de palliatieve zorg, aldus Jochemsens. In de stervensbegeleiding gaat het niet om een gewenste verandering maar om het leven van de stervende te optimaliseren. We zullen dus anders tegen dit begrip aan moeten kijken. Kwaliteit van leven kan ook worden opgevat als: 'mate waarin menselijke kwaliteiten aanwezig zijn' (p.17). Wanneer iemand ernstig lijdt dan kan dit opgevat worden als iemand die geen kwaliteit van leven meer heeft. Het volwaardig mens-zijn wordt weggenomen door het lijden. Dit kan, volgens dezelfde schrijver, als gevolg hebben dat een oordeel over de kwaliteit van leven kan overgaan in een 'al dan niet expliciet oordeel over de levenswaardigheid van die mens' (p.17). Maar kun je zoals Jochemsens afvraagt het volwaardig mens-zijn verliezen? Blijft een mens geen mens ongeacht zijn waarneembare kwaliteiten en vermogens? Het gaat er ten slotte om, om het 'unieke van ieder mens voor ogen te houden, ook in de beoordeling van de eigen situatie en de wijze waarop men daarmee omgaat' (p.17).

3.2.3 Palliatieve werkwijze

De *palliatieve werkwijze* sluit in het werken met stervenden hier het meest bij aan. Volgens Smeijsters (2000, p.54) zijn de doelstellingen als volgt:

- § Het verminderen van psychosomatische klachten
- § Het verminderen van chronische pijn
- § Het verwerken van een verlies van een persoon
- § Het verwerken van een verlies dat optreedt na een plotseling verworven handicap
- § Het afscheid kunnen nemen van het leven

Bij deze doelstellingen gaat het erom om de fysieke pijn te verzachten, en het verzachten van, ondersteunen en valideren bij psychische problematiek.

Wat belangrijk is bij deze werkwijze is dat er geen sprake is van een indicatie op basis van een vastgelegde diagnose (volgens de DSM-IV). Hier gaat het om een probleemgebied dat bij verschillende stoornissen en handicaps kan voorkomen.

In paragraaf 3.4.2 staan de doelstellingen uitgeschreven zoals ze in de stervensbegeleiding worden gesteld.

3.2.4 Fasen in het palliatieve proces

In Pallium, het Nederlandse tijdschrift voor palliatieve zorg, heeft Wulp (2007) de verschillende fasen in het palliatieve proces uitgewerkt. Bij deze fasen wordt duidelijk wat de wensen kunnen zijn van de betreffende cliënt. Om het muziektherapeutische aanbod zo optimaal mogelijk te kunnen aanbieden is het wenselijk om deze fasen door te nemen. Wel moet nog vermeld worden dat deze fasen een richtlijn zijn, ze zijn niet definitief maar geven een beeld van de fasen die een cliënt zou *kunnen* doorlopen. Hieronder staan de verschillende fasen met de specifieke wensen en behoeften van de cliënten (p.28):

1. Markering van de palliatieve fase

Dit is een feite de (h)erkenning en aanvang van de palliatieve fase voor de cliënt.

2. Fase van heroriëntatie op het veranderende levensperspectief

- § Informatie over mogelijk zorgaanbod op alle aspecten (fysiek, psychosociaal en spiritueel) én zorg voor de naasten
- § Een overzicht krijgen van welke zorg door wie gegeven gaat worden

3. Periode van relatieve balans

- § Zodanige zorg dat de balans behouden blijft
- § Behoeftte aan veiligheid en vertrouwen
- § Aandacht en ondersteuning
- § Het voorkomen door de zorgverleners van vermijdbare verslechtering en/of problemen

4. Fase van multiple problematiek

- § Verlichting van lijden op alle aspecten: fysiek, psychosociaal en spiritueel
- § Het voorkomen door de zorgverleners van vermijdbare verslechtering en/of problemen

5. Stervensfase

- § Aandacht voor persoonlijke wensen rondom het levenseinde
- § Spirituele begeleiding en rituelen
- § Ondersteuning van de naasten in de stervensfase door de hulpverleners

6. Fase van nazorg

'Na het overlijden van de patiënt wordt zo adequaat mogelijk ingespeeld op de wensen en noden die familie en naasten aangeven ten aanzien van praktische, psychosociale en spirituele aspecten' (Wulp, p. 28).

Muziektherapie kan alleen aangeboden worden in de fasen 3 t/m 5. De hierboven beschreven wensen en behoeften zouden gekoppeld kunnen worden aan muziektherapeutische doelen. Fase 2 kan een soort van kennismaking zijn voor de cliënt van de muziektherapeut en waarin de betekenis en waarde van muziektherapie kan worden uitgelegd. In de laatste fase (fase van nazorg) kan de therapeut nog een rol spelen, en wel in het contact met de familieleden.

Of en hoe muziektherapie en muziektherapeut ingezet kunnen worden in de fasen zal blijken uit deze scriptie.

3.3 Muziektherapeutische modellen in de palliatieve zorg

Van der Hoeven en Couette (2000) beschrijven een 2-tal modellen waaruit muziektherapeutisch gewerkt kan worden in de palliatieve zorg. Beide modellen gaan uit van een *holistische* benadering. Een holistische benadering houdt rekening met alle factoren die op het hele individu een invloed hebben. Betrekken we dit op de gezondheidszorg dan wordt er gekeken naar het gehele individu en niet alleen naar de ziekte en/of symptomen (Groene Dag vzw, n.b.). Het belang van een holistische benadering in het werken met mensen in de terminale fase wordt ook beschreven door Hilliard (2004). Tevens stellen Van der Hoeven en Couette dat de beleving van en het omgaan met een levensbedreigende ziekte of naderende dood zeer individueel bepaald is. Daarom, zeggen zij, is muziektherapie altijd maatwerk.

Op de eerste plaats beschrijven zij het *kunstanaloge model*. Uitgangspunt is hier een 'overeenkomst tussen het kunstzinnige scheppingsproces en het menselijke bestaan als geheel' (p. 26). Of zoals Smeijsters (2006a, p. 99) het formuleert: 'Het ervaren van kunst (in dit geval muziek) en het scheppend bezig zijn met kunst kan gezien worden als het opdoen van ware kennis over jezelf.' Het scheppend

bezig zijn zoals Smeijsters het beschrijft komt, naar mijn inziens, overeen met het begrip creativiteit zoals Pavlicevic het beschrijft in de inleiding van dit hoofdstuk (3.1). Om verder te gaan met de beschrijving van het model: De cliënt komt problemen tegen en in het muziektherapeutische proces kan er gekeken worden naar de mogelijkheden om dit probleem aan te pakken. Hierdoor krijgt de cliënt inzicht in zijn eigen handelen en hij vergroot zijn eigen copings- of ontwikkelingsmogelijkheden buiten de therapiesituatie. Binnen dit model kan vooral verwerkings- en acceptatieproblematiek worden benaderd, evenals het leren omgaan met pijn, angst, onzekerheid en vermoeidheid. Om aan deze problematiek te werken wordt er geïmproviseerd. Dit is dus een actieve vorm van muziektherapie. Zelfs wanneer mensen alleen maar in bed liggen kan deze werkvorm nog gebruikt worden, aldus Van der Hoeven en Couette. Om een duidelijker beeld te krijgen welke instrumenten dan gebruikt worden verwijs ik naar hoofdstuk 3.6 'Gebruikte muziekinstrumenten'.

Een ander model waar gebruik van gemaakt kan worden is het *analoge procesmodel*. Dit model stelt dat problemen van de cliënt analoog lopen aan het muzikale proces. Ofwel: 'het psychische proces van de cliënt komt tot uitdrukking in de muziek', aldus Smeijsters (2006a, p.100). Een specifiek probleem, stoornis of klacht wordt beïnvloed in dit proces. Hierbij moet opgemerkt worden dat de analogie bij elke problematiek anders is (Smeijsters). In de palliatieve zorg zijn dit meestal problemen van lichamelijke aard. De therapeut heeft als taak dit proces gericht te sturen zodat er verbetering kan optreden bij de cliënt. Er kan actief gemusiceerd worden maar er kan ook gebruik worden gemaakt van receptieve werkvorm om dit proces te sturen en te beïnvloeden (Van der Hoeven en Couette).

3.4 Indicaties en doelstellingen van muziektherapie

3.4.1 Indicaties

Zoals beschreven in 3.2.2 moet er in acht worden genomen dat er geen sprake is van een indicatie op basis van een specifieke stoornis of handicap (zoals beschreven in de DSM-IV) maar dat het gaat om een probleemgebied dat bij verschillende ziektes, stoornissen en handicaps kan voorkomen. In deze context gaat het om de beperkingen, klachten, aandoeningen, etc. die een stervende heeft vanaf het begin van het stervensproces tot en met de terminale fase. Uit onderzoek van Hilliard (2004) blijkt dat muziektherapie tegemoet komt aan de emotionele, spirituele, sociale en fysiologische behoeften van stervenden. Dat komt deels door de actieve en passieve deelname aan muziektherapie. Later in de scriptie zal duidelijk worden hoe het komt dat zowel actieve als receptieve muziektherapie tegemoet kan komen aan de behoeften van stervenden. De onderzoeker stelt dat muziektherapeuten de enige leden van een interdisciplinair (ofwel multidisciplinair) team zijn die de *gehele* persoon behandelen. Muziektherapeuten behandelen behoeften van stervenden waar andere leden van het team niet aan toe zouden kunnen komen, aldus Hilliard. Het blijkt ook dat muziektherapeuten meer tijd besteden aan directe zorg voor de stervende waardoor aan klinische¹ behoeften beter toegekomen kan worden. De hieronder beschreven indicaties zullen verder verduidelijken dat aan verschillende behoeften wordt toegekomen (Hogan, 1999a; Van der Hoeven en Couette, 2000; Integrale Kankercentra, 2006):

- § **Somatische achtergrond:** stressvolle fysieke symptomen, zoals: pijn, misselijkheid en braken (door bijvoorbeeld chemotherapie), slaapproblemen, vermoeidheid, spanning en benauwdheid.
- § **Psychische achtergrond:** somberheid, depressie, stemmingswisselingen, angst, verwerkingsproblematiek, onzekerheid, aanpassingsmoeilijkheden door bijvoorbeeld nieuwe omgeving, acceptatie van een ziekte of omgaan met de naderende dood, desoriëntatie, ontremmingen en emotionele blokkades.
- § **Sociale achtergrond:** vereenzaming, communicatieproblemen met bijvoorbeeld zorgverleners of familieleden, ondersteuning in de terminale fase, culturele taalbarrières of het onvermogen om zich verbaal uit te drukken
- § **Spirituele achtergrond:** heroriëntatie op het leven of toeleven naar het levenseinde, het versterken van het gevoel voor eigenwaarde en identiteit, het ondersteunen van de spirituele of religieuze beleving en/of het oproepen van herinneringen bij het terugkijken op het leven

¹ Klinisch: op ziekteverschijnselen betrekking hebbend die bij onderzoek van een patiënt direct blijken (Van Dale, 2002)

Absolute contra-indicaties (Integrale Kankercentra, 2006; Smeijsters, 2006a):

- § **psychiatrische problematiek** waarbij **wanen** en **hallucinaties** optreden. Bij muziek kunnen beelden en associaties worden opgeroepen die deze problematiek kunnen versterken. Omdat het zeer moeilijk tot onmogelijk is om te bepalen wanneer wanen en hallucinaties kunnen optreden door muziek wordt muziektherapie afgeraden.
- § **delier**.
Dit is een psycho-organische stoornis, met meestal een lichamelijke oorzaak (het disfunctioneren van de hersenen), maar de verschijnselen zijn psychisch. Deze uit zich door verwarring, cognitieve problemen of door aandachtsstoornissen, het komt meer bij ouderen voor. De symptomen ontwikkelen zich in een korte periode en fluctueren in sterkte (Wikipedia, 2007a). Ook kunnen er wanen en/of hallucinaties optreden (Integrale Kankercentra, 2006). Alleen al daarom kan muziektherapie niet worden aangeboden (zie hierboven). Een specifieke vorm van delier kort voor het overlijden wordt *terminal restlessness* (Integrale Kankercentra) genoemd en is te vertalen als terminaal onrustig delier. Dit betekent dat de cliënt vaak erg onrustig is. Er zijn dan deels gecoördineerde en deels ongecoördineerde bewegingen soms gepaard gaande met kreunen of schreeuwen. Omdat in deze situatie het bewustzijn ernstig gestoord is, is de vermoedelijke lijdensdruk voor de patiënt zelf niet hoog. Het delier kan een voorbode zijn van een naderende dood. Volgens de website van Integrale Kankercentra kan vooral in de terminale fase de behandeling gericht op het bestrijden van symptomen tekortschieten. Ook dan wordt het aanbieden van muziektherapie afgeraden omdat veel doelstellingen in de muziektherapie gericht zijn op symptoombestrijding (zie hoofdstuk 3.4.2 en met name paragraaf 3.4.2.1 waar het verminderen van pijn en lijden als een van de hoofddoelstellingen beschreven wordt).

Relatieve contra-indicaties (Integrale Kankercentra, 2006):

- § **afwijzende houding** ten aanzien van muziek(therapie) als zodanig ten gevolge van (Smeijsters, 2006a, p.317):
 - religieuze achtergrond;
 - slechthorendheid;
 - (over)gevoeligheid voor geluid.
- § **soporeuze of (sub)comateuze toestand**.
Onder *sopor* verstaat men diepe slaap van pathologische aard. Een daling van het bewustzijnsniveau, gecombineerd met een overeenkomstige vermindering van de bewustzijnsomvang, leidt bij toenemende ernst achtereenvolgens tot toestanden van sopor, subcoma en coma (E-gezondheid, 2003). Volgens Hilliard (2004) hoeft dit geen contra-indicatie te zijn maar kan dit ook net een indicatie zijn om muziektherapie aan te bieden. Namelijk omdat er bij een verbale therapie geen tot weinig interventies mogelijk zijn terwijl die in muziektherapie net wel mogelijk zijn op non-verbaal niveau. Aangezien het thema *coma* een apart onderwerp is en er te weinig tijd en ruimte voor is zal ik hier niet verder op ingaan hoewel er overeenkomsten kunnen zijn in het werken met stervenden en het werken met comateuze mensen. Voor meer informatie over dit onderwerp verwijs ik naar de scriptie van Günther-Karagashki (2004).
- § **Slechthorendheid**.

3.4.2 Doelstellingen

Allereerst moet vermeld worden dat de hieronder beschreven doelstellingen een opsomming zijn van de mogelijk te bereiken doelen. Dit zal per persoon verschillen en de ene persoon zal meer baat hebben bij bepaalde doelstelling(en) dan iemand anders. Het gaat erom de stervende te benaderen als een individu met z'n eigen verlangens, wensen en behoeften. Wanneer we deze doelstellingen vergelijken met de doelstellingen zoals Smeijsters (2000) ze beschreven heeft bij de *palliatieve werkwijze* (zie 3.2.2) dan blijken ze overeen te komen. Alleen zijn onderstaande doelen meer gericht beschreven op palliatieve zorg in de laatste levensfase (en dus ook het stervensproces zelf). Terwijl de muziektherapeutische doelen van Smeijsters een algemene beschrijving zijn van de doelstellingen in de palliatieve zorg. Dit hoeft niet noodzakelijker wijze met het stervensproces te maken te hebben maar

kan bijvoorbeeld ook alleen met het verzachten van pijn bij chronische zieken te maken hebben. Hieronder staan de doelstellingen zoals ze gesteld kunnen worden bij het stervensproces.

- § Onrust, angst, pijn en lijden verminderen.
- § Communicatie bevorderen
- § Ondersteuning door familie erbij te betrekken
- § Het leven tot een afsluiting brengen
- § Het bevorderen van de zelfexpressie en het exploreren van gevoelens en gedachten
- § Het gevoel de controle over het leven terug te krijgen
- § Acceptatie van de lichamelijke en geestelijke beperkingen die bij het stervensproces horen

Uit onderzoek van Hilliard (2003, 2005) blijkt dat wanneer muziektherapie regelmatig wordt aangeboden de kwaliteit van leven ook verbeterd wordt, in ieder geval bij kankerpatiënten in de terminale fase. Bij iedere muziektherapiesessie bleek de kwaliteit van leven te verbeteren. Dit is belangrijk om te weten omdat ik eerder beschreven heb (3.1 'Inleiding') dat het moeilijk kan zijn om regelmatig muziektherapiesessie aan te bieden door verschillende omstandigheden. Nu volgt de uitwerking van de hierboven beschreven doelstellingen.

3.4.2.1 Het verminderen van pijn en lijden

Het bestrijden van pijn is een van de hoofddoelstellingen in de palliatieve zorg. Niet alleen in hospices (Weber, 1999) is dat het geval maar ook in verzorgingshuizen of ziekenhuizen waar cliënten verblijven die stervende zijn, zoals Hamilton (1998) en Van der Hoeven en Couette (2000) beschrijven. Hilliard (2004, 2005) heeft verschillende onderzoeken beschreven waarin muziektherapie een positief effect heeft op het verminderen van pijn. Pavlicevic (1999, p.83) beschrijft op een heldere manier het belang van omgaan met pijn in deze context: 'Het is niet alleen het sterven zelf waar mensen zich zorgen over maken. Het is ook wat er gaat gebeuren op de weg ernaar toe, het lijden, de pijn, het *levendige* deel ervan'. Aldridge (2003) onderscheidt een verschil tussen het bestrijden van pijn en lijden. Het verzachten van pijn is vaak een wetenschappelijke en technische taak terwijl de verlichting van lijden een existentiële taak is. Lijden kan gezien worden als iets spiritueels; welke betekenis geeft de stervende aan het lijden? Ik verwijs verder naar paragraaf 3.4.2.3 voor het verband tussen lijden en spiritualiteit. In deze paragraaf beperkt ik me tot het bestrijden van pijn.

Hoe het kan dat muziek pijn kan verminderen legt O'Callaghan (1996) uit in haar artikel over pijn en muziek(therapie). Zij noemt een viertal factoren die van invloed kunnen zijn op het verminderen van pijn.

Op de eerste plaats is er een *psychologische* relatie tussen muziek en pijn. Muziek kan de cliënt afleiding geven waardoor onrust wordt verminderd en de pijnintensiteit ook vermindert. Ditzelfde zegt Hamilton (1998): om pijn te bestrijden kan muziek de cliënt afleiden en hem helpen te ontspannen. Hamilton beschrijft dit als een *cognitieve coping strategie*. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van het toepassen van beelden en associaties blijkt dat deze strategie het meeste succes heeft. Verbeelding kan dus gebruikt worden om onrust te verminderen en hierdoor wordt het ervaren van pijn ook minder (Martin, 1991). Het toepassen van beelden en associaties wordt ook beschreven bij de werkvorm *Guided Imagery and Music (GIM)* in hoofdstuk 3.7.5.

Een andere mogelijkheid die kan meespelen dat het ervaren van pijn minder wordt is dat door het luisteren naar muziek bepaalde gebieden in de hersenen gestimuleerd of geactiveerd worden. Dit zou kunnen door het auditieve kanaal (dus door het gehoor) of indirect door cordiale (=versterkende of stimulerende) mechanismen die bepaalde psychologische of cognitieve processen teweegbrengen. Uit het artikel van O'Callaghan blijkt dat bepaalde medicijnen dezelfde werking op de hersenen kunnen hebben. Het blijkt ook, aldus Smeijsters (1996) dat zowel pijn- als muzieksignalen dezelfde weg naar de hersenen afleggen. Dit is dan weer van invloed op de emoties omdat zowel muziek als pijn van invloed zijn op het limbische systeem. Het limbische systeem is verantwoordelijk voor emoties. Dus wanneer muziek van invloed is op (de gemoedstoestand van) iemand, kan dit ook de pijn van diezelfde persoon beïnvloeden. In Smeijsters wordt verder beschreven dat pijn verminderd kan worden doordat muziek de hersenen stimuleert tot het produceren van peptiden². En tenslotte kan muziek pijn

² Peptiden zijn verantwoordelijk voor allerlei biologische processen in ons lichaam (Ferring Pharmaceuticals, 2005)

verzachten door haar directe invloed op de formatio reticularis of door het beïnvloeden van de thalamus en het endocrine systeem (p. 21). De formatio reticularis en de thalamus zijn beide gebieden in de hersenen. Het endocrine systeem is een complex geheel van chemische signalen en boodschappen dat controle uitoefent op vele directe en levenslange lichaamsreacties en lichaamsfuncties (IlseMikage, 2003).

Ten slotte zou het kunnen zijn dat wanneer iemand naar zijn favoriete muziek luistert er endorfine³ in de bloedbaan terecht komt volgens een onderzoek van Goldstein in het artikel van O'Callaghan. Dit wordt ook beschreven in het handboek muziektherapie van Smeijsters (2006a). Daaruit blijkt ook dat muziek die een diepe ontspanning bewerkstelligt, ook pijnverminderd werkt zoals Smeijsters beschrijft in datzelfde boek.

Hoe kan het dat er toch mensen zijn bij wie muziek geen hulpmiddel is om pijn te verminderen en het zelfs kan verergeren?

O'Callaghan (1996) stelt dat muziek bewust moet worden aangeboden door muziektherapeuten of andere (palliatieve) zorgverleners die muziek gebruiken. De volgende zaken zijn belangrijk in het aanbieden van muziek bij stervenden in het belang van pijnbestrijding:

- § De keuze van de cliënt is bepalend wanneer mogelijk. Het is een subjectief gegeven dat bepaalde muziek als rustgevend wordt ervaren (Integrale Kankercentra, 2006). Sommige cliënten geven de voorkeur aan bekende muziek om te kunnen ontspannen terwijl andere het liefst luisteren naar muziek die ze niet kennen en waarbij ze geen associaties hebben. Volgens Smeijsters (2006a) moeten cliënten niet zoeken naar hun lievelingsmuziek maar naar muziek die voor hen het meest ontspannend werkt. Dit hoeft niet altijd samen te vallen.
- § Wanneer er (live) muziek wordt aangeboden moet deze altijd eerst worden voorgelegd aan de cliënt. Wanneer muziek zomaar wordt gespeeld kunnen cliënten associaties krijgen die een negatieve uitwerking kunnen hebben waardoor de pijn niet verminderd zal worden of zelfs kan verergeren.
- § Wanneer er muziek op cassettebandje of Cd wordt opgenomen voor de cliënt moet men er zeker van zijn dat de cliënt ook van die muziek houdt. Vooral wanneer de cliënt zelf de muziekinstallatie niet kan bedienen moet de muziektherapeut ervoor zorgen dat de cliënt geen hinder van de muziek kan ondervinden.
- § Het volume moet zodanig worden aangepast, zowel bij live als opgenomen muziek, dat de cliënt er geen hinder van kan ondervinden.
- § Tevens is het belangrijk dat er geen (harde) muziek de ruimte van de cliënt kan binnenkomen die voor last kunnen zorgen. Het gehele zorgteam is hier bij betrokken.
- § Een muziektherapeut of andere zorgverleners die met muziek werken moeten waakzaam blijven voor fysieke reacties van cliënten waaruit kan blijken dat zij hinder van de muziek ondervinden. Bij sommige aandoeningen, zoals bepaalde vormen van dementie, is het moeilijk om te uitdrukking van de cliënt te herkennen. De muziektherapeut dient dit altijd in acht te nemen.
- § Cliënten kunnen door hun ziekte of door andere factoren een verminderd concentratievermogen hebben. De muziektherapeut dient hier rekening mee te houden en de aangeboden muziektherapiesessies niet te lang te maken vooral bij mensen die zich in de laatste levensfase bevinden (O'Callaghan, p. 47).

3.4.2.2 Het bevorderen van de communicatie tussen cliënt en familie en andere betrokkenen

De betrokkenheid van familieleden of andere hechte relaties van de stervenden zijn essentieel voor een waardevolle therapie. Het belang hiervan wordt onderstreept door verschillende auteurs (O'Callaghan, 1999; Magill, 2002; Aldridge, 2003; Clements-Cortés, 2004; Smeijsters, 2006a; Wulp, 2007; e.a.). Zo wordt het rouwproces voor de cliënten makkelijker wanneer er familie bij betrokken is (Hilton, 2005). Muziek kan namelijk, volgens Weber (1999), door de herinneringen (en de associaties daarbij) het makkelijker maken dat familieleden met de stervende gaan praten. En: 'Muziek kan een bron zijn van diepe, betekenisvolle interactie tussen cliënt en familie, tussen cliënten onderling en tussen cliënt en therapeut.' (p. 630, Martin, 1991). Aan de andere kant beschrijft Weber (1999) dat familieleden ook een

³ Endorfine werkt pijnonderdrukkend maar zorgt ook voor een gevoel van euforie en geluk (Wikipedia, 2006a)

storende factor kunnen zijn wanneer ze voortdurend praten, ronddwalen, etc. of dat ze simpelweg niet aanwezig willen zijn. In dergelijke gevallen is het beter om alleen met de cliënt te zijn. Maar vaak wordt al het samen (cliënt samen met man of vrouw) luisteren naar muziek als prettig ervaren, aldus Weber (1999).

