**Brengt spraakmuziektherapie chronische afasiepatiënt weer tot spreken?**

**Speech Music Therapy for Aphasia als behandelmethode voor mensen met chronische globale afasie**

* **Eindproductverslag -**



Ludger Stuijt  
1632323  
HU Amersfoort , Creatieve Therapie, muziek  
consulent: Han Kurstjens

Beoordelend docenten: Hans Horstink en Liesbeth Menken

**Summary**

Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) is a relatively new therapy for aphasia and/or apraxia of speech, developed in Holland since 2003. SMTA research into chronic global aphasia is not yet done before. Characteristics of SMTA and other speech music therapies for this population are searched for by means of literature study, questionnaires and interviews. Analysis of the data by means of aspects of the Delphi method resulted in characteristics for successful treatment of chronic global aphasia.  
SMTA proves to be a suitable treatment for this target group. Several examples are known of clients who could utter only a little nonsense word and after SMTA they could speak several short sentences. Good contact with the client and between the therapists contribute to aa good result. For SMTA being a successful treatment for chronic global aphasia some aspects of the treatment should be accentuated. Practicing SMTA exercises at home should be stimulated as much as possible by engaging the partner. For the SMTA to be established and to be continued clients should referred to an aphasia treatment group or an aphasia choir.

**Samenvatting**

Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) is een relatief nieuwe, in Nederland ontwikkelde behandelingsmethode voor mensen met afasie en/of spraakapraxie. Specifiek onderzoek naar deze methode bij mensen met chronische globale afasie is nog niet eerder gedaan.   
Door middel van literatuurstudie, een vragenlijst en interviews met SMTA behandelaren is onderzocht wat kenmerken zijn van SMTA en andere spraakmuziektherapieën bij deze doelgroep. Door analyse van de resultaten met behulp van aspecten van de Delphi methode is nagegaan welke kenmerken bijdragen aan een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie.   
Uit de literatuur en uit reacties van SMTA behandelaren blijkt dat SMTA een geschikte behandeling kan zijn voor deze doelgroep. Er zijn diverse voorbeelden bekend van cliënten die jarenlang enkel een betekenisloos stopwoordje konden zeggen en na SMTA in staat zijn tot het spreken van korte zinnen. Goed contact met de cliënt en samenwerking tussen logopedist en muziektherapeut waardoor een behandeling ‘op maat’ ontstaat, dragen bij aan een goed resultaat. Wil de behandeling succesvol zijn bij mensen met globale afasie in de chronische fase dan zouden bepaalde aspecten van de behandeling extra benadrukt kunnen worden. Thuis oefenen moet zoveel mogelijk gestimuleerd worden door de partner er actief bij te betrekken. Naast de SMTA en als vervolg erop zouden cliënten verwezen kunnen worden naar een afasie-behandelgroep of een afasiekoor.

**Inhoudsopgave**

Samenvatting (Engels en Nederlands) …………………………………………… 2

Inhoudsopgave …………………………………………………………………………….. 3

Inleiding ……………………………………………………………………………………….. 4

1. Verantwoording Eindproduct ……………………………………………………… 4

1.1. Doel van Praktijkgericht Onderzoek ………………………………………….. 4  
1.2. Conclusies Praktijkgericht Onderzoek ………………………………………….. 4  
1.3. Koppeling conclusie en doel van Praktijkgericht Onderzoek ………… 4  
1.4. Keuze voor artikel als Eindproduct …………………………………………… 5  
1.5. Weglaten eigen casus ………………………………………………………………….. 5

2. Inhoud Eindproduct …………………………………………………………………… 5

Titel ………………………………………………………………………………………… 6  
Inleiding …………………………………………………………………………………………. 6  
Onderzoeksmethode ………………………………………………………………….. 7  
Vergelijkbare muziekbehandelingen ……………………………………………. 8  
SMTA in vergelijking tot andere muziekbehandelingen ………………………. 9  
SMTA in de praktijk toegepast bij cliënten met chronische globale afasie 11  
Indicaties voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie 12  
Conclusie ………………………………………………………………………………………….. 14  
Literatuur …………………………………………………………………………………………. 15  
Over de auteur ………………………………………………………………………………. 16  
Samenvatting ……………………………………………………………………………….. 16

