

Jennifer Zantopp

Muziektherapie als spreekbuis

Onderzoek naar mogelijkheden voor interactie en ziekteverwerking door middel van muziek bij patiënten met globale afasie

Een patiënt met afasie zit opgesloten in een woordeloze wereld, terwijl hij juist de interactie met anderen zo hard nodig heeft om zijn ziekte te verwerken en te komen tot een nieuw zelfbeeld. Kan muziek de plaats van woorden innemen en zo de patiënt mogelijkheden geven om zich uit te drukken?

In de huiskamer van een verpleeghuis zit een vrouw met een verlamde rechterarm stilletjes in een hoek. Zij kijkt wat rond maar lijkt er geen deel aan te nemen. De vrouw geeft geen antwoord op de vraag van een zuster of zij een kopje koffie lust. Ze kijkt met een wat verdrietige blik in richting van de koffietank, even later weer naar beneden.

Wie is deze vrouw?

Mevrouw Muller is 63 jaar oud. Aan een CVA in de linker hersenhelft (cerebro vasculair accident/hersensbloeding) heeft mevrouw een globale afasie en een hemiparese rechts (verlamming aan een lichaamshelft) over gehouden. Mevrouw Muller is door die globale afasie niet meer in staat om een enkel woord te zeggen. Mevrouw reageert wel op haar naam, maar begrijpt niet wat er aan haar wordt gevraagd. Zij kan dus niet zeggen dat zij graag een kopje koffie zou willen. Mevrouw Muller kan op geen enkele manier aangeven wat zij denkt of voelt. Zij heeft het ook een beetje opgegeven om het te proberen.

Verstoken van interactie

Wie ooit met mensen met globale afasie te maken heeft gehad, weet hoe moeilijk het kan zijn om elkaar te begrijpen. Afasie is een ziekte als gevolg van hersenletsel, CVA of hersensbloeding, waarbij de spraak- en taalfuncties gedeeltelijk of helemaal uitvallen. Er zijn verschillende vormen van afasie, waaronder globale afasie waarbij spreken, taal begrijpen, lezen en schrijven niet langer mogelijk zijn. Bij globale afasie is een uitwisseling van informatie (hierna interactie genoemd) nauwelijks mogelijk. Door de hersenbeschadiging is vaak ook het vermogen symbolen, mimiek en geschreven taal te begrijpen aangetast. De patiënt verliest de mogelijkheid om contact te hebben met anderen. De patiënt raakt geïsoleerd van zijn omgeving en zichzelf (Brumfitt, 1993; Lutz, 1996). De mogelijkheden van de patiënt tot interactie zijn zover beperkt dat dit op de oude, vertrouwde manier niet meer mogelijk is. Deze situatie roept vaak hevige emotionele reacties op. De patiënt kan daar door zijn beperkingen geen uiting aan geven, behalve door huilen, passiviteit of boosheid. Het contact met familie en vrienden verloopt moeilijk. Zij zijn even machteloos als de patiënt zelf, met als gevolg dat zij minder vaak op bezoek komen. De patiënt leeft met een onzekerheid over zijn eigen vermogens. Iets wat vroeger zo vanzelfsprekend was (praten, lezen, lachen), lijkt nu niet langer zeker te zijn. Bovendien is hij niet in staat om helderheid hierover te krijgen, omdat het niet mogelijk is wat te vragen of over deze onzekerheid te praten. De patiënt moet zijn zelfbeeld bijstellen en een nieuwe identiteit ontdekken. Dit kan pas als er een rouwproces is geweest om het verlies van de 'oude' identiteit en het contact met mensen (Brumfitt, 1993; Pavlicevic, 1997).

Muziek als uitweg

In het algemeen wordt over muziek, en muziektherapie in het bijzonder, gezegd dat het een middel is om op non-verbale manier gevoelens te uiten. In dit artikel wordt nader bekeken of dit ook van toepassing is bij patiënten met globale afasie.

Interactie op muzikaal gebied zou voor een patiënt met globale afasie een betere weg voor communicatie moeten zijn, dan de nog mogelijke, beperkte interactie op verbaal niveau.