Niet alleen het contact met familieleden is belangrijk maar ook het contact met andere disciplines die zich met de zorg van stervenden bezighouden. Volgens Van der Hoeven en Couette (2000, p.26) heeft de muziektherapeut een 'eigen professioneel verantwoordelijkheidsgebied, maar kan deze op de verpleegafdelingen alleen succesvol vorm geven in multidisciplinaire afstemming'. De gehele omgeving, zoals verzorgenden, verplegers en zelfs familie, heeft er baat bij wanneer muziek gespeeld wordt op de afdelingen of kamers van de stervenden. De omgeving wordt rustiger, zorgzamer en heilzamer⁴ van de muziek, aldus Hilton (2005). Het lawaai en het niveau van onrust wordt minder op de afdeling, verdieping of ruimte waarop of waarin de therapie gegeven wordt.

3.4.2.3 Spiritualiteit; een persoonlijke kijk op het leven

Om het leven van de stervende tot een afsluiting te brengen is de persoonlijke kijk op het leven essentieel van de cliënt. In feite wordt er gezocht naar een diepere betekenis van het leven. Dit is kort gezegd wat spiritualiteit betekent. Omdat spiritualiteit van grote betekenis is in de laatste levensfase zal ik er dieper op ingaan. Ik zal op de volgende vragen een helder antwoord proberen te geven. Wat betekent nu het begrip spiritualiteit? En hoe wordt dit in de muziektherapie gebruikt?

Vaak worden aan religie en spiritualiteit dezelfde betekenis toegeschreven. Religie heeft inderdaad met spiritualiteit te maken maar spiritualiteit hoeft niet altijd iets met religie te maken te hebben. Mensen kunnen bijvoorbeeld spiritualiteit vinden in New Age. Aldridge (2003) beschrijft dat spiritualiteit over het individuele, het onuitspreekbare en het impliciete gaat. Terwijl religie over het sociale, het gesprokene en het expliciete gaat. Spiritualiteit kan heel persoonlijk zijn, ieder mens geeft het vorm op zijn manier en ook hoe er met de dood omgegaan wordt. Terwijl er bij religie al een bepaalde betekenis vast staat. Hoe het leven eruit ziet na de dood staat meestal beschreven. Bijvoorbeeld of er wel of geen reïncarnatie is, en of er een hemel en een hel is. Religie bestaat dus ook uit spiritualiteit maar het individuele aspect staat minder op de voorgrond.

In de palliatieve zorg speelt het zoeken naar de diepere betekenis van het leven een grote rol. Dit is in feite wat spiritualiteit betekent, zoals hierboven beschreven. Spiritualiteit kan voor iedereen een verschillende betekenis hebben. Voor de een kan religie hierin een grote rol spelen terwijl voor de ander bijvoorbeeld muziek van grote betekenis kan zijn. Volgens Aldridge (2003) zijn spirituele betekenissen gekoppeld aan acties. Dit kunnen bijvoorbeeld zijn gebed, meditatie, verering, genezing maar ook het helen door muziek. Deze acties worden gedaan om een bepaald doel te bereiken. Wanneer mensen een terminale ziekte hebben of weten dat ze stervende zijn, zoeken ze vaak naar de oorzaak hiervan. Waarom ben ik ziek? Waarom ga ik dood? Wat betekent het leven voor mij? Dit zijn allemaal zeer persoonlijke vragen en door bijvoorbeeld meditatie kan hier een betekenis aan gegeven worden. Muziektherapie kan voor een verbinding met het spirituele zorgen, aldus Aldridge. Hij haalt hier de term *transcendentie* aan. Dit betekent het uitstijgen boven een bepaalde situatie. In het geval met stervenden betekent dit dat het lijden 'getransformeerd' kan worden in een (diepere) betekenis (p.17). Hij stelt verder dat het ondersteunen van het lijden een existentiële taak is en daardoor een taak voor muziektherapie kan zijn. Of zoals Pavlicevic (1999, p.88) het stelt: 'In de muziek kan lijden meer draaglijk worden. Muziek kan gehoord, ervaren worden en in een concrete vorm 'gekneed' worden'. Deze concrete vorm maakt het mogelijk om het lijden te hanteren, het bespreekbaar te maken, er iets mee te doen, er betekenis aan te geven. Ten slotte blijkt uit onderzoek, beschreven door Hilliard (2005), dat muziektherapie het algehele spirituele welbevinden verbeterd in het werken met stervenden.

⁴ Met heilzaam wordt bedoeld: 'bevorderlijk voor de gezondheid of genezing' (Van Dale, 2002)

Spiritualiteit speelt een grote rol in het (muziektherapeutisch) werken met deze doelgroep. Pavlicevic (1999, p.91) beschrijft dat veel mensen het 'zijn in de muziek ervaren als een meditatie'. Een ander spiritueel aspect is dat mensen ervaring opdoen dat ze 'boven zichzelf uitstijgen' in de muziek (p.91). Om het concreter te beschrijven: 'door muziek kan ruimte geschapen worden om tot een waarneembare innerlijke verandering te komen' (Van der Hoeven en Couette, 2000, p.27). Dit kan op spiritueel vlak zijn maar ook op psychosociaal vlak en ook wat symptoombestrijding betreft.

Volgens Magill (2002) zijn er vier hoofdthema's te onderscheiden in de muziektherapie wat spiritualiteit betreft. Deze zijn als volgt:

1. *Het aangaan en opbouwen van relaties*

Mensen en familieleden die geconfronteerd worden met levensbedreigende ziektes of met het einde van het leven voelen zich vaak afgesloten van zichzelf en anderen. Muziek kan door haar non-verbaal karakter het contact met zichzelf en met anderen herstellen.

2. *Herinnering*

Stervenden zoeken naar een manier om met de angsten en pijnen om te gaan die bij het stervensproces horen. Veiligheid, comfort⁵, voorspelbaarheid en zelfs ontbering zijn aspecten die een stervende volgens Magill nodig heeft om met die angsten en pijnen om te kunnen gaan. Het terugkijken op het leven is een werkvorm die vaak wordt gebruikt bij stervenden ('*life review*', zie hoofdstuk 3.7.2). Op de eerste plaats is de link tussen muziek en geheugen sterk. Herinneringen of associaties kunnen door middel van muzikale beleving een relatie leggen met de eigen innerlijke waardegebieden, gedachten of voorstellingen (Integrale Kankercentra, 2006). Door middel van liedjes of muziekstukken die de cliënt kent worden de eerder genoemde aspecten, zoals comfort, gewaarborgd. Dit geeft de stervende de mogelijkheid om zich (non-verbaal) te uiten wat moeilijke thema's als dood en lijden betreft.

3. *Het uitdragen van een gebed*

Stervenden en familieleden hebben vaak de behoefte om een gebed of spreuk te gebruiken om met de pijn, het verdriet en het lijden om te gaan. Dit hoeft niet noodzakelijk religieus te zijn. Magill bedoelt met gebed een zo breed mogelijke omschrijving; (p. 4) 'a calling from the deeper corners of heart, mind, and spirit.' Muziek kan een gebed zijn, zonder woorden en zonder religie, zoals Smeijsters (2006a) beschrijft. Bepaalde liedjes hebben een karakter die het de stervende kan vergemakkelijken om de pijn, het verdriet en het lijden te uiten. Vaak hebben deze liedjes thema's als vergankelijkheid en loslaten en sluiten daarom goed aan bij de belevingswereld van de stervende.

4. *Rust en vrede teweegbrengen*

Stervenden hebben vaak de behoefte aan comfort, het verzachten van pijn, rust te vinden, omgaan met onzekerheden en controle over het leven terug te krijgen. Muziek kan rust geven en voor stabiliteit en orde zorgen. Dit zijn zaken die belangrijk zijn voor stervenden om zich prettig te voelen in de moeilijke omstandigheden waar zij zich in bevinden. Zoals Mayne zegt in het artikel van Magill (p. 6): 'het gehele wezen, lichaam, ziel en geest is in de aanwezigheid van muziek waar transformaties zich beginnen te ontwikkelen en genezing begint. Het is in de beleefde momenten van muziektherapie dat de essentie van ons werk –muziektherapie, spiritualiteit en genezing- wordt ervaren en erkend.' In acht moet worden genomen dat *genezing* in het citaat van Mayne in deze context gelezen moet worden als optimaliseren van het leven of verbetering van klachten, daar stervenden niet genezen kunnen worden (in ieder geval niet van de dood).

⁵ Comfort oftewel gemak: toestand waarin men zonder onrust, vrees of verlegenheid is (Van Dale, 2002).

3.4.2.4 Het bevorderen van de zelfexpressie en het exploreren van gevoelens en gedachten

Deze paragraaf sluit grotendeels aan bij de vorige paragraaf. In deze paragraaf wil ik benadrukken wat het belang is van het bevorderen van de zelfexpressie en het exploreren van gevoelens, gedachten, angsten, etc. wat betreft het stervensproces (ziekenhuisopname, ziekte, dood) en andere soortgelijke zaken (Clements-Cortés, 2004). Het belang van het bevorderen van de zelfexpressie ligt niet bij de cliënt alleen. Ook in het uiten van gevoelens en gedachten naar mensen die belangrijk zijn voor de stervenden is zelfexpressie van belang (O'Callaghan, 1999). Gedachten en gevoelens die te maken hebben met de aankomende dood hoeven, wanneer ze gedeeld worden, geen zware lading te hebben dan wanneer de stervende ze voor zichzelf houdt. Dit is uiteraard niet altijd even gemakkelijk en soms kan de cliënt het veiliger vinden om deze gevoelens en gedachten in eerste instantie op een veiligere manier te exploreren, namelijk in de muziek(therapie) zelf. Het blijkt dat de werkvorm 'Song writing' een goede manier is om de zelfexpressie te bevorderen en om gevoelens en gedachten te exploreren, zoals O'Callaghan beschrijft (zie paragraaf 3.7.3).

3.4.2.5 Het gevoel de controle over het leven terug te krijgen

Stervenden kunnen het gevoel hebben de controle over het leven kwijt te raken. Ze worden geconfronteerd met de dood en kunnen het gevoel hebben overgeleverd te zijn aan de dood. Om toch het gevoel terug te krijgen de controle (voor een deel) over het leven terug te krijgen kan muziektherapie ingezet worden. Muziek heeft de waarde dat het ons in feite het hele leven vergezeld heeft, zelfs onbewust, aldus Weber (1999). Muziek is er altijd in het leven van mensen, en bij belangrijke gebeurtenissen in het leven wordt er vaak emotionele waarde aan bepaalde muziekstukken gegeven. Door het werken met dit gegeven kan de cliënt weer waarde aan zijn leven toekennen en dus het gevoel terugkrijgen over de controle van zijn leven. Dit is wat de werkvorm 'Song Choice' inhoudt (3.7.1). Ik verwijs verder naar dat hoofdstuk en met name naar wat Martin (1991) schrijft over de controle terugkrijgen over het leven.

3.4.2.6 Acceptatie van de lichamelijke en geestelijke beperkingen die bij het stervensproces horen

Het stervensproces gaat gepaard met allerlei lichamelijke en geestelijke ongemakken en beperkingen. Lichamelijke beperkingen zijn er omdat de stervende pijn kan hebben en hierdoor kan lijden. Ook komen er veel ziektes, zoals kanker, voor bij mensen die in een stervensproces zitten. Geestelijk staat de stervende ook behoorlijk onder druk, op de eerste plaats door het onbekende wat de dood met zich meebrengt. Er is dan ook veel angst, twijfel en onrust omtrent het stervensproces. Hierdoor kunnen er klachten ontstaan als: slapeloosheid, desoriëntatie, aanhoudende pijn, verwardheid, hardnekkige hoofdpijn aldus Hogan (1999). Voordat er gewerkt kan worden aan verschillende klachten en symptomen moet de cliënt accepteren dat hij stervende is. Door het niet accepteren houden de spanningen aan waardoor de lichamelijke en geestelijke klachten niet zullen afnemen of zelfs kunnen verergeren. Hierbij komt dat het stervensproces blijvende beperkingen met zich meebrengt die in de loop der tijd kunnen verergeren. Sterven zal lijden met zich meebrengen en fysiek kan de stervende er sterk op achteruit gaan. Muziek heeft als voordeel dat het op een veilige manier kan worden aangeboden. Iedereen heeft muziek waar hij graag naar luistert. Dit kan een ingang zijn om het acceptatieproces op gang te brengen en om in latere fasen aan specifieke problemen te kunnen werken.

3.5 Specifieke eigenschappen van muziek

3.5.1 Effecten van muziek

Muziek heeft een aantal specifieke eigenschappen die in het kader van ondersteuning bij symptoombestrijding van waarde zijn (Integrale Kankercentra, 2006):

§ Muziek en lichaam:

Muziek heeft invloed op vegetatieve functies (spiertonus, ademhaling, bloeddruk, pols) en kan daardoor onder meer ontspannend, maar ook activerend werken. Somatische klachten kunnen verminderd worden door gericht gebruik te maken van muzikale elementen (Smeijsters, 2006a). Het aanbieden van muziek als afleiding kan al als gevolg hebben dat lichamelijke klachten afnemen doordat de cliënt zijn aandacht richt op de muziek (in plaats van op de pijn).

§ Muziek en geest:

Muziek heeft de mogelijkheid mensen zeer direct te bereiken op het emotionele en waarnemingsniveau, aldus Smeijsters. Luisteren naar muziek kan beelden en gevoelens met daaraan verbonden emoties oproepen. Het herkennen en erkennen van emoties kan een bijdrage leveren aan de verwerking van ziekte en aanzetten tot het ontwikkelen van nieuwe verwerkingsstrategieën. Al naar gelang de verwerkingsstrategie van de cliënt wordt doorgaans muziek gebruikt die ofwel voor de cliënt een gevoelsmatige overeenkomst heeft met het probleem of juist het tegenovergestelde biedt (Integrale Kankercentra). Ook kan muziek de essenties van het menselijke bestaan in abstracte vorm uitdrukken, volgens Smeijsters. Deze verwantschap tussen muzikale en spirituele beleving kan patiënten steun bieden in de vorm van het (her)vinden van de emotionele balans of het verminderen van lichamelijke klachten (Integrale Kankercentra).

§ Muziek en structuur:

Muziek heeft per definitie structuur. Bij de symptoombestrijding van bijvoorbeeld pijn kan dit element van de muziek als oriëntatie en aandachtspunt dienen waardoor houvast ervaren wordt. Wanneer muziek wordt gekozen waarbij een duidelijk thema op de voorgrond staat dan kan de cliënt zijn aandacht makkelijker richten op de aangeboden muziek (Integrale Kankercentra).

Het effect van het luisteren naar muziek is dus afhankelijk van veel verschillende factoren. Het samengaan van deze factoren, zowel muziek- als patiëntgebonden factoren, bepaalt de kwaliteit van de interventie. In de palliatieve en terminale fase van een zieke kan van luisteren naar muziek gebruik gemaakt worden ter ondersteuning en verlichting van het lijden op zowel fysiek, emotioneel als spiritueel gebied. De hierboven genoemde punten zijn slechts een opsomming van de eigenschappen van muziek. Voor meer informatie hierover verwijst ik naar de aangehaalde bronnen.

3.5.2 Invloed van muziek op de hersenen

Volgens verscheidene onderzoeken wordt muziek op verschillende plaatsen in de hersenen aangesproken. Hierdoor blijven mensen muziek herkennen, ook wanneer de laatste hersenfuncties verslechteren of achteruit gaan (Nguyen, 2000). Dat verklaart waarom zelfs zwaar demente personen muziek uit hun vroege levensjaren kunnen herkennen. Tevens beïnvloedt muziek het oudste gedeelte van de hersenen, dus dat gedeelte dat het langst actief is, waardoor het herkennen van muzikale structuren lang behouden kan blijven. Volgens Schneck en Berger (2002) kunnen muzikale interventies gebruikt worden om fysiologische functies van mensen te beïnvloeden waardoor er een soort van sensorische balans ontstaat. Hiermee bedoelen de schrijvers dat er een functioneel evenwicht bereikt kan worden na een soort van fysiologische onbalans (een staat waarin door bepaalde chemische stoffen in de hersenen stress ondervonden wordt). Een ander aspect is het feit dat de mens een complex geheel is van verschillende processen tussen lichaam en hersenen in relatie tot gevoelens en gedachten. Volgens Schneck en Berger is het belangrijk om als muziektherapeut de relatie tussen

hersenen en lichaam te begrijpen in tegenstelling tot het enkel en alleen gericht werken met een bepaald gebied, bijvoorbeeld op cognitief niveau. Zij stellen wel daarbij dat het waarschijnlijk onmogelijk is om alles te kunnen bewijzen wat betreft het effect van muziek op het gehele menselijk wezen. In paragraaf 3.4.2.1 is beschreven wat de invloed van muziek is op de hersenen in relatie tot pijnbestrijding.

3.6 Gebruikte muziekinstrumenten

Volgens Heinze (2002) overheerst het gebruik van receptieve werkvormen in het werken met stervenden. Daarbij staat de live gespeelde muziek van de therapeut voor de cliënt op de voorgrond. Uit onderzoek van Hilliard (2003) blijkt dat de kwaliteit van leven verbeterd wordt (bij terminale kankerpatiënten) wanneer in de muziektherapiesessies live muziek wordt gespeeld. De instrumenten die gebruikt worden, zowel receptief en actief, heb ik hieronder beschreven.

Receptieve deelname:

- § Lier (en andere soortgelijke instrumenten, zoals kantele (o.a. Hennings, 1999))
De lier wordt voornamelijk gebruikt door muziektherapeuten die werken vanuit een antroposofische grondslag. Omdat de antroposofie een uitgesproken en uitgebreide visie heeft op het bestaan van de mens is het in het kader van deze scriptie niet gepast om dit begrip uit te leggen. Zij stellen dat de klankwereld van de lier aansluit bij het spirituele deel van ons bestaan. Juist dit spirituele kan een rol spelen in het stervensproces. De muziek kan helpen angst te verminderen en los te laten (Stichting Wega, 2007). De lier wordt gebruikt om melodieën te spelen maar ook als begeleidingsinstrument. In de muziekbundel van Soer (2000) zijn verschillende liederen met of zonder lierbegeleiding verzameld. De kantele is een instrument wat pentatonisch gestemd is en qua klank lijkt het op een lier of harp (zie voor een afbeelding bijlage 1).
- § Harp (verschillende formaten: van een grote concertharp tot een schootharp)
Joy (2005) beschrijft op haar website hoe het bespelen van de harp (van verschillende formaten) pijn en onrust kan verminderen. Dit doet zij door ervoor te zorgen dat onder andere de ademhaling minder onrustig wordt. Tevens blijkt uit metingen dat tijdens het spelen op de harp de bloeddruk daalt, de hartslag afneemt en de ademhaling rustiger wordt. Verder blijkt uit de reacties van de cliënten dat de aangeboden muziek zeer gewaardeerd wordt, niet alleen door de cliënten zelf maar ook door de familieleden. Een methode die ontwikkeld is voor stervensbegeleiding door Schroeder-Sheker maakt gebruik van harp en zang (Smeijsters, 2006a). Deze methode sluit aan bij wat Joy beschrijft over lichaamsfenomenen als de ademhaling. Andere fenomenen zijn: polsslag, temperatuur, huidskleur, gezichtsuitdrukking, etc. (p. 323). Het muzikaal materiaal bestaat onder andere uit gregoriaanse gezangen en Keltische liederen. Deze methode wordt ook wel *music-thanatology*⁶ genoemd.
- § Gitaar
De gitaar is volgens Primadei (2004) een veelzijdig bruikbaar instrument omdat het de mogelijkheid heeft alle primaire muzikale parameters aan te spreken. Het heeft de mogelijkheid subtiele dynamische veranderingen te verwerven. Dit is vooral belangrijk volgens Primadei (p. 7) in situaties waar de bereidheid om te luisteren naar de stiltes van de anderen, in dit geval de cliënt, een belangrijke rol speelt. Daarnaast is de gitaar uitermate geschikt als begeleidingsinstrument bij het gebruik van de stem en het zingen van liedjes (o.a. Steinert en Muthesius, 2003)
- § Stem (zie 'Zingen en stemgebruik', paragraaf 3.7.9)

⁶ Thanatologie is de studie van processen betrokken bij het sterven.

- § Blaasinstrumenten (*Native Amerikaanse fluit* (Joy, 2005), *dwarsfluit* (Hamilton, 1998), *basfluit* (Van der Hoeven en Couette, 2000)).
In het artikel van Van der Hoeven en Couette staat dat de lage klanken van de basfluit een ontspannende werking hebben. Couette heeft het instrument dan ook gebruikt om spanning te doorbreken. Ook om communicatie te bevorderen anders dan verbaal is dit instrument geschikt. Bij het bespelen van blaasinstrument moet, logischerwijze, de adem gebruikt worden om klanken te creëren. Het voordeel hiervan is dat de ademhaling van de cliënt kan worden overgenomen en afgebouwd kan worden zodat de cliënt een rustigere ademhaling krijgt. Dit is onder andere bevorderlijk voor de ontspanning (zie ook 'Gebruik van de ademhaling', paragraaf 3.7.8).
- § Percussie-instrumenten (zoals *ocean drum* (Weber, 1999; Ursprung, 1999), *Schlitztrommel* (Ursprung, 1999)). De *ocean drum* is een instrument waarmee het neerslaan van golven van de zee nagebootst kan worden. Door de kogeltjes die over het vel rollen kan met dynamiek en intensiteit (van de golven) gespeeld worden. Bijlage 1 heeft een voorbeeld van een afbeelding van een *ocean drum*. De *Schlitztrommel* is een trommel die oorspronkelijk wordt gebruikt voor bepaalde rituelen in onder andere Afrika en Zuid-Amerika. Een voorbeeld, dat in de Westerse wereld gebruikt wordt, is een houtblok dat ook in de muziekpedagogische muziekbeoefening terug te vinden is (Wikipedia, 2006b). Dit soort trommels zijn er van verschillende formaten; van de eerder genoemde houtblok tot een formaat van ruim 1 meter lengte. Hoe groter het formaat hoe lager en dieper de klank van het instrument. Wat de waarde in muziektherapie van percussie-instrumenten is wordt niet duidelijk gemaakt door Ursprung of Weber.
- § Tanpura (Ursprung, 1999)
De tanpura is een luitachtig begeleidingsinstrument uit de Hindoestaanse muziek, waarop door de afwezigheid van fretten geen melodie kan worden gespeeld. Zie voor een voorbeeld van een afbeelding bijlage 2. De tanpura heeft meestal vier snaren die samen het basisakkoord (de zogenaamde *drone*) van de raga laten horen (Wikipedia, 2007d). Doordat het instrument op een bepaalde manier gestemd is (waarbij de grondtoon, de kwint en het octaaf gebruikt worden) kan de klank van het instrument de toehoorder in een diepe ontspanning brengen. Er kan zelfs een tranceachtige staat bereikt worden volgens de website van PolyglobeMusic (n.b.). Dat komt mede door de steeds terugkerende stijgende en dalende boventonen⁷ die ontstaan wanneer de snaren worden aangeslagen.
- § Monochord (Ursprung, 1999; Hennings, 1999; Smeijsters, 2006a)
Een monochord (bijlage 2) is oorspronkelijk een primitief éénsnarig instrument dat onder andere door de oude Grieken gebruikt werd om een toonladder mee te meten en te controleren (Wikipedia, 2007c). Tegenwoordig bestaat het instrument uit meerdere snaren die allen op één toon zijn gestemd (Klangwelt, n.b.). De meeste mensen ervaren de klank van dit instrument als kalmerend en rustig. Verder blijkt, volgens de website van Klangwelt, dat de monochord gebruikt kan worden om muziek voor meditatie te maken. In het handboek muziektherapie van Smeijsters (2006a) staat dat een monochord geschikt is om spanningen af te bouwen.

Actieve deelname:

§ Stem (zie 'Zingen en stemgebruik', paragraaf 3.7.9)

§ Lier

Een kleine lier kan gebruikt worden om de cliënt ook in de laatste levensfase actief muziek te laten maken. Deze instrumenten zijn meestal pentatonisch gestemd. Het voordeel van dit instrument is dat de cliënt het instrument dicht bij zich kan houden. Zo kan hij de klanken (en trillingen) die hij zelf produceert ervaren. Stichting Wega (2007) heeft zelfs een studiegroep gericht op het werken met stervenden waarin het gebruik van de lier centraal staat. Deze stichting werkt vanuit de antroposofie. Maar ook therapeuten die niet vanuit de antroposofie werken gebruiken de lier in muziektherapiesessies, zoals bijvoorbeeld Primadei (2004).

⁷ Alle grondtonen worden vergezeld door boventonen. Elk trillend voorwerp wekt extra trillingen op die de grondtoon beïnvloeden. Omdat de grondtoon de toonhoogte bepaalt beïnvloeden de boventonen de specifieke klank van dit trillend voorwerp.