3. Evaluatiecriteria en Evaluatiegroep …………………………………………….. 17

3.1. Leden Evaluatiegroep ………………………………………………………… 17  
3.2. Evaluatievragen ……………………………………………………………………. 17  
3.3. Vorm van evaluatie …………………………………………………………………….. 18  
3.4. Evaluatiecriteria ………………………………………………………………………. 18  
3.5. Ontvangen feedback ……………………………………………………………………….. 18

4. Aanbevelingen …………………………………………………………………….. 19

Bronnenlijst ……………………………………………………………………………….. 19

Bijlage 1 Voorlopige conclusie Praktijkgericht Onderzoek ……………………….. 20

Bijlage 2 Feedback op voorlopige conclusie ………………………………………………... 22

Bijlage 3 Feedback op artikel – versie 31 mei ……………………………………… 25

Bijlage 4 Artikel – versie 31 mei, met feedback Piet Koek en Tea Reitsma 29

**Inleiding**

Doel van het onderzoek was de beschrijving van aanpassingen van SMTA die leiden tot de betere resultaten bij de behandeling van chronische globale afasie. Aanpassing van SMTA is echter (nog) niet nodig. De conclusie van het onderzoek is dat de SMTA methode in grote lijnen volstaat voor deze bepaalde doelgroep en dat er slechts sprake is van accentverschillen in vergelijking tot de behandeling bij cliënten met minder ernstige afasie in de revalidatiefase. Het blijkt (nog) niet nodig en niet wenselijk een aparte methodiek te beschrijven. Om de resultaten van het praktijkgerichte onderzoek bekend te maken bij behandelaren van chronische globale afasie volstaat een artikel.  
Hoewel toegewerkt is naar een artikel dat aan alle eisen voldoet voor plaatsing in een vaktijdschrift ligt de focus meer op het onderzoek en minder op het eindproduct. Door de omvang van het eindproduct (11 pagina’s) is de maximale toegestane omvang van het eindproductverslag overschreden. Hiervoor is fiat gegeven door consulent Han Kurstjens.

1. **Verantwoording Eindproduct**

**1.1. Doel van Praktijkgericht Onderzoek**Doel van het praktijkgerichte onderzoek was de beschrijving van aanpassingen van SMTA die leiden tot betere resultaten bij de behandeling van chronische globale afasie. Aanpassing van SMTA is eerder gedaan bij de ziekte van Huntington. Zo is op basis van SMTA de Huntington Speech Music Therapy (HSMT) ontwikkeld (Brandt, 2012). Of aanpassingen van SMTA zinvol en noodzakelijk zijn voor succesvolle behandelingen van chronische globale afasie zou dit onderzoek moeten uitwijzen. Na beantwoording van de deelvragen en het beschrijven van concepten door de resultaten te clusteren kon de hoofdvraag beantwoord worden, tevens de conclusie met aanbevelingen voor de praktijk.

**1.2. Conclusie Praktijkgericht Onderzoek**Vastgesteld kan worden dat SMTA een geschikte behandeling is voor mensen met afasie en veel kan betekenen voor cliënten met chronische globale afasie. Deze bewering wordt gestaafd door drie voorbeelden van cliënten die jarenlang enkel een betekenisloos stopwoordje konden zeggen en na SMTA in staat zijn tot het spreken van korte zinnen. Bovendien neemt door SMTA niet alleen de taalproductie toe maar in veel gevallen ook de eigenwaarde en durven cliënten weer communiceren.

**1.3. Koppeling conclusie en doel van Praktijkgericht Onderzoek**Aanpassingen van SMTA blijken niet echt nodig. Sommige aspecten van SMTA moeten extra benadrukt worden bij mensen met globale afasie in de chronische fase, zoals de individuele afstemming op de cliënt, het kiezen van woorden die functioneel zijn en betekenis hebben en het stimuleren van de cliënt en de partner om zoveel mogelijk thuis te oefenen. Deze aspecten maken al deel uit van de SMTA procedure. Ook de mogelijkheid de therapie langer te laten duren strookt met de oorspronkelijke opzet. Het enige wat zou kunnen worden toegevoegd is de toepassing van technieken uit de NMT en zangtraining en het doorverwijzen van uitbehandelde cliënten naar een afasie-behandelgroep of een afasie-therapiekoor.