Mevrouw Muller zit stil in een hoekje, kijkt eventjes naar mij op wanner ik haar de linkerhand geef en kijkt dan meteen weer weg. Ze geeft geen reactie op mijn vraag of zij met mij mee wil gaan. Ik besluit om haar mee te nemen. In de ruimte ga ik eerst even rustig naast haar zitten. Mevrouw Muller kijkt niet naar mij om. Na een tijdje begin ik heel zachtjes en in een heel langzaam tempo een bekend welkomstlied voor haar te zingen. Mevrouw kijkt nog steeds niet, maar zie ik een enkele traan over haar gezicht rollen. Ik beëindig het lied weer met stilte. Ik haal de grote trommel en zet deze tussen ons in. Ik geef mevrouw Muller een trommelstok in haar linkerhand. Mevrouw Muller accepteert dit en kijkt enigszins geïnteresseerd naar mij. 'Wat wordt er nu weer van haar verwacht?'

Vraagstelling

Tijdens mijn werk met afatische patiënten maakte ik momenten mee, waarvan ik dacht dat er sprake was van interactie. Dit beruste vaak op mijn gevoel en was weinig concreet. Ik was er onzeker over, omdat ik geen verbale bevestiging van de patiënten kon krijgen.

In het kader van mijn scriptie besloot ik nader te onderzoeken of ik op een andere manier wel bevestiging voor mijn gevoel kon krijgen. Ik wilde achterhalen hoe de interactie ontstaat en of ik deze interactie therapeutisch in kan zetten. Zo ontstond onderstaand onderzoek met als kernvraag:

- Biedt muziektherapie in de eerste fase van de revalidatie van globale afasie een mogelijkheid om, door middel van muziek, met de patiënt tot interactie te komen?
Deelvragen:
 - Kan een buitenstaander de interactie tussen patiënt en therapeut waarnemen?
 - Zo ja, in welke parameter van de muziek en/ of het therapeutisch contact wordt dit duidelijk?
- Biedt deze interactie (met de beperkte mogelijkheden van de afaticus) voldoende mogelijkheid aan de patiënt om emoties te uiten en op deze manier het verwerkingsproces van de patiënt te bevorderen?
(Het feit dat muziek over het algemeen een middel is om emoties te uiten en op deze manier het proces van ziekteverwerking kan ondersteunen, wordt als gegeven beschouwd. Zie Jochims, 1992; Smeijsters, 1992; Bruscia, 1987 en 1998.)

Onderzoeksopzet

De vraagstelling werd door middel van een kwalitatieve onderzoeksopzet benaderd. Voor het onderzoek werden de muziektherapiesessies van twee verschillende patiënten op video opgenomen. Beide patiënten hadden recent een globale afasie en een hemiparese rechts gekregen door een CVA in de linker hersenhelft. Een muziektherapiesessie duurde 30 minuten en vond één of twee keer per week plaats gedurende 11 en respectievelijk 16 weken. Beide patiënten waren schuchter, terughoudend en somber gestemd. Beiden waren niet in staat om een enkel woord te produceren op het moment dat ik ze leerde kennen. De therapie bestond uit vrije improvisatie en het zingen van liederen. Mijn houding was validerend en ondersteunend. Uit alle video-opnames werd een selectie gemaakt (selectie vond subjectief plaats om technische redenen), zodat voor dit onderzoek vier videofragmenten (twee van elke patiënt) van elk 2 à 4 minuten lengte met een stukje vrije improvisatie uit de therapiesessie overbleven.