§ Drumstel/percussie instrumenten

Het gebruik van percussie-instrumenten wordt maar zelden gebruikt omdat de stervenden meestal geen interesse hebben in dit soort instrumenten of dat ze er te weinig kracht voor hebben om ze te bespelen (Weber, 1999). Wanneer dit wel het geval mocht zijn dan is de stervende nog actief in zijn laatste levensfase en leeftijd speelt daarin ook een rol, zoals een casus van Pavlicevic (1999) beschrijft.

§ Harp

De harp kan vaak nog gebruikt worden in actieve muziektherapiesessies bij stervenden omdat het bespelen hiervan weinig inspanning kost. Uiteraard alleen wanneer dit nog mogelijk is bij de cliënt. Het voordeel van actief musiceren is dat het de creativiteit bevordert en creativiteit kan het leven verrijken, aldus Weber (1999). Zij beschrijft dat cliënten de klank van de zogenaamde Veeh-harp als prettig en kalmerend ervaren. De Veeh-harp is klein en weegt niet veel (2,5 kg). Zie bijlage 3 voor een afbeelding. Tevens is deze harp makkelijk te bespelen, ook voor cliënten die minder beweeglijk zijn. Er zijn verschillende typen harp die klein van formaat zijn zodat cliënten die bijvoorbeeld niet meer uit bed kunnen komen toch nog betrokken kunnen zijn bij het actief musiceren. Een ander voorbeeld is de 'lap-harp', oftewel schootharp (Hilton, 2005).

§ Koto (Ursprung, 1999)

Een koto is een Japans muziekinstrument, dat oorspronkelijk afkomstig is uit China. Een koto behoort tot de snaarinstrumenten (zie voor een afbeelding bijlage 3). Er bestaan twee uitvoeringen (de *K'in* en de *So*); beide bespannen met snaren van zijde (Wikipedia, 2007b). De koto kan gebruikt worden als begeleidingsinstrument maar ook als melodie-instrument. De waarde bij muziektherapie van dit instrument wordt niet door Ursprung beschreven. Naar mijns inziens komt het karakter van de koto overeen met snaarinstrumenten als gitaar, harp en lier, alleen klinkt het instrument meer Oosters.

3.7 Werkvormen

O'Callaghan (1999) maakt een opsomming van de meest uiteenlopende werkvormen die muziektherapeuten gebruiken in het werken in de palliatieve zorg. De meest beschreven werkvormen in de literatuur heb ik hieronder uiteengezet (de paragrafen 3.7.1 t/m 3.7.9). Verder benoemt zij overkoepelende manieren van werken die onder verschillende werkvormen kunnen vallen. Voor de volledigheid vermeld ik deze: *muzikaal ondersteunend individuele counseling, communicatie tussen de cliënt en dierbaren, 'music-facilitated pain control and relaxation', groepswerkvormen*. De manier van werken en de doelstellingen hiervan overlappen vaak de hieronder beschreven werkvormen daarom beperk ik me tot uitwerking van de laatste:

3.7.1 Song choice/ Muzikale levensgeschiedenis

De therapeut laat de cliënt liedjes uitzoeken die de therapeut vervolgens zingt en eventueel begeleidt (op bijv. gitaar of piano). Ook kunnen er opnamen van Cd's gebruikt worden wanneer de cliënt bijvoorbeeld een voorkeur heeft voor een bepaalde zanger(es). Eventueel kan de cliënt meezingen wanneer hij dat wilt of durft. Deze werkvorm kan waardevol zijn om zelfexpressie te bevorderen. (Zie ook paragraaf 3.7.9 'Zingen en stemgebruik' en paragraaf 3.7.8 'Gebruik van de ademhaling' voor het belang van het gebruik van de stem). Het is vaak moeilijk voor stervenden en hun familieleden om hun gevoelens te uiten en zichzelf uit te drukken via woorden. De gekozen liedjes geven vaak de innerlijke ervaring van de stervenden en familie weer (Martin, 1991). Wanneer de cliënt niet meer aan staat is om zich verbaal uit te drukken dan kunnen familieleden betrokken worden bij het zoeken naar passende liedjes. Uiteraard kunnen ook instrumentale muziekstukken uitgekozen worden. Het gaat erom aan te sluiten bij de voorkeuren van de cliënt. Er kan een *muzikale levensgeschiedenis* samengesteld worden van de muziekstukken die de cliënt heeft gekozen. Dit kan de cliënt een bevredigend gevoel geven, dat hij gewaardeerd en geaccepteerd wordt en dat zijn leven waardevol is (Smeijsters, 2006a). Het toepassen van *song choice* kan de stervende het gevoel geven de controle over het leven weer enigszins terug te krijgen. Hij kan zelf bepalen welke liedjes hij wil horen. Of het nu vrolijke, droevige, nostalgische of religieuze liedjes zijn. Wanneer de stervende het gevoel heeft de controle weer

enigszins over zijn leven te hebben, is het meestal ook makkelijker om het over moeilijke thema's te hebben (Martin, 1991). Zoals het afscheid nemen van het leven. Slaapliedjes kunnen bijvoorbeeld voor rust en troost zorgen, volgens Hennings (1999). Andere doelen die met deze werkvorm te bereiken zijn, zijn volgens Clements-Cortés (2004, p. 256): het verbeteren van de eigenwaarde, de cliënten hun eigen identiteit laten terugkrijgen, het aanmoedigen om eigen keuzes te maken en het bevorderen van sociale interactie.

3.7.2 Life review

Wanneer er terug wordt gekeken op het leven kunnen er herinneringen worden opgeroepen. Deze herinneringen kunnen aanleiding zijn voor de stervende om het leven te overdenken en terug te kijken op ervaringen en gebeurtenissen. Dit is belangrijk voor het afsluiten van het leven (Martin, 1991). Muziek kan hierin een hoofdrol spelen omdat bij bepaalde muziekstukken herinneringen naar boven kunnen komen (Nguyen, 2000). Belangrijk is dat de stervende hier begeleiding en ondersteuning in krijgt. Niet alleen van de muziektherapeut zelf maar ook van familieleden, bekenden en het verzorgingsteam. Een ander belangrijk doel wat bereikt kan worden is het gevoel van onafhankelijkheid bevorderen bij de cliënt. Net zoals bij *song choice* bepaalt de cliënt welke liedjes en muziekstukken hij wil laten horen. Tevens bevordert dit de communicatie naar en met de muziektherapeut maar ook naar familieleden (Smeijsters, 2006a) en verzorgers. Een voorwaarde voor deze werkvorm is dat de stervende nog helder bij geest is en logisch kan denken (Beggs, 1991).

3.7.3 Song writing

De stervende werkt samen met de therapeut aan een lied waarin gevoelens, gedachten, beelden, etc. verwerkt worden. De focus ligt bij deze werkvorm op de tekst en volgens Smeijsters (2006a) is er een nauwe verwantschap met poëzie en bibliotherapeutisch⁸ werk en hij vindt daarom deze werkvorm niet representatief in de (oncologische) muziektherapie. Toch speelt de muziek een belangrijke rol omdat de tekst op melodie wordt gezet en er muziek bij geschreven wordt. Belangrijk is dat de stervende zelf het onderwerp en de richting van het lied bepaalt. O'Callaghan (1999, p. 54) heeft onderzocht dat er een 7-tal thema's vooral voorkomen bij mensen die stervende zijn. Deze thema's zijn, in de volgorde dat ze het meest zijn voorgekomen bij het onderzoek:

- § Het uiten van belangrijke boodschappen, zoals positieve gevoelens en waardering naar anderen (zoals dierbaren, familieleden, etc.).
- § Reflecties op zichzelf en op het bestaan in de toekomst.
- § Het geven van complimenten aan andere personen, zoals verzorgenden, andere cliënten en vrienden, om hun persoonlijke kwaliteiten en de impact daarvan op het leven van de stervende.
- § Het vastleggen van herinneringen. Het onderzoek van O'Callaghan toont aan dat *song writing* de werkvorm *life review*, en dus het terugkijken op het leven, begunstigt.
- § Reflecties op de betekenis van anderen en de waarde van anderen op de stervende zelf.
- § Zelfexpressie op tegenslagen, zoals het uiten van verliezen en andere moeilijkheden.
- § Het gebruiken van beelden om bepaalde gevoelens, emoties en gedachten te symboliseren.
- § Gebeden om zich op spiritueel gebied te kunnen uiten.

Het spreekt voor zich dat de stervende bij deze werkvorm nog mogelijkheden heeft om zich verbaal uit te drukken. Belangrijk doel bij deze werkvorm is om bepaalde (moeilijke) thema's betreffende het sterven op een creatieve manier aan te spreken en te uiten om deze een plaats te geven in het verwerken (bijv. de angst voor het sterven) en uiteindelijk om het leven los te kunnen laten. Deze werkvorm wordt in het artikel van Clements-Cortés (2004, p. 256) door Heidi Bonner beschreven als 'een manier voor cliënten om zich uit te drukken die gemakkelijker en meer spontaan is dan verbale woorden.' Cliënten die eigen liedjes schrijven gebruiken ook vaak boodschappen om het leed van familieleden of andere dierbaren te verzachten (O'Callaghan, 1999).

⁸ Bibliotherapeutisch = Het gebruiken van literatuur (gedichten, poëzie, verhalen, etc.) om therapeutische interventies te plegen.

3.7.4 Bespelen van een instrument

Pavlicevic (1999) beschrijft het belang van de therapeutische interactie om tijdens het actief musiceren van de cliënt gevoelens te kunnen uitdrukken. Zij beschrijft een casus waarin een jonge man, stervende door besmetting van het Hiv-virus, van een heel druk spel op het drumstel naar een simpel, repetitief spel gaat. De therapeute beschrijft dat zij er pas later, na het overlijden van de cliënt, achterkwam dat dit moment significant anders was. 'Het was belangrijk voor de cliënt om *samen* met de muziektherapeut muziek te kunnen maken' (p. 86). Stervenden ervaren vaak eenzaamheid en er is duidelijk een meerwaarde in het gezamenlijk musiceren. Muziektherapeutische doelen kunnen als volgt worden omschreven (Clements-Cortés, 2004): het begunstigen van actieve deelname; een alternatieve manier van zelfexpressie; het aanmoedigen om keuzes te maken en het oefenen om de aandacht ergens op te houden. Percussie-instrumenten kunnen gebruikt worden om verschillende soorten emoties kwijt te kunnen en ritme creëert een gelegenheid om emoties los te laten (p. 257). Voorwaarde voor deze werkvorm is dat de cliënt nog in staat is actief muziek te maken. Dit is een van de werkvormen waarin de cliënt nog zelf actief kan zijn. De andere beschreven werkvormen zijn meestal receptief.

3.7.5 GIM: Guided Imagery and Music

Deze methode is door Bonny in 1978 ontwikkeld. Het wordt ook wel de *Bonny method of Guided Imagery and Music* genoemd. Het is in feite een werkvorm die bedoeld is om door middel van Westerse klassieke muziek associaties (dit kunnen zijn: beelden, gedachten, gevoelens of herinneringen) toe te laten om gedachten en gevoelens te exploreren (Booth en Clement, 2004). GIM kan gebruikt worden in het verwerken van (oude) problemen (Rinker, 1991). Maar volgens Smeijsters (2006a) zijn de herinneringen aan gedachten, gevoelens en beelden die de cliënt in het verleden heeft gehad minder belangrijk dan gedachten, gevoelens en beelden die in het heden kunnen optreden. Het is een werkvorm die de zelfreflectie en zelfexploratie aanspreekt (Clark, 1991). Deze associaties houden in: 'innerlijke ervaringen om fysieke, psychologische en spirituele compleetheid te bereiken' (p.324). Wat bedoeld wordt met spiritualiteit en hoe dat toegepast wordt in muziektherapie bij stervenden heb ik uitgelegd in paragraaf 3.4.2.3. De muziek wordt zorgvuldig uitgezocht om bij de behoeften van de cliënt aan te sluiten. Volgens Booth en Clement heeft klassieke muziek de eigenschap dat de structuren en processen overeenkomen met lichaam en geest. De melodieën, harmonieën, ritmes, structuren en timbres van deze muziek hebben de mogelijkheid om de persoon in zijn geheel aan te spreken. Hierdoor kunnen er een wijd scala aan beelden en associaties worden opgeroepen. Het kan natuurlijk ook zijn dat bij de cliënt spontaan beelden opkomen, zoals bijvoorbeeld Ursprung (1999) en Hennings (1999) beschrijven. Ook dit kan bij niet-klassieke muziekstukken het geval zijn of zelfs tijdens het musiceren van de cliënt zelf. Maar door het gebruik van specifieke muziekstukken kan de cliënt zich aangesproken voelen en kan hij zich op de muziek concentreren. Dit heeft als gevolg dat de betreffende persoon rustig(er) kan worden, afgeleid wordt van o.a. pijn en het kan de persoon in een diepere staat van bewustzijn brengen. Dit is vooral belangrijk om beelden die zo centraal staan bij deze werkvorm op te roepen. De muziekkeuze is gebaseerd op verschillende factoren: de fysieke en emotionele gesteldheid van de cliënt; de mogelijkheid om beelden of associaties ('images') op te roepen; het niveau van vertrouwen en de therapeutische doelen. Deze doelen zijn voornamelijk (toegepast op het stervensproces) toepasbaar op de volgende gebieden: psychotherapie; het ondersteunen van rouw; stress en onrust; depressie; fysieke ziektes of klachten en spiritualiteit.

3.7.6 Lyric analysis and discussion

Met deze werkvorm wordt bedoeld het luisteren naar, benoemen van en, wanneer mogelijk, het discussiëren van de tekst van een bepaald lied. Muziek heeft bij deze werkvorm een symbolische waarde, zoals Nguyen (2000) het stelt. Hiermee wordt bedoeld dat woorden in een liedtekst gevoelens en gedachten kunnen weergeven. Muziek wordt door iedereen anders geïnterpreteerd en liedteksten kunnen gebruikt worden om moeilijke thema's aan te halen. Deze methode creëert hiervoor een veilige basis. Doelen die bij deze werkvorm gesteld kunnen worden zijn volgens Clements-Cortés (2004, p.256): het stimuleren van cognitieve functies, het ondersteunen en begeleiden van het verlies/rouwproces en het terugkrijgen van de eigen identiteit.

3.7.7 Improvisatie

Improvisatie wordt door veel muziektherapeuten beschouwd als een van de meest krachtige werkvormen in de palliatieve zorg van muziektherapie, aldus Clements-Cortés (2004). Wanneer een cliënt zelf nog in staat is muziek te maken dan kan improvisatie het mogelijk maken om een dialoog aan te kunnen gaan tussen therapeut en cliënt zonder dat deze gelimiteerd is door woorden, zoals beschreven wordt in datzelfde artikel. Deze dialoog is intiem, maar niet persoonlijk, doordat diepe gevoelens geuit en geraakt worden. Door vrije improvisatie wordt de 'persoonlijke gedrevenheid van de cliënt onthuld', aldus Primadei (2004, p.6).

Wanneer de cliënt niet meer in staat is om zelf actief te musiceren dan speelt de therapeut (live) muziek voor de cliënt. Dit wordt ook wel receptieve improvisatie genoemd (Smeijsters, 2006a). Door het spelen van live muziek heeft de muziektherapeut de mogelijkheid direct te kunnen reageren op de cliënt. Zo kan door middel van improvisatie het tempo worden afgestemd op de ademhaling. Voor meer informatie hierover verwijs ik naar de volgende paragraaf 3.7.8 'Gebruik van de ademhaling'. Wanneer het tempo wordt afgebouwd heeft de muziek een kalmerende werking op ademhaling en hartslag (Van der Hoeven en Couette, 2000; Smeijsters, 2006a). Dit heeft weer als gevolg dat ontspanning pijnverminderend werkt. Andere doelen die bereikt kunnen worden met improvisatie zijn: het reduceren van angst en het accepteren van het naderende einde en innerlijke rust ondersteunen. (Smeijsters) Hoe de gespeelde muziek voor de cliënt werkelijk klinkt hangt af van het instrument dat gebruik wordt. (En natuurlijk ook van degene die het instrument bespeelt maar dat vermeld Primadei niet.) Maar er zijn wel bepaalde muzikale elementen die duidelijk beschreven kunnen worden. Een muzikaal element dat veel gebruikt wordt is het gebruik van tonaliteit en soms modaliteit⁹ (Primadei). Ook herhaling van muzikale thema's wordt veel gebruikt. Eenvoudige melodieën worden gespeeld en akkoorden die gebruikt worden als begeleiding hebben vaak een open karakter.

3.7.8 Gebruik van de ademhaling

Verschillende auteurs (Martin, 1991; O'Callaghan, 1999; Von Hodenberg, 1999; Van der Hoeven en Couette, 2000; Aldridge, 2003; Clements-Cortés, 2004; Smeijsters (Red.), 2006a; e.a.) vermelden dat de ademhaling een belangrijke rol kan spelen in de therapie. Het in- en uitademen van de cliënt kan beïnvloed worden om verschillende doelen te bereiken. Von Hodenberg (1999) gebruikt een principe wat zij de 'Ton-Atem-Strom' (toon-adem-stroom) noemt. Zij probeert de ademhaling van de cliënt te beïnvloeden door bij de uitademing een toon te gebruiken. Deze toon neemt de cliënt geleidelijk aan over. Vervolgens ademt ze (met een toon) steeds rustiger uit opdat de cliënt het ritme van haar ademhaling overneemt. Zij beschrijft een indrukwekkende casus waarin een man op deze manier van krampachtig ademhalen naar ontspannen ademhalen gaat. Het krampachtig ademhalen kan volgens haar duiden op het vasthouden van gedachten en beelden, die het loslaten van het leven in de weg staan. Het rustige adem halen kan dus helpen om spanningen en gedachten los te laten zodat men vredig kan sterven. Ook Clements-Cortés (2004) beschrijft dat een gecontroleerde ademhaling een fysieke rust kan teweegbrengen om de rusteloosheid te verminderen. Tevens kan een gecontroleerde ademhaling het spreken bevorderen wat de cliënt de mogelijkheid geeft om zich duidelijker te kunnen verbaliseren.

Martin (1991) beschrijft hetzelfde principe alleen gaat hij uit van het ritme van de muziek aanpassen op de ademhaling van de stervende. Hieruit blijkt dat zowel de stem als muziekinstrumenten gebruikt kunnen worden om dit teweeg te brengen.

3.7.9 Zingen en stemgebruik

Deze werkvorm sluit aan bij de hierboven beschreven werkvorm waar het belang van de ademhaling wordt beschreven. Maar ook het gebruik van liedjes of liederen kunnen gebruikt worden in de muziektherapie. Door het zingen van bestaande liedjes zijn er verschillende, niet-muzikale, doelen te behalen. Zingen en stemgebruik is een goede manier om tot expressie te komen, aldus Smeijsters (2006a). Volgens Clements-Cortés (2004, p.255) kan zingen het eigen bewustzijn vergroten en het

⁹ Modaliteit = het gebruik van toonladders in plaats van akkoorden als basis voor de organisatie van de tonen binnen een compositie of improvisatie (Wikipedia, 2007e)

gevoel geven ergens 'thuis te horen'. Zingen bevordert de expressie, verhoogt het zelfvertrouwen en kan herinneringen oproepen. Voorgestructureerde (bijv. welke toonsoort en welke begeleidingsinstrumenten) liedjes kunnen gebruikt worden om sterke, krachtige emoties te uiten, aldus Aldridge (1999). En het zingen voor de cliënt kan ook soortgelijke emoties oproepen zoals Steinert en Muthesius (2003) beschrijven in hun casus over een stervende vrouw. In het kalmeren van onrustige cliënten is het gebruik van de stem een effectieve manier (Weber, 1999), namelijk door het effect van de menselijke stem. Volgens Meersman (2003, p.23) is de stem is het 'meest directe, meest vertrouwde maar ook het meest intieme instrument dat de mens bezit.' Tevens heeft Hilliard (2005) beschreven dat stemimprovisaties symptomen als onrust, pijn en stemmingswisselingen kunnen verminderen. Hennings (1999) beschrijft dat gebruik van de stem een goede mogelijkheid is om afscheid te kunnen nemen van het leven. De tonen van het zingen kunnen de stervende begeleiden in de laatste uren van het leven. Bij het gebruik van bestaande liederen is het anders: teksten van liedjes kunnen de eigen gedachtestroom storen of onderbreken (Smeijsters, 2006a). Tenzij de cliënt zelf teksten schrijft om zich te uiten (zie 'song writing', paragraaf 3.7.3). Familieleden kunnen, samen met de stervende, liedjes zingen. Dit bevordert de communicatie en kan de cliënt een gevoel van ondersteuning bieden. Muziek met zang (stem) wordt vaak sterker ervaren dan instrumentale muziek. De woorden in het muziekstuk vertellen de boodschap al, terwijl bij instrumentale muziek je vrijer met je gedachten bent (Uitvaart Kompas, n.b.). Hoe de stem wordt ingezet is afhankelijk van de therapeut zelf en hoe de cliënt erop reageert.

3.8 Muziektherapie in groepsverband

De meeste werkvormen vinden in een individuele setting plaats. In groepsverband is het moeilijker om aansluiting te vinden bij de wensen en behoeften van stervenden. Desondanks kan het werken in groepen voordelen met zich meebrengen. Zo beschrijft O'Callaghan (1999) dat zij 'song writing' gebruikt heeft in groepsverband om de hechtheid en ondersteuning tussen de groepsleden te bevorderen. Ook *GIM* kan gebruikt worden in groepsverband, zij het dat het benoemen en behandeling van de aan bod gekomen thema's korter zal zijn dan bij individuele sessies (Booth en Clement, 2004). Verder moet in acht worden genomen dat het niet altijd mogelijk is om stervenden van de ene naar de andere ruimte te verplaatsen. In verband met de meestal verminderende mobiliteit van stervenden moet hier voorzichtig mee omgegaan worden.

3.9 Muzikale interventies en technieken

Om toe te komen aan de verlangens, wensen en behoeften van stervenden zal de therapeut zijn muzikale interventies aanpassen op dit gedrag. Zoals gezegd valt stervensbegeleiding onder de palliatieve zorg (zie hoofdstuk 3.2). Dit betekent in feite dat de therapeut de stervende zo veel mogelijk zal ondersteunen als mogelijk is. Dit kan zijn op verschillende gebieden: lichamelijk, geestelijk maar ook op spiritueel niveau. Op hier aan toe te komen dient de therapeut zich zo empatisch mogelijk op te stellen. Technieken, zoals beschreven door Bruscia (1987), die hier bij aansluiten zijn hieronder beschreven. Deze technieken zijn oorspronkelijk bedoeld voor improvisaties tussen therapeut en cliënt. De eerste twee technieken die ik hieronder beschrijf zijn ook in het algemeen van toepassing. Ook bij andere werkvormen dienen deze twee technieken als basis voor het muziektherapeutische proces. Voorwaarde voor al deze technieken is dat de cliënt niet in de terminale fase is. Bij andere fasen is de inzet van de technieken afhankelijk van de geestelijke en lichamelijke gesteldheid van de cliënt.

§ *Pacing*

De therapeut probeert aan te sluiten bij het energieniveau van de cliënt.

§ *Reflecting*

De therapeut zoekt aansluiting bij de gemoedstoestand, houding en gevoelens van de cliënt.

§ *Imitating*

De therapeut neemt een muzikaal motief of thema van de cliënt over nadat dit motief of thema gespeeld is.

§ Incorporating

De therapeut neemt een muzikaal motief of thema van de cliënt om als thema te gebruiken voor een eigen improvisatie of compositie van de cliënt.

Om muzikale improvisaties vorm te geven zijn er verschillende structureringstechnieken die de therapeut kan inzetten. Vooral bij de werkvormen 'Bespelen van een instrument' (3.7.4) en 'Improvisatie' (3.7.7) zijn deze technieken te gebruiken. Deze technieken zijn als volgt:

§ Tonal centering

De therapeut maakt gebruik van tonaliteit, toonsoort of andere harmonische aspecten om als basis te dienen voor het improviseren van de cliënt.

§ Rhythmic grounding

De therapeut speelt een ritme of geeft een ritmische basis waar de cliënt op kan improviseren.

§ Shaping

De therapeut ondersteunt de cliënt in het vormgeven en expressie geven aan een muzikale frase.

Omdat het werken met stervenden intimiteit met zich kan meebrengen, meer dan met andere doelgroepen het geval kan zijn (zie ook paragraaf 3.10 'Therapeutische attitude en relatie'), vind ik het belangrijk om de volgende technieken van intimiteit te beschrijven. Alleen bij de eerste, 'Sharing instruments', is er sprake van improvisatie van de cliënt zelf. Bij de andere is het de therapeut die iets voor de cliënt doet. Deze technieken kunnen gebruikt worden bij verschillende werkvormen.

§ Sharing instruments

Therapeut en cliënt gebruiken beide hetzelfde instrument of hebben ieder een eigen identiek instrument waarop geïmproviseerd wordt.