Ik speel heel zachtjes, maar met duidelijke bewegingen op de trommel. Mevrouw Muller probeert dit na te doen – het lukt redelijk. Ik begin afwisselend met mevrouw Muller te spelen. Zij een klap, ik een klap, zij een klap... Dit gaat een tijdje zo door. Ik speel steeds iets harder. Mevrouw Muller lijkt dit op te merken en kijkt mij met een glimlach aan; zelf harder spelen durft zij niet. Plotseling gaat mevrouw Muller in het dubbele tempo over, zodat onze slagen samenvallen en dan weer een klap van haar alleen komt. Mevrouw Muller trekt het tempo aan. Ik besluit om alle slagen met haar tegelijk te spelen. Mevrouw Muller trekt het tempo verder aan en accepteert dat ik meega. Op een gegeven moment is het tempo zo hoog dat wij niet meer sneller kunnen. Mevrouw Muller breekt af, enigszins uitgeput. Ze kijkt mij aan en lacht. Ik lach terug en maak een gebaar het zweet van mijn voorhoofd te moeten vegen.

Deze fragmenten werden aan een groep van tweedejaars muziektherapiestudenten uit Enschede getoond. Als beoordelingsmethode heb ik de improvisatieanalyse van Bruscia (1987) gebruikt. De studentengroep was beoefend in het uitvoeren van deze methode om vrije improvisaties te beoordelen op interactie. Ieder lid werd verzocht een beoordelingsformulier per videofragment in te vullen, zonder er over te praten.

De beoordelingsformulieren werden door mij met elkaar vergeleken. Overeenstemmingen, punten waarover de groep geen eenduidige mening had en punten waarover geen uitspraken werden gedaan, werden vastgesteld. Een week later werden de video-opnames opnieuw aan de groep getoond. Binnen de groep ontstond discussie over de moeilijkheden tijdens het invullen van het formulier en werden de door mij geconstateerde punten van onenigheid nader belicht.

Onuitgesproken regels

De conclusies die uit de observaties van de studentengroep kunnen worden getrokken, laten duidelijk zien dat de patiënt en therapeut in staat zijn om elkaar op muzikaal gebied te beïnvloeden. Dit vereist waarnemen, ordenen van het gehoorde, reageren op het gehoorde en accepteren van elkaars spel. Dit zijn telkens voorwaarden voor interactie, wat wederom voorwaarde is om als therapeut de ziekteverwerking te kunnen begeleiden.

Laten wij kijken door welke, ook voor buitenstaanders zichtbare, elementen in de improvisatie dit terug is te zien.

Opvallend is dat door de observatiegroep tot uitdrukking werd gebracht dat het muzikale samenspel voornamelijk op onuitgesproken regels gebaseerd lijkt te zijn. Deze regels zijn:

- er wordt door beide partijen dezelfde fraselengte gehanteerd. Beide spelers hebben dus hetzelfde aandeel aan de interactie;
- ‘wanneer jij speelt speel ik niet’;
- er wordt gezamenlijk voor hetzelfde tempo en metrum gekozen en dit wordt gehandhaafd.

Vergelijken wij deze observaties met de gangbare literatuur, dan valt op dat deze muzikaal gevonden fenomenen ook in andere aspecten van het leven een rol spelen. Matarazzo (1964/67 in Remmerswaal, 1998) beschrijft dat er inderdaad onuitgesproken regels bestaan wat betreft de lengte van een gespreksaandeel en de pauzelengte tussen de gespreksaandelen. Volgens de groepsdynamica betekent een langer gespreksaandeel in een dialoog een hogere positie. De constatering, dat in de muziek tussen therapeut en patiënt van hetzelfde aandeel sprake is, brengt tot uitdrukking dat de interactie in de muziek ondanks de beperkingen van de patiënt op gelijkwaardig niveau plaats kan vinden. Volgens Ruud (1998) is een gezamenlijk tempo/metrum (Ruud noemt dit puls) voorwaarde om in ‘the same groove’ (pag. 157) te komen. Ook Pavlicevic (1997) beschrijft dat zij in de therapie haar tempo aan dat van de patiënt aanpast om in contact te kunnen komen. Zij breidt dit onderwerp uit met de

constatering dat wij door onze reacties op de acties van de partner, de interactie in stand houden (pag. 108). Door het blijven accepteren en terugspelen van dezelfde frase in hetzelfde tempo, houden therapeut en patiënt de interactie gaande. De interactie is gewenst en wordt daarom niet onderbroken.

De geobserveerde patiënten hebben de speelsituatie met de therapeut geaccepteerd, kunnen deze hanteren en kunnen op een gelijkwaardig niveau met de therapeut acteren.

(Gelijkwaardig betekend in dit geval dat de therapeut zich dusdanig aan de beperkingen van de patiënt kan aanpassen dat de relatie gelijkwaardig lijkt. Een therapeut is echter vanwege zijn opleiding en achtergrond nooit gelijkwaardig aan een patiënt.) Afasiëpatiënten hebben verbaal vaak last van een zeer vertraagd reactiepatroon. Zouden wij op verbaal niveau deze regels voor interactie toepassen, dan wordt onze taal grotesk en onnatuurlijk. Op muzikaal niveau is het dus duidelijk makkelijker voor zowel de therapeut als de afasiëpatiënt, om op gelijkwaardig niveau met elkaar in contact te komen. Elkaar accepteren en op dezelfde manier kunnen communiceren is een voorwaarde voor het kunnen begeleiden van ziekteverwerkingsprocessen.

De onuitgesproken afspraak om beurtelings te spelen komt mogelijk voort uit de cognitieve beperkingen van de patiënt. Het gelijktijdig uitvoeren van handelingen (luisteren en spelen) en het waarnemen van voor- en achtergrond zijn complexe handelingen die door de ziekte zijn aangetast. Het om de beurt spelen is overzichtelijker. Uit psychologische hoek bekeken zou het ook symbool kunnen staan voor een nog aftastend contact tussen therapeut en patiënt.

Gebruik van vitaliteitsaffecten

Verder werd door de onderzoeksgroep geobserveerd dat patiënt en therapeut vaak gebruik maken van hetzelfde energielevel. Samen voeren zij volumewisselingen uit en stralen zij hetzelfde niveau aan vitaliteit uit (bijvoorbeeld ook aan de lichaamshouding te zien).

Ontwikkelingspsycholoog Stern (1994) beschrijft dit fenomeen in zijn ontwikkelingstheorie als de communicatiemogelijkheid tussen moeder en baby. Stern legt uit dat alle handelingen gekenmerkt zijn door 'vitaliteitsaffecten'. Dit zijn affecten die volgens Stern het beste met dynamische, kinetische begrippen te omschrijven zijn. Stern geeft aan dat alle handelingen van een moeder dusdanig op het energieniveau van het kind zijn afgestemd, dat deze bij de vitaliteit van het kind aansluiten. Om een kind tot rust te brengen is het volgens Stern verstandig om eerst bij het kind aan te sluiten en dan langzaam op een lager energieniveau over te gaan. De handelingen (bijvoorbeeld wiegen, een lied zingen, voorlezen) op zich maken weinig verschil uit, aldus Stern. Een moeder kan dus met het zingen van een lied mogelijk hetzelfde effect bereiken als met het wiegen of praten tegen het kind, mits zij goed gebruik kan maken van de vitaliteitsaffecten. Muziektherapeute Pavlicevic (1997) refereert aan Stern en zegt dat vitaliteitsaffecten direct te vertalen zijn in muzikale begrippen zoals crescendo (geleidelijk sterker worden), diminuendo (geleidelijke zachter worden), meno mosso (minder levendig) en calando (langzamer en zachter wordend).

Uit de observaties van het onderzoek valt af te leiden dat ook afasiëpatiënten nog gebruik kunnen maken van deze vitaliteitsaffecten. Op deze manier kan gelijkheid in de muziek worden bereikt. Verder beredeneerd betekent dit, dat via het hanteren van deze affecten, de therapeut in staat is (net als de moeder bij haar kind) om de affecten van de patiënt te beïnvloeden. Dit betekent tevens dat de therapeut invloed op de emoties van de patiënt heeft en zo de ziekteverwerking kan begeleiden. Bruscia (1987) beschrijft het meegaan of geleidelijk veranderen van het energielevel van een muzikale improvisatie met de improvisatorische techniek 'pacing'.