§ Giving

De therapeut overhandigt de cliënt een cadeau zoals een muzikaal optreden of een instrument.

§ Bonding

De therapeut maakt een kort muziekstuk of lied gebaseerd op de reacties van de cliënt om het te gebruiken als een thema in de relatie.

§ Soliloquys

De therapeut improviseert een lied alsof hij met zichzelf praat over de cliënt.

Bij het exploreren van emoties zijn ook technieken beschreven. Aangezien dit, het uiten en exploreren van gevoelens, als een doelstelling gesteld kan worden in het werken met stervenden (zie paragraaf 3.4.2.4) zal ik hieronder enkele technieken beschrijven. Enkele werkvormen waar deze technieken bij gebruikt kunnen worden zijn 'Song choice' (3.7.1), 'Song writing' (3.7.3) en 'Lyric analysis and discussion' (3.7.6) maar ook bij 'Improvisatie' (3.7.7).

§ Doubling

Het uiten van gevoelens die moeilijk zijn voor de cliënt om te erkennen en kenbaar te maken.

§ Sequencing

De therapeut helpt de cliënt om bepaalde zaken in een volgorde te zetten. Bijvoorbeeld secties van een improvisatie, gebeurtenissen van een verhaal of autobiografische informatie.

§ Anchoring

Het associëren van een bepaalde gebeurtenis in de therapie naar iets dat het voor de cliënt mogelijk maakt om het te herinneren, om het her te beleven, in een vorm dat de gebeurtenis naar buiten wordt gebracht of versterkt wordt.

§ Transferring

Het improviseren van duetten samen met de cliënt om belangrijke relaties in het leven van de cliënt te exploreren.

Tot slot zijn er nog enkel discussie technieken die toegepast kunnen worden bij bijvoorbeeld de werkvormen 'Guided Imagery and Music' (3.7.5) en 'Lyric analysis and discussion' (3.7.6). Deze technieken kunnen toegepast worden wanneer de cliënt met bepaalde (onverwerkte) zaken is blijven zitten. Ze kunnen zorgen voor opheldering van betreffende zaken. Belangrijk om te weten is dat de cliënt in een stadium moet zitten waarin hij nog helder kan denken en voldoende ondersteuning van de therapeut en andere mensen, zoals familieleden, kan verwachten.

§ Interpreting

De therapeut geeft de cliënt mogelijke verklaringen voor de ervaringen van de cliënt in de muziektherapiesessies.

§ Disclosing

De therapeut onthult iets persoonlijks over zichzelf aan de cliënt of de therapeut praat over zichzelf in een sessie.

3.10 Therapeutische attitude en relatie

Wat de muziektherapeut in eerste instantie altijd voor ogen moet houden is dat de 'beleving van en het omgaan met een levensbedreigende ziekte of een naderende dood zeer individueel bepaald is' (Van der Hoeven en Couette, 2000, p.26). De schrijfsters stellen dat het muziektherapeutisch werken met stervenden altijd maatwerk is. Hoe kan je daar als therapeut het beste mee omgaan?

Het individu staat voorop. De persoonlijke behoeften en wensen van de cliënt dienen als basis om het muziektherapeutisch werken op af te stemmen. Volgens Salmon in het artikel van Hamilton (1998) gaat het om de *persoon* te vinden binnen de cliënt. Dus het individu, het mens-zijn, de authenticiteit van de cliënt, staat voorop. Op de eerste plaats is het belangrijk om te weten wat de achtergrond van de cliënt is, zoals ook het stappenplan van Ferrara en Forinash (hoofdstuk 4.1) beschrijft. Op deze manier kun je als muziektherapeut een idee krijgen wat de persoonlijke muzikale voorkeuren zijn van de cliënt en interventies daarop aanpassen. Het spreekt voor zich dat een cliënt die altijd naar klassieke muziek geluisterd heeft een afkeer kan hebben voor de muziek van bijvoorbeeld Frans Bauer. Dus de therapeut neemt de cliënt zoals hij is. Om het specifieker te beschrijven: de therapeut accepteert de cliënt onvoorwaardelijk. Als therapeut vertrek je vanuit wat de stervende aangeeft. Wanneer blijkt dat muziektherapie niet aan die wensen kan toekomen dan lijkt me een andere therapie meer geschikt. Wanneer iemand bijvoorbeeld zoveel pijn heeft dat zelfs muziek geen rust of afleiding kan bieden.

Zaken die te maken hebben met het existentiële van de mens worden vaak aangesproken bij stervenden. Ze worden geconfronteerd met de dood en gaan terugkijken op hun leven. Wat hebben ze bereikt in hun leven? Hoe waar is hun leven (geweest)? Wat betekent waarheid voor hen? In onze maatschappij zijn er verschillende benaderingen van waarheid door de verscheidenheid aan culturen, religies en levensopvattingen. Wat de een als waar beschouwt zal voor de ander niet zo zijn. Voor de therapeut zelf en voor de benadering van de cliënt is het belangrijk om te weten wat zijn eigen waarheid is. Wanneer je als therapeut ervan uit gaat dat de cliënt een bepaalde benadering van de werkelijkheid heeft dan kunnen er in het contact misopvattingen ontstaan. Vooral omdat het vaak om kwesties als leven en dood gaat. Je openstellen voor de waarheid van de cliënt is een voorwaarde. Het gaat er niet om, om de verschillende waarheden tegenover elkaar te zetten maar om te accepteren dat waarheid voor iedereen een andere betekenis kan hebben, aldus Aldridge (2003). In feite omvat het begrip waarheid ook andere thema's zoals spiritualiteit, geloof, levensopvattingen, benadering van mensen, etc. Hoe je als therapeut met waarheid omgaat, heeft ook te maken hoe je omgaat met de cliënt. Wanneer je als therapeut hiervan bewust bent, ga je vrijer om met waarheden die anders zijn.

Martin (1991) beschrijft dat het in het algemeen bij deze doelgroep het een voordeel kan zijn voor de cliënt-therapeut relatie wanneer de therapeut meer dan normaal over zichzelf onthult of verteld aan de stervende. Wanneer de therapeut laat zien wie hij werkelijk is dan kan dit de cliënt aansporen hetzelfde te doen. De cliënt kan zich daardoor makkelijker op zijn gemak voelen en zijn ware gevoelens en gedachten onthullen over zijn eigen stervensproces. Dit staat verder uitgewerkt in de paragraaf 3.4.2.3: *'Spiritualiteit; een persoonlijke kijk op het leven'*.

Stervenden ervaren vaak dat ze alleen zijn. Het unieke van de cliënt-therapeut relatie is dat er *samen* gespeeld wordt, in dit geval samen muziek maken of zingen (Pavlicevic, 1999). Of zoals zij zegt: 'Lijden kan heel mooi, krachtig en ontroerend zijn wanneer deze gesteund en gedeeld wordt met de therapeut' (p.93). Niet alleen in het lijden maar ook in het 'gewoon aanwezig zijn', wat ik eerder beschreven heb of in het samen muziek maken. Dit vat kort samen de essentie van het contact en de communicatie in de cliënt-therapeut relatie in de context met stervensbegeleiding.

3.11 Stilte in muziek en in muziektherapie sessies

Het toelaten van stilte is een belangrijk gegeven in het werken met stervenden. Volgens Heinze (2002) net zo belangrijk als het praten zelf. In de stiltes ontstaat er ruimte. Hierin kan een antwoord gevonden worden op vragen waarmee de stervende worstelt. Meditatie, gebed en muziek worden gebruikt om aan die behoefte toe te komen (Aldridge, 2003). Het muzikale equivalent van stiltes is pauze (Heinze). Het 'stil' zijn (of pauzeren) kan ook ervaren worden als 'aanwezig zijn'. Er wordt niks verlangd van de cliënt, hij hoeft niks te doen en niks te zeggen. Hij 'is' alleen maar (aanwezig). Het toelaten van stiltes kan volgens Heinze ook bevorderlijk zijn voor het 'afstemmen op de cliënt' wat veel therapeuten als belangrijk ervaren in het contact met stervenden. In de stilte kan je de 'atmosfeer' die de cliënt omgeeft beter waarnemen. De stiltes geven ruimte tot intimiteit (Sutton, 2005).

Aan de andere kant kan stilte ook ervaren worden als iets negatiefs, zoals Sutton beschrijft. In stiltes kunnen spanningen naar boven komen die te maken hebben met iets wat altijd teruggetrokken is geweest, iets wat angstigs is, of iets wat bedreigend is. Tevens kunnen stiltes verwachtingen of dramatische gevoelens teweegbrengen, aldus Sutton. Dit komt doordat stiltes de stroming van de muziek kunnen onderbreken en daardoor hun eigen spanningen creëren. Een voorbeeld dat Sutton beschrijft: stiltes kunnen geassocieerd worden met eenzaamheid, leegte of zelfs dood. Daar staat tegenover dat muziek een gevoel van samenhang, opvulling of leven geeft.

Het blijkt dus dat stiltes heel persoonlijk opgevat kunnen worden. Sutton beschrijft verder nog dat de therapeut niet alleen moet luisteren naar de stiltes tussen cliënt en therapeut of in het spel van de cliënt zelf maar ook wat zich afspeelt bij de therapeut zelf en in zijn reactie naar de cliënt toe.

Om het samen te vatten: In stiltes in muziek kunnen nieuwe ervaringen worden opgedaan. Ook kunnen in stiltes veranderingen plaatsvinden. Veranderingen in een persoon zelf maar ook veranderingen in het contact naar anderen toe, zoals naar de therapeut of naar familieleden. Die ervaringen en veranderingen kunnen zowel positief als negatief zijn. Of anders gezegd: ervaringen en veranderingen waar iets mee gedaan kan worden. Bijvoorbeeld een verwerkingsproces op gang zetten. Belangrijk is dat de cliënt zelf kan duidelijk maken wat deze stiltes met hem doen. In zijn verbaal of non-verbaal handelen moet duidelijk zijn of hij deze stiltes kan en wil toelaten. Dit betekent niet dat alleen in de beginfase van het stervensproces de therapeut stiltes bewust kan gebruiken. Zoals is gebleken uit verschillende werkvormen die gebruik maken van ademhaling, is ook daarin stilte een belangrijke factor (zie hoofdstuk 3.7.8: *'Gebruik van ademhaling'*). Deze werkvormen worden veelal gebruikt in latere fasen van het stervensproces.

4. Praktijkonderzoek

4.1 Keuze praktijkgericht onderzoek

Waarom ik gekozen heb voor dit type onderzoek wil in aan de hand van onderstaande tekst uitleggen. Ik heb gekozen voor de *fenomenologische* onderzoeksmethode.

Wat het begrip fenomenologie betekent heb ik in hoofdstuk 2.1 uitgelegd. In het boek 'Multiple perspectives' van Smeijsters (1997) staat een casus beschreven over een terminale vrouw waarin gebruik wordt gemaakt van een zevental onderzoeksstappen die ontwikkeld zijn door Forinash en Gonzalez (beschreven in o.a. Smeijsters (1997) en Wheeler (2005)). Deze stappen zijn gebaseerd op het werk van Ferrara. In de tekst wordt vooral duidelijk wat de ervaringen van de *therapeut* in het (muziektherapeutisch) werken met de stervende zijn. Zoals ik eerder heb aangegeven wil ik onderzoeken wat de ervaringen van de *cliënt* zijn. Waarom gebruik ik dan toch deze onderzoeksmethode?

Op de eerste plaats beschrijven de onderzoekers hun 'eigen gedachten, gevoelens en beelden met de bedoeling het bewustzijn van het sterven vast te houden' (Smeijsters, 2006a). En vervolgens: 'Door middel van intuïtie proberen zij zich ervan bewust te worden hoe de cliënt zijn stervensproces ervaart' (p. 50). In feite gaat het dus toch om de beleving van de cliënt alleen wordt er uitgegaan van de eigen beleving hoe de ander iets ervaart. Het is een wisselwerking tussen therapeut en cliënt. Hoe de therapeut reageert, is afhankelijk van de reacties van de cliënt. Het is dus ook een heel persoonlijk proces. Iedere therapeut zal op zijn eigen manier reageren en handelen. Om erachter te komen wat de cliënt beleeft en ervaart kan volgens Smeijsters door middel van 'reflectie, meditatie, intuïtie of verbeelding, al dan niet in dialoog met de ander of door documentstudie' (p. 50).

Om dit alles te verduidelijken beschrijf ik nu de 7 stappen van Forinash en Gonzalez:

1. Beschrijving van de achtergrondinformatie van de cliënt

Dit is een beschrijving van het psychosociale verleden. Welke problemen, ziektebeeld of stoornis heeft de cliënt?

2. Beschrijving van de sessie

Hoe is de sessie verlopen? Is er gebruik gemaakt van liedjes of geïmproviseerd materiaal? Welke handelingen doet de therapeut en hoe reageert de cliënt daarop?

3. Beschrijving van de muzikale structuur. Hoe is deze geordend?

Een analyse van het muzikale materiaal van zowel bestaande liedjes als geïmproviseerd materiaal. Welke instrumenten zijn er gebruikt? Hoe ziet de opbouw van een bepaald muziekstuk eruit? Welke akkoordopvolgingen zijn er gebruikt?

4. Beschrijving van de geluiden met toevoegingen van emotionele en fysieke toestanden van de cliënt

Beschrijf de kwaliteit van de geluiden. Deze kunnen ook niet muzikaal zijn (bijv. ademhaling)

5. Beschrijving van de betekenis van de sessie

Waar verwijst de muziek naar? Welke beelden of associaties komen er op?

6. Een poging tot het beschrijven van de 'leefwereld' van de cliënt.

Hoe ziet het perspectief van de cliënt op de wereld eruit? Wat beleeft de cliënt? Hoe ervaart de cliënt de wereld om hem heen?

7. Een evaluerende, kritische beschrijving van de verkregen informatie uit de voorgaande stappen.

Kijk terug op de eerder verkregen informatie en gegevens van de observaties.

Bovenstaande onderzoeksmethode maakt deel uit van de *reflectieve* fenomenologie. Hier wordt zoals gezegd gebruik gemaakt van de eigen ervaringen van de onderzoekers en ook de beschrijvingen vloeien voort uit die eigen ervaringen (Forinash en Grocke, 2005). Een belangrijk punt van deze

onderzoeksmethode is dat het de onderzoekers de mogelijkheid geeft om zich te concentreren op de overgang van leven naar dood, een existentiële kwestie die complex is, aldus diezelfde Forinash en Grocke. Tevens geeft het de mogelijkheid om zich meer bewust te zijn van de manier waarop muziek ingezet wordt en kan worden in zo'n specifieke sessie.

Uit een fenomenologisch onderzoek van Hogan (1999b) kwamen de onderstaande thema's aan bod als gevolg van de aangeboden muziektherapie: een bewustzijnsverandering in het welbevinden, een emotionele ervaring, herinneringen, spirituele ervaringen, voorbereiding op de begrafenis of crematie, positieve overdracht naar de muziektherapeut toe, de impact van anderen, zoals familieleden en andere cliënten, op ervaringen in de muziektherapiesessies, bewust waarnemen van de kwaliteiten van muziek, het blijvende effect van de ervaringen in de muziektherapiesessies. Het moge duidelijk zijn dat dit de ervaringen van de cliënten zijn. Uit deze thema's blijkt dat muziektherapie veel verschillende gebieden aanspreekt en ook het positieve effect ervan.

Om wat dieper in te gaan op de waarde van fenomenologisch onderzoek in het kader van deze scriptie: het blijkt dat mensen die in een stervensproces zitten moeite hebben om gevoelens en gedachten omtrent het sterven te verbaliseren. McLeod (2005) zegt dat de fenomenologie juist taal gebruikt om zaken te beschrijven die dieper en verder liggen dan het verbale. Wat ervaren kan worden kan ook blootgelegd worden, in feite. In de fenomenologie gaat het om het beschrijven, en later het begrijpen, van de persoonlijke ervaringen die iemand opdoet. Hieruit blijkt dat ieder persoon een eigen, unieke ervaring kan hebben. Wanneer we dit in het kader van de muziektherapie plaatsen dan moet ik concluderen dat een muziektherapeut bijzonder flexibel moet zijn wil hij toekomen aan deze ervaringen. Vooral wanneer het ervaringen betreft die existentieel zijn, dus over de fundamentele kwesties van het leven gaan. De therapeut, of beter gezegd onderzoeker, beschrijft deze ervaringen niet vanuit bestaande theorieën maar hij bepaalt wat tot de essentie van een beleving hoort om toch algemeen geldende uitspraken te doen (Smeijsters, 2006a).

4.2 Kwalitatief praktijkonderzoek

4.2.1 Onderzoekstype

Het onderzoekstype wat ik ga toepassen is een *inventariserend* onderzoek. Ik wil gaan onderzoeken hoe muziektherapie bij stervensbegeleiding op het moment gedaan wordt. Met als doelstelling dat het werken met deze mensen geoptimaliseerd kan worden. Belangrijk is het gegeven dat de beleving van de stervenden voorop staat. Hoe gaan muziektherapeuten om met stervenden? Met welke doelen werken ze? Hoe gaan ze methodisch te werk? Op deze en andere vragen wil ik een antwoord vinden. De onderzoeksmethode die ik ga toepassen is *kwalitatief* van aard. Ik maak zoals eerder aangegeven gebruik van *fenomenologie*. Dit is een 'onderzoeksmethode waarbij gebeurtenissen beschreven worden vanuit de eigen beleving van mensen. Tevens worden de essentiële kwaliteiten van deze gebeurtenissen beschreven.' Ik zal de interviews zodanig moeten opstellen dat ik informatie kan verkrijgen hoe de muziektherapeuten met de beleving omgaan van stervenden. Hoe interpreteren zij het gedrag van de cliënten, én wat doen zij daarmee? En ook: hoe ziet een muziektherapiesessie er uit en welke doelen worden er gesteld? In feite heb ik dus een open dataverzameling (zie ook 'Dataverzamelingstechnieken' in de volgende paragraaf). De informatie die ik verkrijg zal ik verwerken in een verbale beschrijving. Het wordt geen statistische verwerking omdat ik maar een beperkt aantal respondenten zal hebben. Deze respondenten zal ik steekproefsgewijs verwerven. Ik wil me niet alleen beperken tot muziektherapeuten die in Nederland werken maar ook over de grens gaan zoeken in landen als Duitsland en België. Tevens wil ik via e-mail Engelstalige muziektherapeuten contacteren die werken in Groot-Brittannië, Verenigde Staten en Canada en misschien Australië. Dit wil ik doen omdat ik een aantal interessante, bruikbare artikelen gevonden heb van muziektherapeuten die in die landen werkzaam zijn. Ook blijkt dat muziektherapie geïntegreerd is in de psychosociale zorg in landen als Canada, Duitsland, Verenigde Staten en Groot-Brittannië volgens Van der Hoeven en Couette (2000). Ik zou van die kennis kunnen profiteren. En ik heb het idee gekregen na het lezen van verscheidene artikelen dat er verschillen zijn in het muziektherapeutisch werken tussen muziektherapeuten van verschillende landen. Ik vind dit belangrijk om te beschrijven omdat ik dan een duidelijker beeld kan beschrijven van het muziektherapeutische aanbod in het werken met stervenden.

4.2.2 Dataverzameling en data-analyse

Ik maak gebruik van *triangulatie*, wat wil zeggen dat ik gebruik maak van meerdere typen van dataverzameling, zowel literatuur en interviews als vragenlijsten, zoals bij dataverzamelingstechnieken beschreven is. Hierdoor heb ik de mogelijkheid om theorie en praktijk met elkaar te vergelijken, samen te voegen en op elkaar aan te vullen. Tevens lijkt het me mogelijk om andere disciplines te interviewen die indirect met muziektherapie te maken hebben. Dit kan een waardevolle aanvulling zijn in het beschrijven van het muziektherapeutisch werken met stervenden. Bijvoorbeeld Boy Kollée is werkzaam als ervarings- en lichaamsgericht therapeut (zie 4.3.1.). Tevens werkt hij als vrijwilliger met stervenden. Omdat ik met mijn onderzoek onder andere gericht ben op de ervaring van stervenden kan de informatie van Dhr. Kollée een waardevolle aanvulling zijn. Om ervoor te zorgen dat ik geen oneindige verzameling van informatie krijg maak ik gebruik van *repeated analysis*. Dit betekent dat ik regelmatig de meest recente opgedane kennis vergelijk met eerdere kennis. Dus in feite dat ik de informatie verkregen uit de interviews vergelijk met de literatuur die ik gelezen heb. Hierdoor kan ik mijn (resultaat)gegevens eventueel aanpassen.

De volgende **dataverzamelingstechnieken** ben ik van plan te gaan gebruiken:

- § Literatuurstudie (boeken, tijdschriftartikelen, scripties, websites, etc.). Hier kijk ik of er een verschil is tussen een theoretische of praktische beschrijvingen. Theoretische beschrijvingen kan ik gebruiken om een (theoretische) basis te hebben vanwaar ik de praktische beschrijvingen, en de interviews en vragenlijsten, kan vergelijken in hoeverre deze overeenkomen of verschillen.
- § Halfgestructureerd open interviews. Deze interviews wil ik doen om te onderzoeken hoe er in de praktijk gewerkt wordt. Zo kan ik peilen of de praktische ervaringen overeenkomen met wat er in de literatuur beschreven wordt. En ook of de verkregen informatie uit de interviews een eventuele aanvulling op de theorie kan zijn. De antwoorden op de vragen in de interviews zal ik verwerken in mijn uiteindelijke scriptie. Ik wil gebruik maken van deze vorm van interviews omdat deze manier mij de informatie zal verschaffen die ik wens te verkrijgen. Ik schrijf trefwoorden op zodat ik enigszins de richting van het interview kan bepalen maar ik laat het gesprek open om te kunnen doorvragen en diepgang te krijgen. Ik vind dat beide, het gebruik van trefwoorden en de mogelijkheid om te kunnen doorvragen, belangrijk zijn omdat het veelal eigen ervaringen van de muziektherapeuten betreffen. Deze zullen per persoon verschillen en daar wil ik zo veel mogelijk nuttige informatie uit halen.
- § Vragenlijsten. Omdat ik ook muziektherapeuten wil benaderen van landen waar ik in het kader van de scriptie niet naar toe kan gaan, zoals Verenigde Staten en Canada wil ik een vragenlijst opstellen die muziektherapeuten kunnen invullen en opsturen naar mij via e-mail. Ik vind het belangrijk om niet alleen Europese muziektherapeuten te benaderen, Nederlandse, Duitse en Belgische, maar ook anderen omdat zij waarschijnlijk een andere manier van werken hebben. Ook blijkt dat muziektherapie grotendeels geïntegreerd is in de gezondheidszorg, en met name in de palliatieve zorg, in landen als de Verenigde Staten. De mogelijkheden van deze therapeuten zijn daarom misschien uitgebreider dan bij ons. Ook kunnen ze verder in de ontwikkeling zijn, wat betreft het aanbieden van muziektherapie bij stervenden. Tot slot zal ik de vragenlijsten ook gebruiken om op te sturen naar Duitse en Belgische muziektherapeuten wanneer blijkt dat er teveel tijd verloren gaat wanneer ik hen persoonlijk zou gaan bezoeken. De vragenlijst zal alleen uit open vragen bestaan. Ik wil zoveel mogelijk de persoonlijke mening van de respondenten zelf. Ik zal mijn vragenlijst aanpassen wanneer blijkt dat ik niet de gewenste informatie verkrijg. Dat kan betekenen een vraag anders stellen, een vraag weglaten of nieuwe vragen erbij zetten. Er zal een bepaalde opbouw in de vragenlijsten zitten. Allereerst wil ik beginnen met wat algemene vragen zoals hoe lang iemand al met stervensbegeleiding werkt om vervolgens het muziektherapeutisch werken uit te diepen.

De volgende **data-analysetechnieken** zal ik gebruiken na het afnemen en het op schrift stellen (verwerken) van de interviews en vragenlijsten:

- § Het *coderen* van passages die over hetzelfde onderwerp handelen heb ik voorzien van eenzelfde begrip.
- § Het *selecteren* van belangrijke tekstdelen en het schrappen van onbelangrijke passages

- § Binnen belangrijke passages overbodige woorden weglaten, het zogenaamde *parafraseren*.
- § Het *synthetiseren*: het integreren van passages die bij elkaar horen zodat er een hoger abstractieniveau ontstaat.
- § Het *analyseren* van bepaalde relaties tussen verschillende soorten verschijnselen (bijv. oorzaak – gevolg).