De observatiegroep constateerde verder dat de patiënt in staat is om de leiding (het initiatief) te nemen en dat de therapeut in staat is dit initiatief goed te begeleiden. De Bakker (1993) beschrijft deze techniek als 'containment', Bruscia (1987)) noemt deze improvisatorische

techniek 'holding'. Door de groep werd het initiatief van de patiënt als 'emotie-uitbarsting' beschreven. Hieruit blijkt dat de patiënt kennelijk in staat is om emoties in muziek uit te drukken. De therapeut beschikt over de mogelijkheid de emoties adequaat in de muziek op te vangen. Dit is wederom voorwaarde voor het kunnen begeleiden van het ziekteverwerkingsproces. Ziekteverwerking is daarnaast echter een proces van het doorleven, uiten en onderzoeken van verschillende emoties.

Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat de therapeut via een muzikale improvisatie op een gelijkwaardig niveau tot interactie met de patiënt kan komen. De patiënt is in staat de interactie in stand te houden en er zelf een initiatief in te nemen. De therapeut is in staat uitingen van emoties van de patiënt op te vangen en te beïnvloeden.

Mij wordt in de casus van mevrouw Muller duidelijk dat interactie op non-verbaal niveau veel makkelijker aan te passen valt aan de behoeftes van de patiënt op dit moment, dan bij verbale interactie het geval is. Door middel van muziek kun je rustig aanwezig zijn en medegevoel tonen door een bepaalde stemming in de muziek tot uitdrukking te brengen. Had ik dit effect met woorden willen bereiken, dan had ik of helemaal moeten zwijgen of juist heel veel moeten praten met woorden die mevrouw toch niet begrijpt. In feite heb ik niets anders gedaan dan haar ondersteuning oftewel containment geven, eenvoudig door mijn aanwezigheid. Dit is een voorbeeld van het werken met de boven genoemde 'vitaliteitsaffecten'. Ik heb mezelf helemaal op haar afgestemd wat betreft energieniveau (rustig wachten, niet meteen acties ondernemen). Natuurlijk ben ik nog steeds van plan om contact met haar te leggen en haar een mogelijkheid te bieden het door mij vermoede verdriet te kunnen uiten. Langzaam probeer ik haar dus op een wat hoger energieniveau te brengen door acties te ondernemen die op een wat hoger energieniveau liggen (zingen van een beginlied, trommel kaarzetten). Ik probeer haar na een tijdje uit te lokken door steeds iets harder te gaan spelen. Mevrouw lijkt dit wel op te merken (aankijken) maar wil of kan hier niet op ingaan. Er ontstaat wel contact. Mevrouw Muller lijkt op dat moment ook minder somber, misschien wil zij met de glimlach ook zeggen 'jij begrijpt mij' of 'dit is leuk'. Uiteindelijk vindt Mevrouw haar eigen weg om wat energie kwijt te raken en mij te laten zien wat haar weg is (overgaan naar dubbel tempo). Ik kan haar weg makkelijk volgen en zo bevestigen dat ik accepteer wat zij doet en haar hierin zal steunen. Het eerste contact tussen ons is gelegd en er lijkt een manier gevonden om samen op onderzoek naar emoties uit te kunnen gaan.

Blijft nog de vraag of deze muzikale en intermenselijke interactie ook kan bijdragen aan de ziekteverwerking.

Rouwen om ziekte

Een proces van ziekteverwerking kan worden vergeleken met een proces van rouwverwerking (Tanner, Gerstenberger, 1988; Dechesne, 1990; De Moor, van Balen, 1990).

Een rouwproces verloopt in verschillende fases die moeten worden doorlopen. Het blijven hangen in een fase wordt als pathologische rouw beschreven. Hieruit kan bijvoorbeeld een depressie ontstaan.

De bekendste beschrijving van een rouwproces komt van Kübler-Ross (1997). Zij beschrijft de fasen: ontkenning- woede- onderhandelen- depressie- en aanvaarding. De revalidatiepsycholoog Fink (1967 in Dechesne, 1990) voegt aan het model van Kübler-Ross nog de 'acute fase' toe. Hij beschrijft dat deze fase als eerste optreedt en vooral gevoelens van angst en machteloosheid oproept. In de vroege fase van rehabilitatie kunnen wij ervan uitgaan dat wij vooral met de acute fase en de fase van ontkenning te maken zullen hebben. In beide fasen is het belangrijk een veilige omgeving voor de patiënt te scheppen. Veiligheid scheppen betekent de patiënt opvangen, naar hem luisteren en een goede therapeutische relatie met de

patiënt opbouwen (zie ook Benson, 1980, pag.195; Jochims, 1992; Brumfitt, 1993; Hora, 1959 in Remmerswaal, 1998). Dan wordt het voor de patiënt mogelijk de crisis van ‘verloren identiteit’ te overwinnen, de ziekte te verwerken. Want zoals Hora (1959 in Remmerswaal, 1998, pag.137) zo treffend formuleert: “Om jezelf te begrijpen, moet men begrepen worden door een ander.”

Over het algemeen wordt het begeleiden van een rouwproces als taak van een psycholoog gezien. Psychotherapie vereist taalvaardigheid, probleemoplossend denkvermogen, verbaal denkvermogen en initiatief (Dechesne, 1990). Vooral verbaal denken en taalvaardigheid zijn juist bij patiënten met afasie een probleem. Dat is de reden waarom deze begeleidende taak vaak bij logopedisten of maatschappelijk werkers wordt neergelegd (Benson, 1980; Lutz, 1996; Bucher e.a.,1997; Beijer, 1998). Deze hebben hier in de realiteit vaak niet de tijd of de scholing voor. Ook de familie kan deze taak vaak niet op zich nemen, omdat zij zelf ook een deel van hun zekerheid hebben verloren en hun eigen rouwproces doormaken.

In gangbare muziektherapieliteratuur wordt benadrukt dat muziektherapie als psychotherapie kan worden ingezet (Heal, 1991;Smeijsters, 1992; Bruscia, 1998). Men is het er ook over eens dat veranderingen in de muziek zelf kunnen plaatsvinden, zonder verbale uitleg (Bruscia, 1998). Smeijsters (1992) waarschuwt om elke muziek als psychotherapie te beschouwen. Muziektherapie wordt volgens hem pas therapie door de interactie in de muziek en de interventies die de therapeut inbrengt. Deze interventies in de muziek werden door Bruscia (1987) beschreven. Zij behoeven geen verbale toelichting of nabespreking. Het gaat hierbij om puur improvisatorische technieken. Bruscia beschrijft onder het kopje ‘Technieken voor empathie’ mogelijkheden om in de muziek de bovengenoemde voorwaarden (veiligheid, luisteren, therapeutisch contact) te realiseren. Hiermee wordt duidelijk dat muziektherapie een geschikt middel is om de eerste fasen van het ziekteverwerkingsproces te kunnen begeleiden.

Mevrouw Muller kan niet vertellen hoe zij over haar ziekte denkt. Als therapeut is dit 'niet weten' nou eenmaal typerend als je met deze doelgroep werkt. Ook afatische patiënten weten en begrijpen veel dingen niet. Pas wanneer wij dit accepteren kunnen wij hen gelijkwaardig bejegenen. Wij moeten het gedrag in de gaten houden en interpreteren om veranderingen in het psychische welbevinden op te kunnen merken.

Doel van de muziektherapie is in eerste instantie om mevrouw in een betere stemming te brengen. Daar achter speelt bij mij de gedachte dat mevrouw door het veilige contact met mij en het daardoor ontdekken van haar huidige mogelijkheden, straks ook zonder muziekinstrument beter kan laten zien hoe het met haar gaat en wat eventueel haar wensen zijn.