Aan de volgende **kwaliteitscriteria** voldoen mijn dataverzamelingstechnieken:

- § Credibility; ik vind het belangrijk om de afgenomen interviews terug te koppelen aan de respondenten. Heb ik zaken niet verkeerd geïnterpreteerd of heb ik iets onvolledig gelaten? In het belang van de scriptie wil ik de gegevens van de respondenten zo nauwkeurig mogelijk hebben. Ik zal dit niet bij elke respondent doen, alleen wanneer ik het idee heb dat er informatie ontbreekt die van belang is voor de scriptie.
- § Dependability; om ervoor te zorgen dat er geen belangrijke informatie ontbreekt tijdens het afnemen van de interviews en het doornemen van de vragenlijsten zal ik voortdurend kijken of ik iets moet veranderen aan de opstelling van de interviews en de vraagstellingen van de lijsten. Ik zal aan mijn respondenten in eerste instantie duidelijk moeten maken wat ik met mijn onderzoek wil bereiken. Dan zal ik ook de informatie krijgen die ik wens te hebben voor mijn onderzoek.
- § Confirmability; ik heb mijn stagebegeleider van het derde jaar, Harry van den Berghe, gecontacteerd en hem gevraagd om feedback te geven op de scriptie. Hij heeft ook ervaring opgedaan in het werken met stervenden. Alhoewel ik de scriptie op dat moment nog niet helemaal af had zei hij 'zeer onder de indruk' te zijn. Dit is voor mij een bevestiging geweest dat ik op de goede weg ben op deze scriptie tot een goed einde te brengen.
- § Transferability; omdat deze scriptie in feite voor iedereen toegankelijk moet zijn is het belangrijk dat ik vakthermische begrippen duidelijk uitleg. Ik ga er wel van uit dat de lezers bekend zijn met muziektherapie en wat je er mee kan bereiken. Een andere reden is dat deze scriptie een duidelijker beeld kan geven hoe muziektherapie aangeboden kan worden in hospices, verzorgingshuizen, rusthuizen, etc. Daarom is het ook van belang dat personen, anders dan muziektherapeuten, deze scriptie kunnen lezen.
- § Authenticity; omdat de persoonlijke mening van de respondenten belangrijk is voor deze scriptie wil ik voldoende ruimte voor eigen meningen in de vragenlijsten en interviews. Bij de interviews kan ik eventueel doorvragen maar bij een vragenlijst is dat niet mogelijk omdat ik er niet bij kan zijn wanneer de vragenlijst wordt ingevuld. Daarom vind ik het belangrijk om vooral bij de vragenlijst ruimte geven waar de respondent zijn of haar eigen visie kan geven. Door het gebruik van open vragen zal dit geen probleem zijn.

Aan de volgende selectie van **technieken** voldoen de door mij beschreven kwaliteitscriteria:

- § Thick description; ik wil het onderwerp muziektherapie en stervensbegeleiding zo breed mogelijk beschrijven. Omdat in het kader van deze scriptie beperkte tijd beschikbaar is heb ik toch een aantal afbakeningen moeten maken (zie hoofdstuk 2.1). De onderwerpen die ik toch behandel wil ik zo uitgebreid mogelijk beschrijven. Dit kan ik doen door bij interviews door te vragen en bij de vragenlijsten de vragen zo op te stellen dat ik de respondent uitnodig om zo uitgebreid mogelijk te antwoorden.
- § Member checking; de uitgewerkte analyses van de interviews wil ik voorleggen aan de respondenten om ervoor te zorgen dat ik geen onduidelijkheden of onwaarheden in mijn scriptie ga verwerken. Zie ook hierboven bij 'credibility'.
- § Analytical memos; Dit zijn in feite de aanpassingen, wijzigingen, overwegingen en vragen die ik voor mezelf heb bijgehouden om een zo optimaal mogelijk verloop van de interviews te krijgen. En ook om de vragenlijsten zo optimaal mogelijk te houden. Met optimaal bedoel ik dat ik de juiste vragen (op)stel om de informatie te verkrijgen die ik nodig heb voor mijn onderzoek.

4.3 Uitwerking praktijkonderzoek

4.3.1 Inleiding

Allereerst zal ik in paragraaf 4.3.2 de respondenten noemen waarvan ik de informatie zal gebruiken in het verwerken van mijn scriptie. Tevens heb ik beschreven waar de respondenten werkzaam zijn (in welk land), waarin ze werkzaam zijn (muziektherapie of andere discipline) en of ze een vanuit een bepaald model of visie werken.

Bij 4.3.3 staat de informatie die ik verkregen heb van de respondenten middels de afgenomen interviews en de opgestelde en verwerkte vragenlijsten. Ik heb deze informatie verwerkt in verschillende onderwerpen om een geordend geheel te krijgen. Deze onderwerpen komen in grote lijnen overeen met het literatuuronderzoek om een zorgvuldige vergelijking te kunnen maken. De onderwerpen die behandeld zullen worden zijn: 'Theorieën en uitgangspunten', 'Voorwaarden, indicaties en doelstellingen', 'Werkvormen', 'Instrumenten en live muziek', 'Het vormgeven van muziektherapie sessies', 'Gedragingen van de cliënt', 'Het toelaten van familieleden', 'Meerwaarde van muziektherapie bij stervensbegeleiding', 'Wat vinden de respondenten zelf het belangrijkste in het werken met stervenden' en 'Ontwikkeling(en) van muziektherapie bij stervensbegeleiding in maatschappelijke context'.

4.3.2 Respondenten

Ik heb totaal van 7 respondenten gegevens uit interviews of vragenlijsten ontvangen. Hiervan zijn er 6 werkzaam als muziektherapeut en 1 werkt als lichaams- en ervaringsgericht therapeut. De reden waarom ik deze laatste toch gebruik in mijn onderzoek is omdat muziek een belangrijk onderdeel in zijn werken is. Tevens heeft hij een cursus muziek bij stervenden gedaan in Schotland. Van de 7 respondenten heb ik er 4 zelf geïnterviewd en bij 3 heb ik een vragenlijst via de e-mail opgestuurd en ingevuld teruggekregen. 6 respondenten hebben de Nederlandse nationaliteit en 1 respondent komt uit België en de andere komt uit de Verenigde Staten. Van de 7 respondenten hebben er 4 een antroposofische opleiding gedaan waarvan er 1 deze werkwijze niet meer gebruikt (bij namen hieronder: antroposofie staat tussen haakjes achter haar naam). 1 respondent werkt vooral vanuit een psychoanalytisch kader. Hieronder staan de personen die ik geïnterviewd heb of waarvan ik een ingevulde vragenlijst heb ontvangen die ik bruikbaar vind voor mijn onderzoek:

- § Els van de Pol, muziektherapeute, Nederland, antroposofie
- § Lous Fricke, muziektherapeute, Nederland, antroposofie
- § **Petra Rosenberg**, muziektherapeute, Nederland, antroposofie
- § **Dorothe van der Hoeven**, muziektherapeute, Nederland, (antroposofie)
- § Remy Els, muziektherapeute, België, psychoanalytisch
- § **Deforia Lane**, muziektherapeute, Verenigde Staten
- § **Boy Kollée**, lichaams- en ervaringsgericht therapeut, Nederland

Voor de verwerking van de gegevens zal ik vooral gebruik maken van de onderzoeksgegevens van de personen die ik hierboven dikgedrukt heb. De redenen waarom ik voor deze mensen kies zijn als volgt: Op de eerste plaats hebben deze mensen minimaal 10 jaar ervaring in het werken met stervenden. Omdat het werken met stervenden zo'n kwetsbare doelgroep is, is het hebben van ervaring belangrijk. Verder werken deze vier mensen allen vanuit een ander achtergrond. Hierdoor wil ik een uitgebreider beeld kunnen beschrijven dan alleen van mensen die vanuit een specifieke achtergrond of kader werken. Ten slotte denk ik dat het werk en de ervaringen van Boy Kollée een waardevolle aanvulling kunnen zijn op het muziektherapeutisch werken met stervenden. Zijn lichaams- en ervaringsgericht werken kan een meerwaarde zijn voor het onderzoeken van de fenomenologische aspecten. Hierbij moet wel vermeld worden dat hij zelf niet werkzaam is als therapeut in zijn werk in het hospice maar als vrijwilliger maar dat zijn ervaringen toch gebruikt kunnen worden. Ook de ervaringen van Deforia Lane kunnen van belang zijn. Zij komt uit de Verenigde Staten en daar werken ze langer dan in Nederland met muziektherapie bij stervenden. Door haar behoorlijke ervaring (22 jaar) in het werken met stervenden kan zij andere en meer informatie geven. De gegevens uit de andere interviews en vragenlijsten zal ik gebruiken om zaken aan te vullen. In de bijlagen 5 t/m 8 zijn uitgewerkte vragenlijsten te vinden van de vier voornaamste respondenten.

4.3.3 Verwerking interviews en vragenlijsten

4.3.3.1 Theorieën en uitgangspunten

Het toepassen van specifieke theorieën of uitgangspunten in het werken met stervenden wordt maar door een enkeling gebruikt. Petra Rosenberg, Lous Fricke en Els van de Pol *) hebben een opleiding in de *antroposofie* gedaan en gebruiken deze achtergrond ook in hun muziektherapeutisch werken met stervenden. Dorothé van der Hoeven *) heeft wel een antroposofische opleiding gedaan maar gebruikt deze niet meer in haar werk omdat het oefenkarakter van de antroposofie haar niet meer bevalt. Zij vindt het belangrijker om te kijken hoe de muzikale *fenomenen* werken in het werken met stervenden. Bijvoorbeeld wat de werking is van tempoversnellingen of vertragingen. Of wat is het verschil tussen majeur en mineur op de uitwerking van de cliënt. Ook is zij benieuwd naar de uitwerking van muzikale fenomenen en relatie tot persoonlijke fenomenen. Dus eigenlijk: wat doet de muziek met iemand persoonlijk. Het hele persoonlijke van iemand spreekt haar aan. Zo ook bij Deforia Lane *). Zij stelt dat iedere cliënt verschillend reageert op bepaalde benaderingen. Daarom past zij persoonlijke interventies toe als onderdeel van een *humanistische* benadering in de zin dat zij de stervende benadert als mens. De persoon zelf staat dus centraal. Boy Kollée *) zegt dat het werkelijk betrokken en aanwezig zijn de meeste ondersteuning biedt bij de stervende. In het hospice waar hij als vrijwilliger werkzaam is wordt gebruik gemaakt van een *palliatieve* behandelwijze.

(*) In het vervolg zal ik alleen de achternaam noteren van de respondenten).

4.3.3.2 Voorwaarden, indicaties en doelstellingen

Hier komt weer het persoonlijk benaderen van de cliënt naar voren. Wat is de hulpvraag van de cliënt en hoe kan muziektherapie daaraan iets toevoegen, aldus Van der Hoeven. Hoe kan je het stervensproces zo goed mogelijk laten verlopen (Fricke). Lane geeft een opsomming van *voorwaarden* die een muziektherapeut zich kan stellen om toe te komen aan de wensen van de stervenden:

- § Voel ik me op mijn gemak bij de stervende, muzikaal en cultureel gezien?
- § Voelt de stervende zich op zijn gemak met mij en is hij gesteld op mijn aanwezigheid?
- § Reageert de cliënt of de familie positief om de aangeboden muziektherapie?
- § Is het verzorgend personeel instemmend met mijn muziektherapiesessie? (bijv. komt het gelegen dat ik op dit moment muziektherapie kom geven)
- § Ben ik muzikaal competent genoeg en ben ik in een stabiele psychologische staat?
- § Zijn vorige muziektherapiesessies bevorderlijk geweest voor het welbevinden van de cliënt of familie?

De indicaties worden gesteld *vanuit* de stervende zelf; *Wil* de stervende muziektherapie krijgen en *kan* muziektherapie daarin iets te bieden hebben. De respondenten geven zelf geen duidelijk indicatiestellingen in het werken met stervenden. Net zoals bij het stellen van doelstellingen (zie hieronder) is het moeilijk om van te voren indicaties vast te leggen.

Volgens Van der Hoeven kan je bij deze doelgroep geen doelstellingen van te voren vastleggen omdat dat niet werkt bij stervenden. Het gaat erom een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te creëren (Kollée) en dus het welbevinden van stervenden te optimaliseren (Rosenberg). Dan kan er toegekomen worden aan persoonlijke doelstellingen die je als muziektherapeut wilt bereiken, zoals Lane benoemt:

- § Onrust verminderen
- § Afnemen van de pijnsensatie
- § De manier van ademen beïnvloeden
- § Het geven van afleiding
- § Het maken van een nalatenschap door een gesprek, laatste gedachten, liedjes over of voor familie of vrienden op band vast te leggen
- § Het geven van een aangename prikkel
- § Het verwerken van emoties (Fricke)
- § Herinneringen van de cliënt exploreren en daarbij ook de cliënt ondersteunen bij zaken die niet meer of moeilijk verwerkt kunnen worden (Fricke)

4.3.3.3 Werkvormen

Improvisatie wordt het meest als werkvorm gebruikt. Veel therapeuten benadrukken dat het belangrijkste is om aan te sluiten bij wat de stervende nodig heeft. Dus ook het luisteren naar Cd's met de favoriete muziek van de cliënt of het zelf spelen van de favoriete muziek van de cliënt behoort tot de opties, aldus Bollée. Lane gebruikt verschillende werkvormen (ook niet muzikale werkvormen en andere media, zoals beeldend en dans en beweging, die ik buiten beschouwing laat):

- § Improvisatie
- § Life review
- § Song choice
- § Song writing
- § Guided Imagery and Music (GIM)
- § Muzikale spelletjes (muzikaal bingo, 'name that tune', zoek het ontbrekende woord)
- § Muziek en ontspanning
- § Het bespelen van een instrument

Op terug te komen op het improviseren. Vrije improvisatie wordt veelal toegepast. Van der Hoeven beschrijft het specifieker: zij gebruikt de Nordoff-Robbins¹⁰ manier van improviseren. Zij begint vanuit een muzikaal basisthema waarop 'eindeloos' geïmproviseerd kan worden. Dit zijn thema's die niet ingewikkeld zijn, zowel melodisch als ritmisch, en ontstaan vanuit een improvisatie. Deze thema's worden herhaald zodat de cliënt herkenning in de muziek kan vinden. Vanuit de antroposofie gebruiken ze specifieke technieken in de improvisaties zoals het gebruik van bepaalde intervallen (zoals een kwint), dalende melodieën en afnemende ritmes. Van deze technieken zouden de cliënten rustiger moeten worden. Het improviseren op een instrument kan ook dienen als basis voor een begeleiding waarop met de stem geïmproviseerd kan worden, zoals Rosenberg zegt. Fricke gebruikt ook instrumenten om cliënten de trillingen te laten ervaren van dergelijke instrumenten. Zij laat de cliënt contact maken met het instrument door bijvoorbeeld het instrument op het lichaam van de cliënt te leggen.

Een ander aspect wat enkele therapeuten, zoals Van der Hoeven en Fricke, belangrijk vinden is het gebruik van de ademhaling. Het beïnvloeden van de ademhaling van stervenden kan gebruikt worden om ze rustiger te maken. Van der Hoeven beschrijft een specifieke methode die ze toepast: allereerst sluit je aan bij het tempo van de cliënt; vervolgens verlaag je het tempo iets; dan verhoog je het tempo weer om ten slotte op het tempo te komen dat je wilt bereiken.

En tot slot benoemt Van de Pol het spelen en zingen van Gregoriaanse muziekstukken in de laatste weken van iemands leven om hem te ondersteunen. Voor haar zijn deze muziekstukken rustgevend en door de eenvoudige melodieën werkt de muziek 'loslatend'.

4.3.3.4 Instrumenten en live muziek

Volgens Van der Hoeven zijn snaarinstrumenten het meest geschikt in het werken met stervenden. Net zoals muziektherapeuten die vanuit de antroposofie werken gebruikt zij vaak de *lier*. Dit instrument kan makkelijk ingezet worden en kan ook als begeleidingsinstrument dienen voor het gebruik van de stem. In de muziekbundel van Soer (2000) staan instrumentale muziekstukken en liederen met begeleiding voor de lier. De *gitaar* wordt ook gebruikt in combinatie met de stem (Els). Els vindt zelf de *stem* het belangrijkste instrument in de stervensbegeleiding. De stem kan natuurlijk gebruikt worden bij andere instrumenten zoals bijvoorbeeld de *bourdon*. Dit is een instrument dat bestaat uit een set van snaren of schalmeyen die in kwint of octaaf gestemd zijn. Andere snaarinstrumenten die Van der Hoeven gebruikt zijn *harp* en *monochord* (haar instrument heeft besnaring aan 2 zijden en aan een kant is het een soort tanpura). Verder worden er ook blaasinstrumenten gebruikt. Van de Pol heeft wel eens een *dwarsfluit* gebruikt en Fricke gebruikt regelmatig een *koperfluit*. Van de Pol geeft aan dat wanneer de cliënt aangeeft een bepaald instrument te willen horen de muziektherapeut hierop kan interveniëren door dit instrument te bespelen, wanneer de therapeut de vaardigheden en mogelijkheden hiervoor bezit.

¹⁰ De Nordoff-Robbins benadering van muziektherapie gaat ervan uit dat iedereen, maakt niet uit hoe ziek, beperkt of getraumatiseerd iemand is, op muziek kan reageren (Nordhoff-Robbins Music Therapy, 2005).

Hieronder heb ik de instrumenten in een lijst gezet die de respondenten gebruiken in hun muziektherapiesessies:

- § Lier
- § Harp
- § Gitaar
- § Bourdon
- § Stem, meestal in combinatie met lier, gitaar of bourdon
- § Monochord
- § Koperfluit
- § Dwarsfluit

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat *live muziek* voornamelijk wordt toegepast. Lane zegt dat het volgens de literatuur effectiever blijkt te zijn dan opgenomen muziek (bijvoorbeeld muziek op Cd's) en dat ze klinisch gezien erachter is gekomen dat dat werkelijk ook zo is. Hoe dat komt legt Lane niet uit. Ik verwijs naar hoofdstuk 3.5 waar de specifieke eigenschappen van muziek worden beschreven. Een voordeel van live muziek is dat de therapeut interventies kan plegen in tegenstelling tot wanneer een cliënt muziek van een Cd beluistert. Tevens vind ik zelf dat live muziek sterker ervaren kan worden dan muziek afgespeeld van Cd's. Opgenomen muziek kan gebruikt worden wanneer de therapeut niet aanwezig is of kan zijn, vinden Van der Hoeven en Lane. Van der Hoeven stelt ook muziek-Cd's samen. Welke muziek daarop staat is volgens haar afhankelijk van de behoefte van de cliënt. Als de cliënt behoefte heeft aan ontspanning dan stel je als muziektherapeut een Cd samen met muziek waar de cliënt van kan ontspannen. In de loop van tijd kan het veranderen waar de cliënt behoefte aan heeft. Daar moet je als muziektherapeut op inspelen. Wanneer een bepaald lied of muziekstuk op de Cd's niet meer aanslaat dan kan dit te belastend zijn voor de cliënt, aldus Van der Hoeven.

4.3.3.5 Het vormgeven van muziektherapiesessies

Lane beschrijft een aantal stappen waarmee wordt ingegaan op de persoonlijke behoeften van de cliënt wanneer zij voor de eerste keer bij een cliënt komt. De cliënt is dan meestal in de beginfase van het stervensproces en eventueel kunnen familieleden erbij betrokken worden om te achterhalen wat de muzikale voorkeuren van de cliënt zijn of andere zaken wanneer iemand dat zelf niet meer duidelijk kan maken.

Na het achterhalen van de medische toestand van de cliënt, benadert Lane de cliënt met de volgende vragen:

- § Houdt u van muziek? Van welke stijl(en)?
- § Hoe gaat u om met uw verblijf hier?
- § Hoe bent u omgegaan met ervaringen uit uw verleden die een grote impact op u hebben gehad?
- § Waar denkt u op dit moment de meeste behoefte aan te hebben?

Vervolgens vertelt ze wat zij als muziektherapeut te bieden heeft en hoe het andere cliënten geholpen heeft. Dan probeert zij de cliënten zelf muziek te laten maken of naar muziek te laten luisteren zodat ze direct het effect kunnen ervaren. Als cliënten graag de controle willen hebben vraagt Lane welk instrument ze graag willen horen of bespelen en of het een snel of langzaam ritme moet zijn, of er tekst of woorden gebruikt moet worden, etc. Dit doet zij ook in latere therapiesessies. Als de cliënt liever heeft dat de therapeut op een ander tijdstip terugkomt dan doet zij dat. Soms kan het zijn dat er helemaal geen muziek klinkt bij therapiesessies, soms wordt er alleen geluisterd naar de cliënt om een goede verstandhouding met de cliënt op te bouwen.

Omdat het werken met stervenden zo'n kwetsbare doelgroep is valt op dat de meeste muziektherapeuten individueel in een therapiesessie werken. Daarnaast stelt Van der Hoeven dat het contact met anderen, zoals verpleegkundigen, geestelijk verzorger en familie, essentieel is. Het afstemmen op elkaar is belangrijk; de wisselwerking tussen elkaar. Dit is belangrijk om beter toe te kunnen komen aan de wensen van de stervende. Zo heeft Els wel eens een pastor of ergotherapeut bij haar sessies gehad. Lane heeft andere personen tot haar beschikking die ze nu en dan inzet bij haar muziektherapiesessies. Dit zijn: 2 andere muziektherapeuten, vrijwilligers, familieleden, muzikanten van het conservatorium en orkestleden. Aangezien Lane ook niet-muzikale werkvormen gebruikt, zoals

massage, heeft ze meestal toch de mogelijkheid dat live muziek ingezet kan worden bij haar sessies. Wanneer deze personen niet beschikbaar zijn gebruikt ze achtergrondmuziek. Volgens Van der Hoeven willen patiënten soms momenten voor zichzelf hebben, dus dat ze het liefst alleen met de muziektherapeut willen zijn.

4.3.3.6 Gedragingen van de cliënt

Volgens Bollée kan de stervende nog tot heel laat aangeven wat hij nodig heeft. Is het niet verbaal dan via lichaamstaal. Hij stelt wel dat het essentieel is dat er een vertrouwensrelatie bestaat tussen stervende en therapeut (of zoals hij het stelt tussen stervende en vrijwilliger, omdat hij zelf werkzaam als vrijwilliger is). Wanneer de stervende verbaal niet meer kan reageren hoe wordt er dan gekeken naar de gedragingen van de cliënt?

Zoals Bollée zegt kan er gekeken worden naar de lichaamstaal. Van der Hoeven let bijvoorbeeld op de ademhaling en ogen van cliënt. En of hij iets met zijn handen doet. Bijvoorbeeld of hij zijn vingers beweegt of dat hij een vuist maakt. Ook Van de Pol zegt dat je heel goed moet observeren. Niet alleen op ademhaling maar ook op spiertrekjes en (gezichts)uitdrukking. Volgens haar kan je van de (gezichts)uitdrukking lezen of iemand rustiger of meer ontspannen wordt, of omgekeerd natuurlijk. Els zegt vooral te werken wanneer de cliënt al stervende is. Ook zij geeft aan haar interventies tijdens het improviseren te baseren op lichaamstaal, en vaak op de ademhaling, van de cliënt. In het stervensproces kan een interventie ook niet muzikaal zijn. Soms is het alleen aanwezig zijn al genoeg, zoals Rosenberg en Kollée beschrijven. Een aanraking kan een stervende al steun geven die hij nodig heeft.

4.3.3.7 Het toelaten van familieleden

Iedere ondervraagde respondent onderschrijft het belang van de aanwezigheid van familieleden bij muziektherapiesessies. Over het algemeen reageren familieleden enthousiast (Van der Hoeven) en heel positief (Bollée). In feite mag iedereen de muziektherapiesessies bijwonen, aldus Rosenberg. Dus niet alleen familieleden maar ook andere dierbaren. Volgens Van der Hoeven kunnen contactmomenten duidelijker naar voren komen wanneer familieleden aanwezig zijn. Els gaat een stapje verder en zegt dat muziektherapiesessies vaak op familieleden gericht zijn, ook al realiseren zij dat niet. Bij de aanwezige familieleden komen er vaak intense emoties en gevoelens naar boven en het kan moeilijk zijn om dat toe te laten. Els probeert daarom een goed evenwicht te vinden tussen ruimte creëren voor emoties enerzijds en rust brengen anderzijds. Dit doet zij zodat de familieleden niet de ruimte moeten verlaten omdat het te moeilijk voor hen wordt. Volgens Lane vinden de familieleden de muziektherapiesessies behulpzaam en zijn ze er dankbaar voor. Ook Els zegt dat het bijwonen van muziektherapiesessies een enorme steun kan zijn voor hen. Een voordeel, volgens Lane, van het aanwezig zijn van familieleden is dat zij dingen kunnen vertellen over de stervende en wat hun muzikale voorkeuren zijn, zowel van zichzelf als van de stervende. Ze raken makkelijk betrokken en ze kunnen de steun zelf ook gebruiken, aldus Lane. Zoals ook Fricke zegt dat wanneer familieleden aanwezig zijn emoties makkelijker losgelaten kunnen worden. Het 'samen loslaten' kan ook een meerwaarde zijn, volgens Van de Pol, en doordat familieleden aanwezig zijn wordt er meer liefdevol gehandeld. Els zegt dat de muziektherapiesessies vaak het begin zijn geweest van het verwerkingsproces voor de familie. Het komt dan ook niet zelden voor dat familieleden de muziektherapeut vragen om muziek te komen spelen op de begrafenis. Volgens Els wordt de band die ontstaan is tussen familieleden en muziektherapeut dan pas echt voelbaar.