Door een positief contact met mij kan zij uit haar passiviteit komen en zelf meer pogingen doen het contact met anderen te aanvaarden. Daardoor kan de kwaliteit van leven verbeteren. Zelf kunnen en durven aangeven wat je wensen zijn (dorst, vermoeidheid, naar toilet moeten) en samen kunnen lachen zijn essentiële onderdelen van het mens zijn. “Om jezelf te kunnen begrijpen, moet men begrepen worden door een ander” (Hora, 1959 in Remmerswaal, 1998 pag. 137). Wat Hora hiermee tot uitdrukking wil brengen is dat het vertrouwen in en accepteren van mevrouw Muller, voor haar van belang is om haar zelfbeeld positief te beïnvloeden. Je zelfbeeld bepaald ten slotte hoe je in het leven staat en wat je aandurft en wat niet. Negatieve ervaringen (bijvoorbeeld niet worden waargenomen, niet worden gevraagd) kunnen tot gesloten en passief gedrag leiden.

Het verbeteren van de stemming van mevrouw Muller interpreteer ik ook als een stukje ziekteverwerking, namelijk het verlaten van de fase van depressie.

Een onderzoek is nooit perfect...

Dit onderzoek is onderdeel van een afstudeerscriptie, hetgeen impliceert dat het nooit een grootschalig, langdurend en daarmee representatief onderzoek kan zijn. Dit was ook nooit de bedoeling. Daarom zijn een veelvoud aan factoren van het onderzoek onzeker of discutabel. Het onderzoek levert echter wel informatie op die zinvol voor vervolgonderzoeken kan zijn. Om te beginnen zou een onderzoek natuurlijk op een grotere schaal plaats moeten vinden en door een onafhankelijke onderzoeker moeten worden uitgevoerd om de objectiviteit te waarborgen. De ingezette onderzoeksmethode (improvisatieanalyse na Bruscia) is in eerste instantie niet bedoeld voor dit soort onderzoek; de validiteit van deze onderzoeksmethode, zou nog moeten worden getoetst. Misschien dat de door Brumfitt (1998) beschreven onderzoeksmethode een aanvullend instrument kan zijn om de effectiviteit van muziektherapie te onderzoeken. De beschreven beoordelingsgroep en de opdracht aan de beoordelingsgroep, evenals de discussie, zijn factoren die het onderzoek in de richting van mijn verwachtingen zouden kunnen hebben beïnvloed. Met een onafhankelijke onderzoeker is dit te voorkomen. In het verlengde hiervan is zeker interessant te onderzoeken of muziektherapie een effect heeft op 'psychological well-being' (Brumfitt, 1998), het sociale gedrag tegenover verzorging en familie of de geboekte vooruitgang in de logopedie van de patiënt. Interessant lijkt een longtime casestudy om te toetsen in hoeverre en op welke manier de fasen van ziekteverwerking in de muziektherapie terug te zien en te begeleiden zijn.

‘Do we need words?’

Uit het onderzoek wordt duidelijk dat een afasiepatiënt met globale afasie in de eerste fase van revalidatie in staat is om tot interactie met de therapeut te komen. Deze interactie kan ook door buitenstaanders worden waargenomen. Dit wordt vooral in de muzikale elementen tempo, ritme, puls en dynamisch verschil duidelijk en verder in onuitgesproken regels over de manier van samenspelen.

Muzikale interactie lijkt, in vergelijking met verbale interactie, makkelijker en gelijkwaardiger te kunnen verlopen. De muzikale interactie biedt voldoende ruimte voor de patiënt om emoties te kunnen uiten en biedt de therapeut voldoende mogelijkheid om emoties op te vangen en emoties te kunnen beïnvloeden.

Echter, bij muzikale improvisatie blijft altijd een restfactor aan onzekerheid, omdat de therapeut geen duidelijk verbale uitspraken over het onderwerp van de emotie zal hebben, maar zijn eigen interpretatie over het samenspel heeft.

Muziektherapie lijkt een zinvolle bijdrage aan het behandelaanbod voor afasiepatiënten. Duidelijk is ook geworden dat de rol van muziektherapie op het vlak van de psyche komt te liggen, zeker gezien het feit dat psychotherapie door de beperkingen in de taal onmogelijk is geworden.