Aan de andere kant kan het, zoals Fricke zegt, ook storend zijn wanneer familieleden aanwezig zijn bij muziektherapiesessies. Bijvoorbeeld wanneer ze teveel praten. Van de Pol vindt het moeilijk om te werken wanneer familieleden aanwezig zijn omdat zij beïnvloedt wordt door anderen. Dit veroorzaakt onrust wat weer storend kan zijn voor de therapie. Als enige zegt zij dat ze liever alleen met de stervende is. Desondanks ziet ze wel de meerwaarde die er kan zijn wanneer familieleden aanwezig zijn (zie hierboven). Ook kan het zijn dat het soms fijner is om alleen met de stervende te zijn, aldus Van der Hoeven.

4.3.3.8 Meerwaarde van muziektherapie bij stervensbegeleiding

Volgens Bollée werkt therapie in de zin van iets veranderen, met een bepaald doel averechts. Het gaat er volgens hem om dat het heilzaam kan zijn om aanwezig te zijn in vrijheid zonder enkele verwachting of doel. Rosenberg vindt dat er veel harmoniserende kracht van muziektherapie uitgaat en een intiem samenzijn zonder dat de cliënt hier moeite voor moet doen. Verder kan het helpen om te ontspannen bij angst en onrust en een 'duwtje' om los te laten, zoals Van de Pol het formuleert.

Ook Els vindt muziektherapie zeker een meerwaarde hebben. Zij zegt: "Op het moment dat iemand stervende is zou men vaak nog zoveel willen zeggen maar schieten woorden te kort. Woorden kunnen nooit helemaal weergeven wat we voelen of willen zeggen." Dat sluit aan bij wat Lane zegt: muziek(therapie) kan leegte en ruimte opvullen wat woorden niet kunnen. Om te vervolgen wat Els zegt: "Op dat moment *voelen* we vooral. Die momenten ervaren we en muziek sluit veel beter dan woorden aan bij dit niveau van beleven. Bovendien kan je als muziektherapeut nog werken, cliënten bijstaan op een moment dat de cliënt zelf niets meer kan doen. Dus zeker in de allerlaatste fase kan muziek het ideale medium zijn om mensen met elkaar te verbinden en afscheid te nemen. Bovendien doorbreekt het vaak de loodzware, enorm geladen stilte die er heerst wanneer iemand stervende is en waarin je bijna automatisch gefixeerd bent op de ademhaling van de stervende."

Van der Hoeven zegt dat blijkt uit onderzoek dat stervenden het ervaren van contact het belangrijkste (zo'n 34%) vinden in de muziektherapiesessies. Bestrijding van pijn en andere symptomen wordt maar door ongeveer 14% als voornaamste reden voor muziektherapie genoemd. Tevens zegt zij dat de meeste mensen het verwerken van gevoelens minder belangrijk vinden dan het aangaan van contact. Het begeleiden van stervenden is ook een manier om contact te maken, aldus Van der Hoeven.

4.3.3.9 Wat vinden de respondenten zelf het belangrijkste in het werken met stervenden?

Dorothe Van der Hoeven:

Het is belangrijk om je eigen ego te kennen, om ermee om te gaan en het los te laten. Op deze manier kom je patiënten open en eerlijk tegemoet. Je zelfopvoeding heeft veel te maken hoe je met deze zaken omgaat. Je moet je eigen principes los durven laten. Durf naar jezelf te kijken. Wordt gewaar van jezelf; hoe sta ik zelf in een bepaalde situatie. Op deze manier raak je beter georiënteerd in het werken met deze mensen.

Deforia Lane:

Mijn patiënten leren me hoe ik moet leven en sterven. Ze laten mij toe in hun leven wanneer ze het meest kwetsbaar zijn en daar heb ik erkenning voor. Ze laten mij diepe tevredenheid en voldoening voelen. Ik ben verrukt om te zien hoe positief ze ontroerd zijn.

Petra Rosenberg:

Het belangrijkste is om een stukje vrede te brengen.

Boy Kollée:

Contact, sfeer, menselijkheid en betrokkenheid. Dit alles kan misschien iets bijdragen om het overgaan voor de stervende lichter te maken. Zeker weten doen we dit niet.

Remy Els:

Mensen op zo'n moment de kans geven om voor de laatste keer echt samen te kunnen zijn in alle rust, eenvoud en sereniteit.

Els van de Pol:

Het is belangrijk om je heel zuiver af te stemmen op de stervende. Verder vind ik het belangrijk om vrijlatend heel dichtbij te zijn. Ik stel me liefdevol op in mijn grondhouding naar iemand. En ten slotte blijft het een gok maar je moet aanvoelen wat er nodig kan zijn.

Lous Fricke:

Het welbevinden van de cliënt vind ik het belangrijkste. Ook objectiviteit: je eigen oordeel terughouden. Alles mag er zijn. En verder openheid en onbevooroordeeldheid.

4.3.3.10 Ontwikkeling(en) van muziektherapie bij stervensbegeleiding in maatschappelijke context

Tot slot vroeg ik me af of de respondenten ontwikkelingen in de maatschappij hebben waargenomen in de periode dat ze werkzaam zijn geweest als muziektherapeut bij stervensbegeleiding. (Hierbij laat ik de mening van Kollée buiten beschouwing omdat hij niet als muziektherapeut werkzaam is).

Rosenberg en Els kunnen niet zeggen of er ontwikkelingen hebben plaatsgevonden.

Volgens Van der Hoeven staan patiënten steeds bekender tegenover muziektherapie. Ze zit bij een platform ('Leven met kanker') waarbij verschillende disciplines samen komen om het werken te verbeteren. Zij wil zich in de toekomst meer gaan richten om muziektherapie aan te bieden in thuissituaties. De patiënten kunnen zelf kiezen of ze muziektherapie willen (bijvoorbeeld vanuit het PGB¹¹). Tevens weten mensen dat je muziek doelgericht kunt gebruiken in plaats van alleen maar muziek te luisteren voor plezier, aldus Van der Hoeven.

Lane zegt dat er een toename is in zorg in hospice, palliatieve zorg in het algemeen, organisaties en de toename in bekendheid van muziektherapie, net zoals de toename van muziekbeoefenaars en meer interesse voor thanatologie. Volgens haar zal deze toename aanhouden.

Ook Fricke en Van de Pol vinden dat de palliatieve zorg zich aan het ontwikkelen is. Volgens Fricke is de zorg meer gericht op de persoon in zijn geheel. Of zoals Van de Pol het zegt: er is 'echte' interesse voor sterven. Dus voor de persoon zelf is er meer belangstelling. Volgens Van de Pol zijn er meer hospices gekomen en Fricke zegt dat in hospices ruimte is voor allerlei zaken die normaliter niet aan bod zouden komen, zoals spiritualiteit.

¹¹ PGB: Persoonsgebonden Budget = financiële bijdrage om zorg en begeleiding 'naar wens en op maat' te kopen.

5 Evaluatie

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik achtereenvolgens behandelen:

De resultaten van de data-analyse (5.2); welke technieken heb ik gebruikt om de informatie van de interviews en vragenlijsten te verwerken in mijn scriptie. Vervolgens zal ik bij de 'Discussie en conclusies' (5.3.1) beschrijven of en hoe ik de vraagstelling heb kunnen beantwoorden, van zowel de hoofdvraag als de subvragen. In diezelfde paragraaf (5.3.2) zal ik nog uitleggen of de resultaten van het onderzoek behaald zijn. Hierbij zal ik motiveren waarom dat wel of niet gelukt is. In paragraaf 5.3.3 ga ik in op een aantal tekortkomingen van mijn onderzoek en ik doe enkele aanbevelingen voor een eventueel vervolgonderzoek. En tot slot zal ik een samenvatting geven waarin kort de probleemstelling, de vraagstelling, de ondernomen acties en de resultaten en conclusies aan bod komen.

5.2 Resultaten van de data-analyse

Ik heb bij 4.2.2 de volgende data-analysetechnieken beschreven: *coderen*, *selecteren*, *parafaseren*, *synthetiseren* en *analyseren*. Het resultaat van het gebruiken van deze analysetechnieken is dat ik de informatie verkregen van de interviews en vragenlijsten op de eerste plaats heb kunnen ordenen om een overzichtelijk geheel te krijgen. Bij de interviews heb ik gebruik gemaakt van een vragenlijst als richtlijn. De verkregen informatie heb ik daarin bewerkt en verwerkt. Dit heb ik gedaan door passages te *coderen*; de verkregen informatie heb ik onderverdeeld bij de verschillende vragen zoals ze beschreven stonden in de vragenlijst zelf. Tijdens de interviews zelf heb ik me bezig gehouden met *selecteren*; welke passages verwerk ik wel in mijn onderzoek en welke niet. Zo heb ik wel eens uitgebreide ervaringen te horen gekregen die ik niet bruikbaar vond voor mijn scriptie. Die heb ik dan ook weggelaten. Binnen de passages die ik wel gebruikt heb ik woorden geschrapt waarvan ik vond dat ze niet binnen het geheel van de tekst pasten. Dit wordt ook wel *parafaseren* genoemd. Vervolgens heb ik de passages *gesynthetiseerd* zodat er tekstgedeelten ontstonden die eenzelfde onderwerp beschreven. Dit heeft als gevolg gehad dat er structuur in mijn scriptie kwam waardoor ik op een overzichtelijke manier kon zien welke onderwerpen ik beschreven had en welke onderwerpen ik nog uitgebreider wilde beschrijven of onderwerpen kon toevoegen. Deze tekstgedeelten heb ik ten slotte *geanalyseerd* waardoor ik relaties kon beschrijven tussen bepaalde soorten verschijnselen. Zoals het beschrijven van oorzaak en gevolg. Of bijvoorbeeld het beschrijven van indicaties of doelstellingen die muziektherapeuten stellen.

5.3 Discussie en conclusies

5.3.1 Bevindingen en interpretaties

In hoeverre ik de vraagstelling heb kunnen beantwoorden zal ik nu behandelen. De vraagstelling van de scriptie is: *Wat zijn de mogelijkheden van muziektherapie bij stervensbegeleiding uitgaande van fenomenologische uitgangspunten?*

Wat opvalt in zowel het literatuuronderzoek als het praktijkonderzoek is dat de muziektherapeuten uitgaan van een benadering waarin de cliënt centraal staat. Dus van een humanistische benadering of soms zelfs van een holistische benadering. De cliënt wordt geaccepteerd zoals hij is en aan de behoeften van de cliënt wordt zo volledig mogelijk aan toegekomen. Hiermee bedoel ik dat gekeken wordt naar de behoeften van de cliënt zodat de muziektherapeut een werkvorm kiest die op dat moment daarbij het beste aansluit. Dit hoeft soms niets met muziek(therapie) te maken hebben. De cliënt kan de behoefte hebben 'niets' te doen en alleen 'aanwezig' te zijn met de therapeut. Het alleen 'aanwezig' zijn kan de cliënt ervaren als ondersteuning in zijn behoeften. Voor mij betekent dat de therapeut meer dan alleen maar een muziektherapeut is. Naast therapeut is hij ook begeleider om de stervende te ondersteunen. In het begeleiden van de stervende komen de menselijke kwaliteiten duidelijk naar voren. De menselijke relatie is belangrijk in het werken met stervenden. De stervende is niet zozeer cliënt maar mens. Meer als in het werken bij andere doelgroepen staat het existentiële op de voorgrond. Hoe de stervende met zaken als dood en lijden omgaat, bepaalt op een manier de

kwiteit van leven. Wanneer de cliënt zijn stervensproces accepteert zijn er in de regel minder klachten waar de cliënt hinder van kan ondervinden. Verder zijn de behoeften van stervenden niet meer zozeer gericht op verbetering en genezing maar op ondersteuning en acceptatie. Om de cliënt zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen dient de therapeut te weten wat er omgaat in de stervende. Dan komen we bij het deel van vraagstelling waar het over fenomenologische uitgangspunten gaat. Wanneer ik de reacties van de respondenten bekijk dan beschrijft iedereen iets anders. Het zijn allemaal heel persoonlijke zaken. Intuïtie is hierin belangrijk zoals ik elders in de scriptie heb aangegeven. Maar het blijkt dat intuïtie niet allesbepalend is. Ik heb gekozen voor respondenten die minimaal 10 jaar ervaring hebben in het werken met stervenden. Dat heb ik gedaan omdat het voor mij aannemelijk is dat therapeuten die met stervenden werken pas na enkele jaren inzicht krijgen in wat ze doen bij een sessie. Het is een bewustwordingsproces, en dat heeft tijd nodig. Door die langere periode van ervaringen krijg je als therapeut meer kennis en vaardigheden in het werken met stervenden. Iedere therapeut zal intuïtie als een van de belangrijkste zaken benoemen maar in de loop der jaren zullen kennis en vaardigheden meer naar de voorgrond schuiven. Een voorbeeld: Een muziektherapeut die langere tijd met stervenden werkt zal op den duur meer inzicht krijgen in wat wel en wat niet werkt. Bijvoorbeeld bij welke instrumenten kalmeert de cliënt of bij welke werkvorm vindt de cliënt rust. Wanneer een therapeut pas begint met het werken in stervensbegeleiding dan heeft hij deze kennis nog niet. Door de jaren heen wordt het inzicht vergroot in het werken met stervenden door de combinatie van ervaring en intuïtie. Het blijkt ook uit de ervaringen van muziektherapeuten die pas enkele jaren werken met stervenden dat het moeilijk kan zijn om de juiste interventies te plegen. De respondenten die langer ervaring hebben praten vaker *vanuit zichzelf* in het werken met stervenden. Wat doet het werken met stervenden bij hen zelf. Wanneer je daar achterkomt dan kun je ook de interventies bewuster toepassen.

Ik zal nu de subvragen noemen en daarbij zal ik beschrijven of ik vind dat deze beantwoord zijn.

§ *In hoeverre kan er worden uitgegaan van de beleving van de stervenden? Is dat vooral in de fase waarin de stervende nog aanspreekbaar is of in de laatste fase (terminale fase) van het stervensproces waar de stervende verbaal steeds minder reageert?*

De beleving van de stervende is een van de centrale thema's van deze scriptie. Eerder in de scriptie heb ik aangegeven dat het moeilijk is om te bepalen wat de beleving van de stervende is. Het blijkt dat in de meeste gevallen de stervende aan kan geven wat hij wilt. Is dit niet verbaal dan gebeurt dat op een non-verbale manier. Waar vooral op gelet wordt zijn de fysieke uitdrukkingen van de stervende. Er wordt veel aandacht besteed aan de ademhaling. Ook op de hartslag, gezichtsuitdrukking en bewegingen van bijvoorbeeld handen wordt gelet. Het gaat dan in feite niet om de beleving van de cliënt maar om gedragingen die je waarneemt. Deze waarnemingen zijn subjectief. De ene therapeut zal een snelle ademhaling koppelen aan onrust terwijl een andere therapeut diezelfde ademhaling als opwindend zal benoemen. Tevens blijkt dat het niet altijd zo hoeft te zijn dat een cliënt zijn ongemakken of ongenoegen via lichaamstaal kan doorgeven, zoals blijkt uit het verhaal van een respondent. Naar mijns inziens is het dan ook onmogelijk om de leefwereld van een stervende volledig in kaart te brengen. Het stervensproces zal zich altijd gedeeltelijk omhullen in mist. Hiermee bedoel ik dat het nooit precies duidelijk zal worden wat een stervende meemaakt. Op de eerste plaats omdat het stervensproces zo persoonlijk is. Iedereen reageert zo 'eigen' op dit proces dat het onmogelijk is gedragingen definitief vast te leggen. En tweede zal de dood zelf altijd een mysterie blijven. Niemand weet wat er na dit leven komt en of er iets is. Dit zal altijd zo blijven. Hiermee bedoel ik niet te zeggen dat het geen zin heeft om mensen te begeleiden in het stervensproces. Net omdat het zo'n individueel proces is en net omdat de dood zo'n mysterie is, kan muziektherapie een meerwaarde bieden. Iedereen ervaart muziek op zijn eigen manier. En door muziek kan het lijden verzacht worden waardoor mensen het makkelijker vinden om het leven los te laten.

§ *Hoe interpreteert de therapeut de gedragingen van de cliënt? En hoe reageert de therapeut daarop? Wat is de therapeutische attitude?*

Op deze vraag heb ik gedeeltelijk hierboven al antwoord op gegeven. In het eerst tekstdeel van dit hoofdstuk wordt duidelijk wat de therapeutische attitude is, wanneer ik literatuur met praktijk vergelijk. Ik zou nog kunnen toevoegen dat onvoorwaardelijke acceptatie hier opgaat. Een zo open mogelijke benadering van de stervende wordt door respondenten en literatuur onderstreept zoals hierboven uit de

tekst blijkt. Wat betekent dat: een zo open mogelijke benadering? Op de eerste plaats dient te therapeut de cliënt te accepteren zoals hij is (onvoorwaardelijke acceptatie). Het maakt niet uit welk geloof, religie, levensopvattingen, interesses, muzikale voorkeur of visie de cliënt heeft. Ten tweede staan de wensen van de stervende centraal. Wanneer een stervende aangeeft liever geen muziek te horen dan stemt de therapeut daarmee in. Wat ik eerder al zei: het kan ook zijn dat de cliënt alleen maar 'aanwezig' is bij de cliënt. Er wordt dan geen muziek gemaakt. En tevens staat het menselijke aspect op de voorgrond waardoor een therapeut soms meer aanwezig is als mens dan als therapeut. Dan is belangrijk om inzicht te hebben in hoe je als therapeut omgaat met existentiële zaken. De eigen ervaringen wat betreft de dood en lijden bepalen hoe een muziektherapeut werkt met stervenden. Wanneer een therapeut bijvoorbeeld ervaring heeft met familieleden die overleden zijn dan zal hij anders met de dood omgaan dan bij iemand die dat niet heeft meegemaakt. Om muziektherapie op een zo optimaal mogelijke manier aan te bieden zijn de eigen visies en denkbeelden van de muziektherapeut net zo belangrijk als die van de cliënt. Als muziektherapeut kan je je een aantal zaken afvragen om muziektherapie aan te bieden bij stervenden: Of de therapeut en cliënt zich beide op hun gemak voelen, dit kan zijn op muzikaal gebied maar ook cultureel gezien. En bijvoorbeeld of de therapeut muzikaal competent genoeg is en of hij in een stabiel psychologische staat is. Dit is allemaal onderdeel van de therapeutische attitude. Als muziektherapeut moet je je blijven afvragen of je kunt toekomen aan de wensen en behoeften van de stervende.

§ *Welke indicaties en doelstellingen worden er gesteld door de muziektherapeut.*

De **doelstellingen** blijken in grote lijnen overeen te komen met theorie en praktijkonderzoek. Pijnbestrijding of het verminderen van onrust wordt vaak als voornaamste doelstelling benoemt. Maar voorop wordt gesteld dat eerst gekeken wordt naar de toestand van de cliënt. Van te voren een doelstelling vastleggen heeft geen zin omdat je nooit weet hoe de cliënt zich voelt. Dit brengt ons weer terug wat eerder beschreven is: als muziektherapeut bepaald je op het moment zelf hoe de muziektherapiesessie wordt vormgegeven. De meeste thema's die benoemd worden zijn: pijnbestrijding, ondersteuning (door bijvoorbeeld familie erbij te betrekken), communicatie, (zelf)expressie en spiritualiteit. Wat deze begrippen betekenen in relatie tot deze scriptie verwijs ik naar de doelstellingen zoals ze beschreven staan in hoofdstuk 3.4.2. Wat verder opvalt, is dat volgens een respondent het ervaren van contact het belangrijkste is voor stervenden (zoals volgens haar uit onderzoek blijkt). Pijnbestrijding wordt door minder cliënten genoemd in dat onderzoek. Wat mij direct opvalt, is dat hieruit blijkt dat aan het communiceren over zaken betreffende de dood in de muziektherapie beter toegekomen kan worden. Hiervoor verwijs ik naar de literatuur waarin staat dat muziek zaken kan aanspreken wat verbaal niet lukt. Dit is een duidelijke meerwaarde van muziektherapie ten opzichte van andere verbale therapieën.

Indicaties worden gesteld vanuit de behoefte van de cliënt. Allereerst wordt er gekeken of de stervende muziektherapie *wilt* krijgen en hoe *kan* muziektherapie iets te bieden hebben. In de literatuur blijkt dat indicatiestellingen op verschillende vlakken gesteld kunnen worden: op somatisch, psychisch, sociaal en spiritueel gebied. In de praktijk wordt er gekeken wat iemand heeft en hoe muziek van waarde kan zijn. Heeft iemand bijvoorbeeld veel last van pijn dan kan dat een indicatie zijn om muziektherapie aan te bieden. De meeste respondenten noemen doelstellingen in plaats van indicaties. Deze lopen uiteraard in elkaar over. Wanneer een stervende hinder of last ervaart in het stervensproces dan kan de indicatie gericht zijn op het wegnemen van die hinder of last. Omdat het sterven een individueel proces is, kan iedere cliënt andere klachten hebben. Tevens hoeft de indicatie niet klachtgerelateerd te zijn maar kan ook gericht zijn op de wensen van de stervende. Er hoeven niet noodzakelijkerwijze pijn, lijden of lichamelijke of geestelijke klachten te zijn om muziektherapeut aan te bieden. In bijvoorbeeld het verwerkingsproces kan muziektherapie ook een invulling geven. Het ervaren van contact is één van de voornaamste redenen van stervenden om voor muziektherapie te kiezen. Het blijkt ook dat muziektherapie tegemoetkomt aan de meest uiteenlopende behoeften van stervenden, in tegenstelling tot andere (verbale) therapieën. Tot slot zou ik nog kunnen toevoegen dat het stervensproces zelf al een indicatie kan zijn om muziektherapie aan te bieden. De begeleidende en ondersteunende rol die een muziektherapeut vaak heeft kan voor stervende een meerwaarde zijn in het stervensproces.

§ Welke werkvormen worden er gebruikt?

Het literatuuronderzoek beschrijft vele werkvormen die gebruikt kunnen worden in het werken met stervenden. In de praktijk blijkt dat de meeste therapeuten zich beperken tot een enkele werkvorm. (Met uitzondering van een respondent die verschillende, ook niet-muzikale, werkvormen gebruikt.) Hierbij wordt improvisatie het meest gebruikt. Het blijkt dat bij er improviseren de meeste ruimte is om direct te kunnen interveniëren. Bij sommige werkvormen ligt dat veel moeilijker omdat de structuur van de werkvorm dat niet toelaat. Bijvoorbeeld wanneer de structuur van een lied aangehouden wordt. Zoals bij de werkvorm 'Song choice'. Er is dan minder ruimte om de muzikale parameters te veranderen, zoals melodie en ritme. Bij het improviseren kan je tevens direct, vrij gemakkelijk, muzikale veranderingen toepassen. Je bent in principe niet of minder gebonden aan muzikale aspecten zoals melodie, ritme en toonsoort.

Een andere werkvorm die veel gebruikt wordt in de praktijk is het gebruik van ademhaling en stem. De stem zal ik later (bij muziekinstrumenten) beschrijven. Het voordeel van het gebruik van de ademhaling is dat je deze kunt aanpassen op de cliënt. Wanneer een cliënt onrustig ademhaalt dan kan je als therapeut de ademhaling vertragen zoals beschreven staat bij hoofdstuk 3.7.8. Het overnemen van de ademhaling is, zoals ik het zie, ook een manier om contact aan te gaan. Voor mij komt dat overeen met bijvoorbeeld samen een lied zingen. De frasering is hetzelfde, net zoals de structuur: je ademt tegelijk in en uit. De therapeut neemt als het ware de intensiteit van ademhalen van de cliënt over. Je komt als het ware in dezelfde 'beweging' als de cliënt. Dat vind ik een manier van contact maken.

Ook is er een duidelijk verschil in het gebruik van live muziek en het gebruiken van Cd's. Bij het afspelen van Cd's kan je als therapeut niet meer doen dan het aan- en uitzetten van een muziekstuk en het volume reguleren. Het voordeel van live muziek is dan ook duidelijk beschreven in de literatuur en ook de respondenten onderstrepen dat. Live muziek blijkt meer effectief te zijn dan opgenomen muziek. Met effectief wordt bedoeld dat door live muziek de werking van muziek duidelijker is; Er kan beter worden toegekomen aan verschillende doelstellingen, zoals het verzachten van pijn. Ook in de mate waarop contact wordt aangegaan is live muziek een betere optie door de interventies die gedaan kunnen worden. Opgenomen muziek kan wel gebruikt worden wanneer de therapeut niet aanwezig is of kan zijn. Het samenstellen van Cd's behoort dan tot de voorkeuren. Cliënten kunnen de Cd's bijvoorbeeld 's nachts gebruiken wanneer ze willen ontspannen.

§ Welke interventies pleegt de therapeut om de gestelde doelstellingen te realiseren?

Ik heb in hoofdstuk 3.9 ('Muzikale interventies en technieken') interventies beschreven vanuit technieken, volgens Bruscia (1987), die muziektherapeuten gebruiken. Kijkend naar de manier waarop muziektherapeuten in de praktijk werken, blijken er technieken te zijn die overeenkomen. Allereerst zijn de technieken gericht op de stervende, net zoals de interventie aangepast wordt op het welzijn van de stervende. Om twee voorbeelden te noemen: Wanneer een cliënt pijn heeft dan kan de therapeut zijn interventie richten op pijnbestrijding. Wanneer een cliënt onrustig is en daardoor lijdt aan slapeloosheid dan kan de zijn interventie richten op ontspanning. Voorop wordt gesteld dat de behoefte van de cliënt centraal staat, wat ik meerdere malen heb aangegeven in mijn scriptie. Door de persoonlijke behoeften voorop te stellen wordt in feite aangesloten bij de gemoedstoestand van de cliënt. De therapeut stelt zich zo empatisch mogelijk op om hierbij te kunnen aansluiten. Interventies als 'pacing' en 'reflecting' zijn daarop gericht. Zoals ik in hoofdstuk 3.9 heb beschreven dienen deze twee technieken als basis in het muziektherapeutisch werken. Dat blijkt ook zo in de praktijk te zijn. Een ander voorbeeld is 'tonal centering': Om in de muziek aansluiting te vinden bij de cliënt wordt er vaak in een bepaalde toonsoort gespeeld. Het spelen in een bepaalde toonsoort geeft rust. Het is moeilijk te bepalen of muziektherapeuten ook andere technieken gebruiken aangezien deze niet expliciet genoemd worden. Technieken die ik in 3.9 beschreven heb zullen zeker gebruikt worden naar gelang de werkvorm die toegepast wordt. Aangezien 'improvisatie' de meest toegepaste werkvorm is in onder de respondenten, zijn de hierboven genoemde technieken toch de voornaamste. Tot slot wil ik nog de techniek 'disclosing' aanhalen. Bij deze techniek onthult de therapeut iets persoonlijks over zichzelf. Aangezien ik beschreven heb dat therapeuten in het werken met stervenden vaak meer over zichzelf onthullen dan gebruikelijk is in een therapeutische relatie, vind ik dat deze techniek hier benoemd moet worden. De therapeut en cliënt gaan vaak persoonlijker met elkaar om dan gebruikelijk in therapie. Dat sluit aan bij wat eerder beschreven is, namelijk dat het erom gaat de *persoon* te vinden binnen de cliënt (zie 3.10).

§ *Welke instrumenten worden vooral gebruikt in de muziektherapeutische sessies?*

Het blijkt dat muziektherapeuten zowel theoretisch als in de praktijk werken met verschillende instrumenten. Er worden vooral snaarinstrumenten als lier, gitaar en harp gebruikt. Op de eerste plaats zijn deze snaarinstrumenten niet groot en dus makkelijk mee te nemen naar de ruimte waar de stervende zich bevindt. Ten tweede kan de stem ingezet worden en is een snaarinstrument een ideaal begeleidingsinstrument hiervoor. Vanuit de antroposofie wordt de lier veel toegepast in het begeleiden en ondersteunen van stervenden. Andere instrumenten die zowel in de literatuur als in de praktijk gebruikt worden zijn blaasinstrumenten en het monochord. Het monochord wordt gebruikt om een rustige sfeer te creëren. Omdat het een vrij groot instrument is en niet goedkoop in de aanschaf wordt het instrument niet veel gebruikt. Het inzetten van blaasinstrumenten hangt af van de vaardigheid van de therapeut. Niet iedere muziektherapeut kan zo'n instrument bespelen en een blaasinstrument heeft ook zijn beperkingen. Zo kan je de stem niet gelijktijdig gebruiken met het bespelen van een blaasinstrument. Wanneer de therapeut iets wilt zeggen tegen of wilt zingen voor de cliënt dan dient hij te stoppen met spelen. Bij een snaarinstrument bijvoorbeeld kan doorgespeeld worden. De stroom van de muziek wordt dan onderbroken. Dit kan storend zijn wanneer er een rustige, of zelfs meditatieve, sfeer neergezet wordt om de cliënt bijvoorbeeld te laten ontspannen. Een ander instrument wat ik veel gebruikt heb in mijn stage van het derde jaar is de *sansula*. Dit instrument is een soort duimpiano. Het instrument is gestemd in een bepaalde toonsoort (Am) en de klank is rustgevend, zoals ik gedurende mijn therapie sessies ervaren heb. Zie voor een afbeelding van de *sansula* bijlage 4.

§ *Worden er familieleden of andere dierbaren van de stervende toegelaten bij de muziektherapie sessies en wat is de meerwaarde daarvan?*

Het belang van de betrokkenheid van familieleden wordt duidelijk onderstreept door de respondenten. Het blijkt een meerwaarde te zijn voor het stervensproces wanneer familieleden bij de muziektherapie sessies worden toegelaten. Vooral als ondersteuning kan een stervende er veel baat bij hebben. Ook de contactmomenten kunnen duidelijker naar voren komen wanneer familieleden aanwezig zijn. Voor de familieleden zelf kan het bijwonen van muziektherapie sessies ook een waarde hebben. Zij kunnen de emoties en gevoelens betreffende het proces van de stervende beter toelaten. Doordat stervende zich meestal moeilijk verbaal kunnen uiten, worden gevoelens gedeeld door gezamenlijk naar muziek te luisteren. En ten slotte kan het bij het accepteren van het sterven voor beide partijen, stervende en familie, een meerwaarde zijn.

5.3.2 Zijn de resultaten van het onderzoek behaald?

In grote lijnen heb ik het resultaat bereikt wat ik met mijn onderzoek heb willen bereiken. Ik heb beschreven hoe er vanuit de literatuur gewerkt wordt met stervenden. Hoe muziektherapeuten in de praktijk werken heeft onder andere te maken met de werkervaring van de therapeut. Welke methoden past de therapeut toe, hoe lang is de therapeut werkzaam met stervenden, waar werkt de stervende (niet alleen in welk land maar ook in een instelling, hospice, etc.). Het werken met stervenden blijft individueel gebonden. De persoonlijke opvattingen en visies op met name existentiële zaken van de therapeut spelen zeker mee en dat is ook niet gek wanneer blijkt dat therapeuten een grote persoonlijke betrokkenheid met stervenden hebben. Het stervensproces op zich is al zeer individueel gebonden. Het therapeutisch werken met stervenden is een combinatie van kennis, ervaring en intuïtie. Dat zal ook altijd zo blijven, en dat maakt het werken met stervenden zo mooi. Verder vind ik dat ik heb kunnen beschrijven wat de verschillen en overeenkomsten zijn vanuit de theorie en vanuit het praktisch werken. Wat mij betreft zijn er veel overeenkomsten. De verschillen uiten zich meestal in andere ervaringen, het toepassen van verschillende modellen en het verschil in opvattingen. Dit hoeft geen belemmering te zijn in het werken met stervenden. De belangrijkste overeenkomst is dat de stervende centraal staat. Alle zorg wordt toegespitst op de wensen en behoeften van de cliënt. Nu zal ik het fenomenologische aspect beschrijven van mijn onderzoek. Ik heb geprobeerd om het stappenplan van Forinash en Ferrara (zie 4.1) te gebruiken in het praktijkonderzoek. Dit bleek in eerste instantie lastig te zijn omdat ik er achter kwam dat dit stappenplan vooral gebruikt wordt wanneer de onderzoeker zelf betrokken is bij sessies van stervenden. Dit is bij mij niet het geval geweest. Toch heb ik inzicht kunnen krijgen in hoe muziektherapeuten omgaan met de beleving van de cliënt dankzij dit

plan. Op de eerste plaats wordt er altijd uitgegaan van de stervende zelf. Hoe ziet het verleden van de cliënt eruit? Wat zijn de muzikale voorkeuren van de cliënt? Een sessie wordt altijd zo zorgvuldig mogelijk aangeboden. Dat betekent dat er in feite geen voorop gestelde doelen gesteld worden. Welke interventies er gedaan worden is afhankelijk van hoe de cliënt zich op dat moment voelt en hoe hij dit laat merken. Dit kan zich onder andere uiten in fysieke reacties van de cliënt, zoals ademhaling en gezichtsuitdrukking. Deze uitingen kunnen persoonlijk worden opgevat. In de terminale fase is het natuurlijk veel moeilijker om te achterhalen wat de wensen en behoeften zijn van de cliënt, wanneer hij dat verbaal niet meer kenbaar kan maken. Wat dan belangrijk is, is dat de therapeut uit eerdere ervaringen weet hoe de cliënt reageert op bepaalde interventies. Het is een absolute meerwaarde wanneer de muziektherapeut al bij het begin van het stervensproces betrokken wordt. Het *kennen* van de cliënt heeft als voordeel dat de therapeut zijn interventies zorgvuldig kan toepassen.

5.3.3 Tekortkomingen en aanbevelingen van het onderzoek

Een tekortkoming van mijn onderzoek is dat ik niet alle thema's betreffende muziektherapie bij stervenden heb kunnen beschrijven of dat ik ze niet zo uitgebreid heb kunnen beschrijven zoals ik graag zou willen. Er zijn ook nog onderwerpen die ik erbij zou kunnen betrekken. Bijvoorbeeld de relatie van coma en stervensbegeleiding. Bij coma is het belangrijk om te letten op de lichaamsreacties van de cliënt. Dit zou ik kunnen koppelen aan de terminale fase wanneer een cliënt zich alleen nog maar kan uiten via zijn lichaam. Dit zou een optie kunnen zijn voor een vervolgonderzoek. Een andere optie zou kunnen zijn om daadwerkelijk sessies bij te wonen om het fenomenologische aspect nader te onderzoeken. Ik kan me voorstellen dat het moeilijk kan zijn om dit praktisch te realiseren. Een andere tekortkoming is dat ik bij een belangrijk interview vergeten ben om opnames te maken. Hierdoor ben ik veel bruikbare informatie misgelopen. Ik heb telefonisch contact gehad met de betreffende respondent om toch nog de meest essentiële informatie te verkrijgen.

5.4 Samenvatting

Omdat het werken met stervenden een persoonlijke benadering inhoudt van de therapeut is het moeilijk om een eenduidige manier van muziektherapeutisch werken te beschrijven. Voor een deel wordt de intuïtie van de therapeut aangesproken om aan de wensen en behoeften van stervenden toe te komen. Er wordt uitgegaan van de beleving van de stervende. Hierdoor is het moeilijk om concreet te beschrijven hoe muziektherapie toegepast kan worden in de stervensbegeleiding. Dit onderzoek heeft als hoofdvraagstelling wat de mogelijkheden zijn van muziektherapie bij stervensbegeleiding uitgaande van fenomenologische uitgangspunten. De mogelijkheden richten zich op indicaties, doelstellingen, werkvormen, gebruikte muziekinstrumenten, technieken, interventies en de therapeutische attitude. Om dit te kunnen onderzoeken heb ik eerst een literatuuronderzoek gedaan en vervolgens een praktijkonderzoek waar ik respondenten geïnterviewd heb en vragenlijsten heb gestuurd. De respondenten zijn niet alleen muziektherapeuten geweest, maar ook een lichaams- en ervaringsgericht therapeut om het belang van de ervaring van stervenden uitgebreider te beschrijven. Het beschrijven van de ervaring van stervenden blijft moeilijk maar door de vele artikelen die verschenen zijn in de afgelopen jaren ontstaat er steeds meer een duidelijke manier waarop muziektherapie toegepast kan worden bij stervenden. Er blijken veel overeenkomsten te zijn wanneer de literatuur met de praktijk vergeleken wordt. Ook hoe de therapeut zelf tegen zaken als de dood aankijkt speelt een rol in hoe interventies worden toegepast. Het persoonlijke, van zowel de cliënt als de therapeut, zal een rol blijven spelen in de zorg rondom stervenden. Het blijkt verder dat muziektherapie een meerwaarde heeft door onder andere het non-verbale karakter van muziek. Door het toepassen van muziek worden er zaken aangesproken die verbaal veel moeilijker kunnen zijn voor stervenden. Ook in het verminderen van onrust en pijn blijkt muziek een toegevoegde waarde te hebben. Tenslotte vinden stervenden het belangrijk om een diepe manier van contact aan te gaan om bijvoorbeeld de confrontatie met de naderende dood te vergemakkelijken. In de muziektherapie kan die manier van contact aangaan worden gerealiseerd. Het belangrijkste om te weten is dat iedere stervende op zijn eigen manier met de dood omgaat en dat de therapeut zich dient te richten op de persoonlijke wensen en behoeften. Zoals ik eerder al heb gezegd: Het muziektherapeutisch werken met stervenden is een combinatie van kennis, ervaring en intuïtie. Dat zal ook altijd zo blijven, en dat maakt het werken met stervenden zo fascinerend en mooi.

Literatuurlijst

Boeken en artikelen

- § Abshoven, P. van (2006). Hindoestaanse rituelen rond ziekte en dood. Pallium, 8 (september), 18-19.
- § Aldridge, D. (ed.) (1999). Music therapy in palliative care. New voices. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- § Aldridge, D. (2003). Music therapy and spirituality; a transcendental understanding of suffering. Music therapy today (online). <http://musictherapy-world.net>.
- § Beggs, C. (1991). Life review with a palliative care patient. In: K.E. Bruscia (ed.) Case studies in music therapy (p. 612-616). Phoenixville: Barcelona Publishers.
- § Booth, J. & Clement, S. (2004). The Bonny method of Guided Imagery and Music (online). http://www.mindbody.org.nz/conf_downloads/MB_conf2004_booth_clement.doc.
- § Bruscia, K.E. (1987). Improvisational models of music therapy. Springfield/ Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- § Bruscia, K.E. (ed.) (1991). Case studies in music therapy. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- § Clark, M.F. (1991). Emerge of the adult self in Guided Imagery and Music (GIM) therapy. In: K.E. Bruscia (ed.) Case studies in music therapy (p. 321-331). Phoenixville: Barcelona Publishers.
- § Clements-Cortés, A. (2004). The use of music in facilitating expression in the terminally ill. American journal of hospice and palliative medicine (online). <http://ajh.sagepub.com/cgi/content/abstract/21/4/255>.
- § Davis, E. & Higginson, I.J. (ed.) (2004). Palliative care – the solid facts. World Health Organization regional office for Europe (online). <http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>.
- § Forinash, M. & Grocke, D. (2005). Phenomenological inquiry. In: B.L. Wheeler (ed.) Music therapy research (p. 321-334). Phoenixville: Barcelona Publishers.
- § Günther-Karagashki, C. (2004). Gewoon mogen zijn – Mogelijkheden van muziektherapie in de behandeling van waakcoma patiënten. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- § Hamilton, J. (1998). Music another weapon in palliative care arsenal. JAMC (online). 158 (10), 1260. <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/158/10/1260.pdf>.
- § Heinze, S. (2002). Wenn eine Melodie verklingt... - Musiktherapie in der Sterbebegleitung. Musiktherapeutische Umschau, 23 (1), 22-36.
- § Hennings, U. (1999). "Soll ich hier Musik machen?" Musiktherapie in der onkologischen/hämatologischen Intensivmedizin. Musiktherapeutische Umschau, 20 (4), 368-375.
- § Hilton, L. (2005). Music soothes the rhythms of life. Nursing spectrum (online). <http://community.nursingspectrum.com/MagazineArticles/article.cfm?AID=14682>.
- § Hilliard, R.E. (2003). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. Journal of music therapy, 40 (2), 113-137
- § Hilliard, R.E. (2004). A post-hoc analysis of music therapy services for residents in nursing homes receiving hospice care. Journal of music therapy, XLI (4), 266-281.
- § Hilliard, R.E. (2005). Music therapy in hospice and palliative care: A review of the empirical data. Evidenced-based Complementary and Alternative Medicine (online) 2 (2) 173-178. <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/content/full/2/2/173>
- § Hoeven, D. van der & Couette, E. (2000). Muziektherapie: Ervaringen uit de praktijk. Pallium, (n.b.) (juni/juli), 24-27.
- § Hodenberg, F. von (1999). Die Stimme in der Sterbebegleitung. Musiktherapeutische Umschau, 20 (4), 358-363.
- § Hogan, B. (1999a). Music therapy at the end of life. Searching for the rite of passage. In: D. Aldridge (ed.) Music therapy in palliative care. New Voices (p. 68-81). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

- § Hogan, B. (1999b). The experience of Music therapy for terminally ill patients. In: R.R. Pratt & D.E. Grocke (eds.). MusicMedicine 3 (p. 242-252). Melbourne: Faculty of Music, University of Melbourne.
- § Jochemsens, H. (2006). Kwaliteit van leven. Wat bedoelen we met dit begrip? Pallium, 8 (november), 15-17.
- § Rinker, R.L. (1991). Guided Imagery and Music (GIM). Healing the wounded healer. In: K.E. Bruscia (ed.) Case studies in music therapy (p. 309-319). Phoenixville: Barcelona Publishers.
- § Magill, L. (2002). Music therapy in spirituality. Music therapy today (online). <http://musictherapy-world.net>
- § Martin, J.A. (1991). Music therapy at the end of a life. In: K.E. Bruscia (ed.) Case studies in music therapy (p. 618-632). Phoenixville: Barcelona Publishers.
- § McIntosh, L., Bucci, J., Farmer, A., Stickney, S., Curtis, S. (2006) Laughter and tears – a students' perspectives in music therapy in palliative care (online). <http://www.musictherapy.ca/docs/confproc>.
- § McLeod, J. (2005). Qualitative research in counseling and psychotherapy. London: Sage.
- § Meersman, A. (2003). Waar muziek de ziel ontmoet...: Muziektherapie bij dementerende bewoners in de laatste fase van het dementieproces. Sittard: Hogeschool Zuyd.
- § Molenkamp, C. (2006). Bijzondere zorg. Symptoombestrijding voor kinderen in de palliatieve fase. Pallium, 8 (juni), 16-20.
- § Nguyen, L. (2000). The healing power of music. University-trained therapists use melodies and lyrics to help cure bodies and comfort souls. Toronto Star (online). <http://www.thestar.com>.
- § O'Callaghan, C. (1996). Pain, music creativity and music therapy in palliative care. American journal of hospice and palliative medicine (online). <http://ajh.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/2/43>.
- § O'Callaghan, C. (1999). Lyrical themes in songs written by palliative care patients. In: D. Aldridge (ed.) Music therapy in palliative care. New voices (p. 43-58). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- § Pavlicevic, M. (1999). Music therapy – Intimate notes. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- § Pijnenburg, M. & Leget, C. (red.) (2006). Multicultureel sterven in het ziekenhuis. Budel: Uitgeverij Damon.
- § Primadei, A. (2004). The use of the guitar in clinical improvisation. Music therapy today (online) 5 (4), 1-12. <http://musictherapy-world.net>.
- § Schneck, D.J. & Berger, D.S. (2002). Music, brain, and physiologic function: How does my brain process sensory information? What does my brain do with music? Why? (online). <http://www.musictherapy.ca/docs/confproc>.
- § Smeijsters, H. (1996). Neurologische en fysiologische aspecten van muziektherapie. Heerlen: Melos.
- § Smeijsters, H. (1997). Multiple Perspectives – A guide to qualitative research in music therapy. Gilsum: Barcelona Publishers.
- § Smeijsters, H. (2000). Handboek creatieve therapie. Bussum: Coutinho.
- § Smeijsters, H. (red.) (2006a). Handboek muziektherapie – Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- § Smeijsters, H. (2006b). Naslagwerk - Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek. Sittard: Hogeschool Zuyd.
- § Soer, W. (2000). De Keerkring. Muziekbundel ontstaan bij de begeleiding van mensen in de laatste levensfase (voor zang en/of lier). Zeist: Stichting Wega.
- § Steinert, C. & Muthesius, D. (2003). “Am Ende des Lebens von Anni Reiber“. Protokoll einer musiktherapeutischen Sterbebegleitung. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie.
- § Stichting Wega (n.b.). Muziek in de laatste levensfase (folder).
- § Sutton, J. (2005). Hidden music – An exploration of silences in music and in music therapy. Music therapy today (online), volume VI (3), 375-395. <http://musictherapy-world.net>

- § Ursprung, R. (1999). "Jeder hat drei Chancen, dann ist aus!" Eine Sterbebegleitung? Musiktherapeutische Umschau, 20 (4), 387-391.
- § Van Dale (2002). Groot woordenboek. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie.
- § Weber, S. (1999). Music. A means of comfort. In: D. Aldridge (ed.) Music therapy in palliative care. New voices (p. 95-104). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- § Wheeler, B.L. (ed.) (2005). Music therapy research. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- § Wulp, M. (2007). Fasen in het palliatieve proces uitgewerkt. Pallium, 9 (februari), 26-29.

Websites

- § Centraal Bureau voor de Statistiek (2003). Doodsoorzaken in Nederland. <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2003/2003-1284-wm.htm> Geraadpleegd april 2007.
- § Centraal Bureau voor de Statistiek (2006). Persbericht (PB06-117): Over dertig jaar is kwart bevolking 65-plus. <http://www.cbs.nl> Geraadpleegd maart 2007.
- § Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). Persbericht (PB07-008): Afname potentiële beroepsbevolking begint. <http://www.cbs.nl> Geraadpleegd maart 2007.
- § E-gezondheid (2003). Ziekten en aandoeningen - Hersenen, zenuwen, geheugen, geestesgesteldheid, slaap. http://www.e-gezondheid.be/nl/ziekten_en_aandoeningen/Slaapstoornissen-4227-892-art.htm Geraadpleegd mei 2007.
- § Ferring Pharmaceuticals (2005). Over Ferring – geschiedenis. <http://www.ferring.nl/424.htm> Geraadpleegd mei 2007.
- § Groene Dag vzw (n.b.). Holistische benadering van ziekte en gezondheid. <http://www.groenedag.org/R1/NL/Info/NaHy/fmHolBen.html> Geraadpleegd mei 2007.
- § IlseMikage (2003). Transitie; hormonen en technieken – Endocrine systeem. <http://home.hetnet.nl/~mikage/trans0157.htm> Geraadpleegd mei 2007.
- § Integrale Kankercentra (2006). Palliatieve zorg – Delier/ Complementaire zorg. <http://www.oncoline.nl> Geraadpleegd mei/ maart 2007.
- § Joy, C (2005). Quotes. <http://www.caroljoysings.com/quotes.php> Geraadpleegd maart 2007.
- § Klangwelt (n.b.). Instrumentenbau – Monochord. <http://www.klangwelt-nada.de/monochord.html> Geraadpleegd mei 2007.
- § KWF Kankerbestrijding (2005). Kanker volgens CBS in 2010 doodsoorzaak nummer 1. http://www.kwfkankerbestrijding.nl/content/pages/Kanker_volgens_CBS_in_2010_doodsoorzaak_nummer_1.html. Geraadpleegd april 2007.
- § Nordoff-Robbins Music Therapy (2005). About music therapy – The NR approach. <http://www.nordoff-robbins.org.uk/about/nrapproach/> Geraadpleegd mei 2007.
- § PolyglobeMusic (n.b.). Cd's – Therapy Music. http://www.polyglobemusic.at/cd/uebersicht_e.php?keyword=45 Geraadpleegd mei 2007.
- § Stichting Wega (2007). Studiegroep 'Muziek in de laatste levensfase'. www.lyreworld.net Geraadpleegd februari 2007.
- § Wikipedia (2006a). Artikel endorfine. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Endorfine> Geraadpleegd april 2007.
- § Wikipedia (2006b). Artikel Schlitztrommel. <http://de.wikipedia.org/wiki/Schlitztrommel> Geraadpleegd april 2007.
- § Wikipedia (2007a). Artikel delier. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Delier> Geraadpleegd mei 2007.
- § Wikipedia (2007b). Artikel koto. http://nl.wikipedia.org/wiki/Koto_%28instrument%29 Geraadpleegd mei 2007.
- § Wikipedia (2007c). Artikel monochord. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Monochord> Geraadpleegd mei 2007.
- § Wikipedia (2007d). Artikel tanpura. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Tanpura> Geraadpleegd mei 2007.

- § Wikipedia (2007e). Artikel modaliteit. http://nl.wikipedia.org/wiki/Modaliteit_%28muziek%29
Geraadpleegd mei 2007.
- § World Health Organization (2004a). Programmes and projects – Health Evidence Network – Evidence reports. <http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/palliative/20040723> Geraadpleegd maart 2007.
- § World Health Organization (2004b). Programmes and projects – Health Evidence Network – Evidence reports. http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/palliative/20040722_3
Geraadpleegd maart 2007.
- § Uitvaart Kompas (n.b.). Interview met E. Couette.
<http://www.uitvaartkompas.nl/themes/sept/content/expert.php>. Geraadpleegd april 2007.