Om te eindigen nog een laatste essentiële, muziektherapeutische vraag:

‘Do we need words?’ (Ruud 1998)

Het gaat zeker te ver te stellen dat woorden niet nodig zijn. In het geval van afasie heb je maar beperkt de mogelijkheid om met woorden te werken. Dan lijkt muziektherapie deze vraag positief te kunnen beantwoorden met:

‘we need no words!’

Literatuur

www.afasie.nl

- Beijer, H., Psychosociale en emotionele aspecten en problemen bij afatische patiënten, In: Blauw-van Mourik, M. & Koning-Haanstra, M. (red.), Afasie een multidisciplinaire benadering, Stichting Afasie Nederland, Dordrecht, 1998.

- Benson, D.F., Psychiatric Problems in Aphasia, In: Sarno, M.T. & Höök, O.(eds.), Aphasia assessment and treatment, Alquvist und Wicksell, Uppsala, pag.192-202, 1980.
- Bruijn, de T., Vertaling m.b.t.de Improvisation Assessment Profiles van Kenneth E. Bruscia, t.b.v. analyse muziektherapievariant, Unterrichtsmaterial Conservatorium Saxion Hogeschool Enschede, unveröffentlicht, Enschede, 2002.
- Brumfitt, S., Losing your sense of self: what aphasia can do, Aphasiology, Vol 7 No. 6 pag. 569-574, 1993.
- Brumfitt, S., The measurement of psychological well-being in the person with aphasia, International Journal of Communication Disorders, Vol 33, pag.116-120, 1998.
- Bruscia, K.E., Improvisational Models of Music Therapy, Charles C Thomas Publishers, Springfield, 1987.
- Bruscia, K.E., Defining Music Therapy, second edition Barceloner Publishers, Gilsum, 1998.
- Bucher, P.O., Zumsteg, I. & Rentsch, H.P., Sprachrehabilitation bei Aphasie im Konzept der internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) Rehabilitation, Georg Thieme Verlag 36, Stuttgart, pag. 238-243, 1997.
- De Backer, J., Containment in Music Therapy, In: Heal, M. & Wigram, T. (red.), Music Therapy in Health and Education, Jessica Kingsley Publishers, London, pag. 32-39, 1993.
- De Moor, J.M.H. & van Balen, H.G.G. (red.), Revalidatiepsychologie, Hoofdstuk: Revalidatiepsychologie: een plaatsbepaling, Dechesne, B.H.H., pag. 1-18, Van Gorcum, Assen/ Maastricht, 1990.
- Heal, M., Psychoanalytisch oriënteerte Musiktherapie bei geistig Behinderten, Musiktherapeutische Umschau, Vol 12, pag.110-127, 1991.
- Jochims, S., Emotionale Krankheitsverarbeitungsprozesse in der Frühphase erworbener cerebraler Läsionen, Musik- Tanz- und Kunsttherapie, Vol 3, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, pag.129-136, 1992.
- Kübler-Ross, E., On death and dying, Touchstone, 1997.
- Lutz, L., Das Schweigen verstehen - Über Aphasie, Springer, Berlin, 1996.
- Pavlicevic, M., Music Therapy in Context - Music, Meaning and Relationship, Jessica Kingsley Publishers, London, 1997.
- Remmerswaal, J., Handboek Groepsdynamica, Uitgeverij H. Nelissen B.V., Soest, 1998.
- Ruud, E., Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture, Barceloner Publishers, Gilsum, 1998.
- Smeijsters, H., Indicatie en analogie: kan muziektherapie beschouwd worden als een vorm van psychotherapie?, Tijdschrift voor psychotherapie, Vol 18 (2), pag. 88-101, 1992.
- Stern, D.N., Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart, 1994.
- Tanner, D.& Gerstenberger, D., The grief response in neuropathologies of speech and language, Aphasiology, Vol 2, pag.79-84, 1988.

Dit artikel is een vertaling en samenvatting van de afstudeerscriptie ‘Sprachlos für immer...!?’ in het vak muziektherapie, ingediend aan de Saxion Hogeschool Enschede in mei 2002. www.zantopp.de/jennifer