Bijlagen

Bijlage 1: Afbeeldingen kantele en ocean drum (p. 54)

Bijlage 2: Afbeeldingen tanpura en monochord (p. 55)

Bijlage 3: Afbeeldingen Veeh-harp en koto (p. 56)

Bijlage 4: Afbeelding sansula (p.57)

Bijlage 5: Vragenlijst Dorothé van der Hoeven (p.58-60)

Bijlage 6: Vragenlijst Deforia Lane (p. 61-63)

Bijlage 7: Vragenlijst Petra Rosenberg (p. 64-66)

Bijlage 8: Vragenlijst Boy Kollée (p. 67-69)

Bijlage 1

Kantele:



Ocean drum:



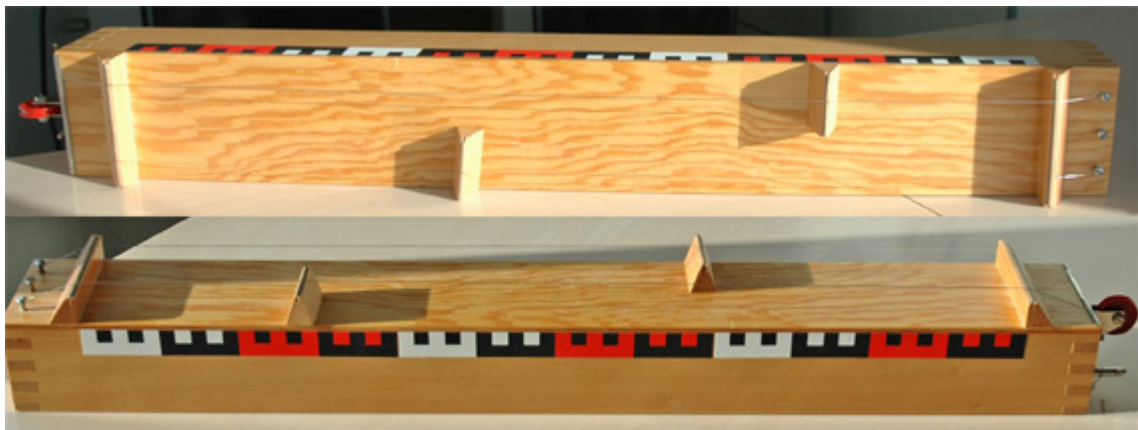
Bijlage 2

Tanpura:

(1. Deluxe tanpura; 2. Professionele concert tanpura)



Monochord:



Bijlage 3

Veeh-harp:

(2 formaten)



Koto:



Bijlage 4

Sansula:



© Stiggelbout Slagwerk

Bijlage 5

Vragenlijst Dorothé van der Hoeven

1. Hoe lang bent U al werkzaam als muziektherapeut(e)?

12 jaar

2. En met stervensbegeleiding?

*10 jaar in U.M.C. Utrecht
5 jaar in hospice in Vleuten en Tiel*

3. Werkt U ook met andere doelgroepen?

Oncologie (dus ook met stervensbegeleiding)

4. Waarom doet U stervensbegeleiding? Hoe bent hiermee U in contact gekomen? Wat spreekt U aan?

Ik vind het een boeiende patiëntengroep. Het hele persoonlijke spreekt me aan; hoe zijn mensen zo geworden. Het psychodynamische aspect fascineert mij (coping).

5. Zijn er bepaalde theorieën of uitgangspunten die U gebruikt in het werken met deze mensen? En waarom?

Antroposofische werkwijze gebruik ik niet meer omdat het een dit in feite een oefentherapie is. Het oefenelement bevalt me niet meer.

Muzikale fenomenen; Wat is de werking van bijvoorbeeld tempoversnellingen, het verschil tussen majeur en mineur? Ook de combinatie tussen muzikale fenomenen en persoonlijke fenomenen.

Intuïtie is niet het voornaamste (< 40%). Intuïtie kan mensen bang maken en als therapeut kan je je er achter verschuilen. Het gaat voornamelijk om inspiratie. Je bent geïnspireerd en van daaruit handel je in de MT-sessies. Kennis en vaardigheden combineer je met inspiratie op het moment zelf.

6. Welke indicaties en doelstellingen worden er gesteld in de muziektherapie?

Doelstellingen worden niet vooraf gesteld omdat dat niet werkt bij deze doelgroep. Het gaat erom gewaar te zijn in het moment en te refereren aan de hulpvraag van de cliënt wanneer de MT iets kan toevoegen (dit kan ook betekenen terughouden, 'niets doen' (maar toch aanwezig zijn) of stiltes toelaten tijdens de sessies)

7. Welke technieken/werkvormen gebruikt U in de praktijk?

Improvisatie (vanuit Nordoff-Robins) wordt veel gebruikt. Ik gebruik basisthema's waarop 'eindeloos' geïmproviseerd kan worden. Thema's worden herhaald zodat de cliënt deze kan herkennen. 'Song choice' kan alleen gebruikt worden wanneer je langer met een cliënt kan werken. En verder gebruik ik ademhalingsmethoden: allereerst sluit je aan bij de cliënt; vervolgens verlaag je het tempo iets; dan verhoog je het tempo weer om tenslotte op het tempo te komen dat je wilt bereiken.

8. Heeft U bepaalde muziekinstrumenten/materialen die bij U de voorkeur genieten?

Met name snaarinstrumenten zijn geschikt in het werken met stervenden. De lier gebruik ik heel veel in therapie sessies. En verder verschillende soorten harpen, monochord (2-zijdig met aan 1 kant een soort tamera) en ook maak ik gebruik van Cd's. In feite kunnen alle soorten muziek gebruikt worden (naar gelang de behoefte van de cliënt). Ik maak selecties op Cd's. Dit kan in de loop van tijd veranderen en hier moet je als muziektherapeut op in spelen. Wanneer een bepaald lied of muziekstuk op de Cd's niet meer aanslaat kan dit te belastend zijn voor de cliënt. Cd's kunnen vooral nuttig zijn op tijden wanneer de muziektherapeut niet aanwezig is ('s nachts).

9. Werkt U alleen of met meerdere personen in een sessie?

Ik werk alleen in sessies maar het contact met anderen (verpleegkundigen, geestelijk verzorger, familie) is essentieel. En met name het afstemmen op elkaar; de wisselwerking. Patiënten willen soms momenten voor zichzelf hebben, dus dat ze liefst alleen met de muziektherapeut willen zijn.

10. Hoe interpreteert U de gedragen van de cliënt? En hoe reageert de therapeut daarop? (uitgaande van de beleving van de stervende?)

Dit is een vraag die zo'n breed thema omvat dat ik er eigenlijk geen passend antwoord op kan geven. Wat ik wel kan zeggen is dat lichaamstaal heel erg belangrijk kan zijn. Ik let bijvoorbeeld op ademhaling, ogen van de cliënt en of hij of zij iets met de handen doet).

11. Heeft U contact met andere muziektherapeuten die aan stervensbegeleiding doen? Zijn er overeenkomsten/verschillend in hoe er gewerkt wordt? (Verschillende uitgangspunten, instrumentarium, houding, contact, etc.)

Duitse werkgroep met 12 muziektherapeuten. Er zijn veel overeenkomsten wat betreft instrumentarium en uitgangspunten. Praktische uitwerking kan onderling erg verschillend zijn.

12. Wordt U benaderd door een instelling/hospice/etc om aan stervensbegeleiding te doen? M.a.w. hoe krijgt U het werk aangeboden?

Ik word gevraagd door een instelling

13. Worden familieleden toegelaten bij MT-sessies en hoe reageren zij hierop?

Familieleden reageren hoofdzakelijk enthousiast. Contactmomenten kunnen soms tijdens de MT-sessies duidelijker naar voren komen dan verbaal. Soms is het fijner om alleen met de cliënt te zijn.

14. Hoe werkt U met verschillende culturele achtergronden in de MT-sessies?

Hier heb ik niet veel ervaring mee. Met de tanpura heb ik aansluiting kunnen vinden met mensen uit verschillende culturen (zoals Suriname). Het gaat erom je aan te passen aan de cliënt en op die manier aansluiting vinden.

15. Ziet U ontwikkelingen? Bijv. in de maatschappij, (naams)bekendheid, acceptatie, behoeften van mensen, toenemende vraag, etc.

Patiënten staan steeds bekender tegenover muziektherapie. Ik zit bij een platform "Leven met kanker" waarbij verschillende disciplines samenkomen om het werken te verbeteren. In de toekomst wil ik me meer gaan richten om muziektherapie aan te bieden in thuissituaties. De patiënten kunnen zelf kiezen of ze muziektherapie willen (vanuit bijvoorbeeld PGB). Mensen weten dat je muziek doelgericht kunt gebruiken (i.p.v. alleen maar te luisteren voor je plezier).

16. Vindt U MT een (duidelijke) meerwaarde hebben in stervensbegeleiding? En waarom?

Het blijkt uit een onderzoek dat stervenden het ervaren van contact het belangrijkste vinden in de MT-sessies (34%). Bestrijding van pijn en andere symptomen wordt maar door ongeveer 14% als voornaamste reden voor muziektherapie genoemd. Ook het verwerken van gevoelens vinden de meeste minder belangrijk dat het aangaan van contact. Stervensbegeleiding is ook een manier om contact te maken.

17. Wat vindt U zelf het belangrijkste in het werken met deze mensen? (Contact, sfeer, openheid, resultaat, ingaan op de wensen, etc.)

Het is belangrijk om je eigen ego te kennen, om ermee om te gaan en het los te laten. Op deze manier kom je patiënten open en eerlijk tegemoet. Je zelfopvoeding heeft veel te maken hoe je met deze zaken omgaat. Je moet je eigen principes los durven laten. Durf naar jezelf te kijken, wordt gewaar van jezelf; hoe sta ik zelf in een bepaalde situatie. Op deze manier raak je beter georiënteerd in het werken met deze mensen.

Bijlage 6

Vragenlijst Deforia Lane

1. How long have you been working as a music therapist?

27 years

2. And to accompany the dying? And where? (what institution, hospice, etc.)

22 years

3. Do you have clients other than people who are dying?

(e.g. children, adults, specific handicaps)

Adult medical surgical patients; intensive care patients; rehab patients; normal developing children; family members and care givers of patients;

4. Why do you work with the dying? How did you get in contact with it? What attracts you to it? (e.g. education, experiences)

They are a part of my work. I enjoy giving comfort, learning how I can ease the transition from life to death and watching how music can make a difference in breathing patterns, calming, helping family to reminisce, and providing patient and family with the familiar, meaningful, and sacred gift of music.

5. Do you use any specific theories and why?

(e.g. phenomenology, palliative care, specific models)

Different people respond to different approaches, therefore I try to provide individualized interventions - a total eclectic and humanistic approach.

6. Do you have any indications for working with the dying? And do you set goals to accomplish? If yes, which and why?

1. Am I comfortable with them - culturally, musically; 2. Are they comfortable with me and willing to have me with them; 3. Is the patient or family responding favorably; 4. Are the healthcare personnel agreeable; 5. Am I musically competent and psychologically stable; 6. Have previous sessions with the patient/family been beneficial; 7. Goals may include reducing anxiety, decreasing pain perception, entraining respiration rate, distraction, legacy making by recording conversation, last thoughts, songs of family or friends in the room, and providing pleasurable stimulus.

7. Do you use specific techniques? Why these techniques? (e.g. life review, improvisation, song choice, breathing techniques)

I use all of the above in addition to song writing, guided imagery, poetry writing, dance/movement, musical games (name that tune, fill in the missing word, musical bingo); massage, progressive muscle relaxation, drawing to music, music and relaxation and instrument playing.

8. What instruments do you use? Do you prefer live music or taped music? Why?(e.g. voice, harp, monochord, guitar; live music vs. taped music.)

I use and prefer live music. The literature says it is more effective than taped music and I have found it to be true clinically. Patients can use taped music when I am not there. It's my unique tool and I can individualize it immediately, i.e., increase or decrease tempo, change the key, create a variation, etc. When I use dance and massage, drawing or poetry writing, I use background music only if my colleagues or interns are not present to provide live music.

9. Do you work alone or with others in music therapy sessions? (e.g. other music therapists, musicians, volunteers, care takers)

I often have my interns with me and have two other fulltime MT's that are available as well as volunteers, family members and conservatory musicians and orchestra members from time to time.

10. How do you interpret reactions of your client? And how do you react to that? (according to the life world of the client) (For example when a client is not reacting verbally anymore)

If a patient is nonverbal, I watch the monitors for blood pressure, heart rate, respiration rate, and talk to them as though they hear me. It is not always possible to know if what I am doing is making a difference.

11. Do you have contact with other music therapist working with the dying? Are there any similarities/ differences? (e.g. different points of view, other instruments, therapeutic attitude, contact with clients)

I see colleagues at conferences, read their publications and speak with them by phone for advice.

12. Are family members allowed to be in music therapy sessions? How do they react to the music therapy?

Yes. They have found it helpful and tell me how grateful they are.

They talk about the patient, tell me their song preferences, and are often easily engaged and need the support themselves.

13. Have you experienced people from other cultures in your music therapy sessions?

I have experienced patients from Greece, Spain, Arabian countries, Jewish culture, African Americans, Kenyans, Asians, and Caucasians.

14. Can you give an example of what a therapy session looks like?

After reading the medical chart I approach the pt. with several questions: Do you like music? What kind? How are you coping with being here? How have you dealt with challenging times in the past? What do you think you need most at this time? Then I tell them what we offer as music therapists, how it has helped others, try to engage them in music making or listening in order to show immediately how music can affect them. If they like to be in control, I ask them to choose what instrument they'd like us to use for accompaniment, if they want fast, moderate or slow tempo, music with or without words, etc. If they prefer my coming at a later time I will do that. Sometimes sessions involve no music at all, just listening and building rapport with the patient.

15. Do you think music therapy to accompany the dying is developing? (e.g. in society, more familiarity, needs of people, more demand)

Yes. With the increase in hospice care, palliative medicine, Society for the Arts in Healthcare, organizations and the increased awareness of music therapy, thanatologists and music practitioners, this will continue to escalate.

16. Do you personally think music therapy has a significant value in care with the dying? And why?

Yes I do. It can fill the void and space when words cannot.

17. What do you think is most important in working with the dying? (e.g. contact with clients, atmosphere, results, the needs of clients)

My patients teach me how to live and how to die. They allow me in their lives at the height of vulnerability and I am honored by that. They make me feel deep satisfaction and fulfillment. I am overjoyed at seeing how positively they are affected.

Bijlage 7

Vragenlijst Petra Rosenberg

1. Hoe lang bent U al werkzaam als muziektherapeut(e)?

35 jaar

2. En met stervensbegeleiding?

25 jaar

3. Werkt U ook met andere doelgroepen?

Ik geen ook lierles en heb 30 jaar dwarsfluitles gegeven.

4. Waarom doet U stervensbegeleiding? Hoe bent hiermee U in contact gekomen? Wat spreekt U aan? (+ heeft U een opleiding/cursus/etc gedaan?)

*Door in een bejaardenhuis voor de bewoners muziek te maken.
Ik organiseer studie bijeenkomsten over muziek maken bij stervenden en/of dementerende mensen van uit stichting Wega*

5. Zijn er bepaalde theorieën of uitgangspunten die U gebruikt in het werken met deze mensen? En waarom? (Antroposofie, palliatieve werkwijze, fenomenologie, etc.)

Ik heb een antroposofische en Christengemeenschap achtergrond en het tot nu les gegeven op de Wervel

6. Welke indicaties en doelstellingen worden er gesteld in de muziektherapie?

Doelstelling is het welbevinden van de mensen, ze verwennen en vreugde geven zodat ze echt kunnen uitademen.

7. Welke technieken/werkvormen gebruikt U in de praktijk? (zoals 'life review', improvisatie, 'song choice', ademtechnieken)

*Muziek maken op de lier eventueel zingen en op de lier begeleiden.
Veel improvisatie en opletten hoe de mensen reageren.*

8. Heeft U bepaalde muziekinstrumenten/materialen die bij U de voorkeur genieten? (Stem, lier, monochord, etc., live muziek vs. gebruik van Cd's.)

Ik gebruik de lier en de stem

9. Werkt U alleen of met meerdere personen in een sessie? (Meerdere muziektherapeuten, anderen (geestelijk verzorger, etc.))

Ik werk ook met groepen mensen, maar die zijn nog zo mobiel dat ze zitten, vaak in een rolstoel. Dit is nog niet echte stervensbegeleiding, ook al weet je het in een bejaarde huis nooit of het niet de laatste keer is dat je de mensen ziet.

10. Hoe interpreteert U de gedragen van de cliënt? En hoe reageert de therapeut daarop? (uitgaande van de beleving van de stervende?)

De mensen moeten het aangenaam vinden dat ik kom spelen, soms zit ik ook alleen stil naast ze.

11. Heeft U contact met andere muziektherapeuten die aan stervensbegeleiding doen? Zijn er overeenkomsten/verschillend in hoe er gewerkt wordt? (Verschillende uitgangspunten, instrumentarium, houding, contact, etc.)

Ik wissel wel uit met anderen, het verschil met anderen is dat ik vaak heel lang bij de mensen kom, zodat ik ze goed ken in de laatste fase

12. Wordt U benaderd door een instelling/hospice/etc om aan stervensbegeleiding te doen? M.a.w. hoe krijgt U het werk aangeboden?

Ik werk als vrijwilliger in een bejaardenhuis.

13. Worden familieleden toegelaten bij MT-sessies en hoe reageren zij hierop?

Iedereen mag aanwezig zijn tijdens het muziek maken.

14. Hoe werkt U met verschillende culturele achtergronden in de MT-sessies?

Ik zoek zomogelijk uit wat voor religieuze achtergrond is van de mensen, en wat ze als kind graag gezongen hebben. Vaak vinden ze het prettig die liederen weer te horen.

15. Ziet U ontwikkelingen? Bijv. in de maatschappij, (naams)bekendheid, acceptatie, behoeften van mensen, toenemende vraag, etc.

Dat weet ik niet

16. Vindt U MT een (duidelijke) meerwaarde hebben in stervensbegeleiding? En waarom?

Ja, er gaat veel harmoniserende kracht van uit, en intiem samenzijn zonder dat de cliënt hier moeite voor moet doen.

17. Wat vindt U zelf het belangrijkste in het werken met deze mensen? (Contact, sfeer, openheid, resultaat, ingaan op de wensen, etc.)

Stukje vrede brengen.

Bijlage 8**Vragenlijst Boy Kollée****Opmerking:**

Boy Kollée is geen muziektherapeut maar de vragenlijst is wel gericht op muziektherapeuten. Ik heb Dhr. Kollée nog geïnterviewd en deze vragenlijst is een aanvulling daarop. Wanneer er in de vraagstelling muziektherapeut (MT) staat dan dient in acht worden genomen dat Dhr. Kollée werkzaam is als lichaams- en ervaringsgericht therapeut.

1. Hoe lang bent U al werkzaam als muziektherapeut(e)?

15 jaar werk ik als lichaams- en ervaringsgericht therapeut. Sinds 1996 in het Gezondheids Centrum Weert. Ik ben aangesloten bij de volgende beroepsverenigingen: NVPIT, SRBG en TBNG. 30 jaar had ik een muzikwinkel in Weert. Zowel in mijn werk met de begeleiding van mensen las privé is muziek een belangrijk onderdeel in mijn leven. Ik heb enkele ontspannings- en ademhalings-Cd's gemaakt. Sinds de oprichting van het Franciscus Hospice in Weert in 2003 werk ik daar als vrijwilliger.

2. En met stervensbegeleiding?

Sinds 13 jaar de afronding van de opleiding bij het NIS begeleid ik mensen met rouw en stervensbegeleiding.

3. Werkt U ook met andere doelgroepen?

In mijn praktijk als lichaams- en ervaringsgericht therapeut begeleid ik mensen op verschillende manieren met psychosociale ondersteuning.

4. Waarom doet U stervensbegeleiding? A) Hoe bent hiermee U in contact gekomen? B) Wat spreekt U aan? C) heeft U een opleiding/cursus/etc gedaan?

Rouwen en sterven zijn zeer intensieve levensperiodes die een overgang vormen naar een nieuwe levensfase. Het is heel bijzonder mensen et mogen begeleiden in de manier waarop ze met deze periode in hun leven omgaan.

- A) Door de ervaringen tijdens de vroeggeboorte van onze dochter en door de begeleiding van de ziekte en het sterven van mijn jongste zus aan kanker.*
- B) In de nabijheid van de dood is het leven vaak puur.*
- C) Enkele HBO psychosociale therapeutenopleidingen, post HBO opleiding NIS (Nederlands Instituut voor Rouw en Stervensbegeleiding) in Utrecht en cursus muziek bij stervende in Findhorn, Schotland.*

5. Zijn er bepaalde theorieën of uitgangspunten die U gebruikt in het werken met deze mensen? En waarom? (Antroposofie, palliatieve werkwijze, fenomenologie, etc.)

In het Franciscus Hospice is sprake van een palliatieve behandelwijze. Steeds meer ervaar ik dat het werkelijk betrokken en aanwezig zijn, zonder een bepaalde doel, de meeste ondersteuning biedt bij stervenden.

6. Welke indicaties en doelstellingen worden er gesteld in de muziektherapie?

Een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven creëren en al wat mogelijk is in het werk stellen wat dit nodig maakt.

**7. Welke technieken/werkvormen gebruikt U in de praktijk?
(zoals 'life review', improvisatie, 'song choice', ademtechnieken)**

Zoals gezegd; geen techniek is de beste techniek. Dát wat de stervende dient is bruikbaar. Dat kan zijn het luisteren naar Cd's met zijn of haar favoriete muziek, aanwezig zijn, stilte, of het zelf spelen van de favoriete muziek van de stervende.

Belangrijk te vermelden dat ik niet als therapeut in het hospice werkzaam ben maar als vrijwilliger en uit dien hoofde ik er helemaal kan zijn zonder verwachtingen.

8. Heeft U bepaalde muziekinstrumenten/materialen die bij U de voorkeur genieten? (Stem, lier, monochord, etc., live muziek vs. gebruik van Cd's.)

Er is in het hospice in Weert alleen een elektronisch orgel beschikbaar, een piano zou mooier zijn omdat die meer uitdrukkingmogelijkheden heeft.

**9. Werkt U alleen of met meerdere personen in een sessie?
(Meerdere muziektherapeuten, anderen (geestelijk verzorger, etc.))**

Als vrijwilliger werk ik altijd samen met en onder leiding van een gediplomeerd verpleegkundige.

**10. Hoe interpreteert U de gedragingen van de cliënt? En hoe reageert de therapeut daarop?
(uitgaande van de beleving van de stervende?)**

Meestal kan de stervende nog tot heel laat aangeven wat hij of zij nodig heeft. Is het niet verbaal dan via lichaamstaal. Het is essentieel dat er van tevoren al een vertrouwensrelatie tussen de stervende en vrijwilliger bestaat.

**11. Heeft U contact met andere muziektherapeuten die aan stervensbegeleiding doen? Zijn er overeenkomsten/verschillend in hoe er gewerkt wordt?
(Verschillende uitgangspunten, instrumentarium, houding, contact, etc.)**

Ik heb alleen contact met collega-vrijwilligers die in ons hospice werken.

**12. Wordt U benaderd door een instelling/hospice/etc om aan stervensbegeleiding te doen?
M.a.w. hoe krijgt U het werk aangeboden?**

Muziek maken ontstond spontaan tijdens een vrijwilligersdienst. Slechts een klein gedeelte van de bewoners geeft aan behoefte te hebben aan live muziek. Vaak is er ook niet de tijd of sfeer voor. Inzicht krijgen in dat waar mensen behoefte aan hebben in de laatste fase is niet altijd makkelijk en ligt heel subtiel.

13. Worden familieleden toegelaten bij MT-sessies en hoe reageren zij hierop?

Uiteraard zijn familieleden aanwezig en zij reageren over het algemeen heel positief.

14. Hoe werkt U met verschillende culturele achtergronden in de MT-sessies?

Hier hebben we weinig ervaring in.

15. Ziet U ontwikkelingen? Bijv. in de maatschappij, (naams)bekendheid, acceptatie, behoeften van mensen, toenemende vraag, etc.

Nee.

16. Vindt U MT een (duidelijke) meerwaarde hebben in stervensbegeleiding? En waarom?

Therapie in de zin van iets veranderen, met een bepaald doel werkt averechts. Aanwezig zijn in vrijheid zonder een enkele verwachting of doel kan heilzaam zijn.

**17. Wat vindt U zelf het belangrijkste in het werken met deze mensen?
(Contact, sfeer, openheid, resultaat, ingaan op de wensen, etc.)**

Contact, sfeer, menselijkheid, betrokkenheid, dit alles kan misschien iets bijdragen om het overgaan voor de stervende lichter te maken, zeker weten doen we dit niet.