**1.4. Keuze voor artikel als Eindproduct**De conclusie komt er op neer dat de SMTA methode in grote lijnen volstaat voor deze bepaalde doelgroep en dat er slechts sprake is van accentverschillen in vergelijking tot de behandeling bij cliënten met minder ernstige Broca afasie in de revalidatiefase. Het blijkt niet nodig en niet wenselijk een aparte methodiek te beschrijven. Om de resultaten van het praktijkgerichte onderzoek bekend te maken bij behandelaren van chronische globale afasie is gekozen een artikel. Hopelijk kan het geplaatst kan worden in het Tijdschrift voor Vaktherapie

**1.5. Weglaten eigen casus**Hoewel participerende observatie in het onderzoek de derde databron vormt, naast literatuur en informatie van SMTA behandelaren, is de eigen casus in het eindproduct weggelaten. Er zijn een aantal redenen om de informatie over de eigen N=1 gevalsstudie niet in het eindproduct op te nemen:  
De auteur is (nog) geen ervaren SMTA-therapeut. Bij aanvang van de behandeling van dhr. Jansen moest de tweede en afsluitende cursusdag SMTA nog gevolgd worden.   
Hannah van Toor, de logopedist met wie de SMTA behandeling met dhr. Jansen werd gedaan had de SMTA cursus niet gevolgd en had nooit eerder zo’n behandeling gedaan. De logopedist die wel ervaring had was niet in de mogelijkheid de therapie te geven.  
Een andere reden om de eigen casus niet in het eindproduct op te nemen was de ernst van de afasie en de moeite die dhr. heeft met zingen. Waar de meeste cliënten meteen al een klank of woord volgens de melodie kunnen zingen was dhr. Jansen hier na weken therapie nog niet toe in staat. Dhr. heeft nooit veel affiniteit gehad met zingen. Dit is een contra-indicatie voor een succesvolle therapie.  
Het zelf werken volgens de SMTA met een cliënt met chronische globale afasie is wel leerzaam geweest en heeft ook tot resultaten geleid. Na verloop van tijd produceerde dhr. Jansen op sommige momenten een prachtig diep geluid dat hij voorheen niet liet horen.

**2. Inhoud Eindproduct**

Op de volgende 11 pagina’s staat het integrale artikel.

**Ludger Stuijt**

**Brengt spraakmuziektherapie chronische afasiepatiënt weer tot spreken?**

**Speech Music Therapy for Aphasia als behandelmethode voor mensen met chronische globale afasie**

Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) is ontwikkeld vanaf 1997 binnen Revalidatie Friesland. De therapie wordt binnen revalidatiecentra met name toegepast bij mensen die korter dan een half jaar afasie en/of spraakapraxie hebben, hoewel sommige cliënten behandeld worden tot enkele jaren na de CVA. De auteur onderzocht hoe met deze behandelmethode optimale resultaten kunnen worden bereikt bij mensen met chronische globale afasie.

**Inleiding**

Wanneer iemand als gevolg van hersenletsel niet meer goed kan spreken is er sprake van afasie en/of spraakapraxie. Afasie ontstaat meestal door een CVA (Cerebro Vasculair Accident), ook wel beroerte genoemd. Globale afasie is een ernstige vorm van afasie waarbij iemand helemaal niet meer kan spreken of voortdurend nietsbetekenende woorden zegt zoals 'jeetje' of 'moeilijk'. Globale afasie komt relatief vaak voor. Wanneer de afasie langer dan een jaar duurt spreekt men van chronische afasie. Spontaan herstel is dan vrijwel niet meer mogelijk. Dit heeft zeer grote gevolgen voor de cliënt in kwestie en kan leiden tot een depressie.

Spraakapraxie heeft als meest opvallende kenmerk het voortdurende zoeken naar de juiste planning en programmering van en/of articulatieplaats van klanken. Ernstige spraakapraxie betekent dat je niet meer doelbewust kan spreken. Spraakapraxie komt vaak voor in combinatie met afasie. In de praktijk is het onderscheid niet altijd duidelijk. Er worden wel testen gebruikt die gericht zijn op deze diagnostiek.   
Over het algemeen is er bij patiënten met globale afasie vrijwel geen vooruitgang meer in spraak wanneer de chronische fase is ingetreden (Faber, 2007).Dit artikel is bedoeld voor iedereen die te maken heeft met chronische afasie, zowel cliënten als mantelzorgers, muziektherapeuten en logopedisten, andere paramedici en artsen, verzorgenden en verpleegkundigen, managers in de zorg en zorgverzekeraars. Getracht wordt een beeld te schetsen wat met SMTA bereikt kan worden bij mensen met chronisch globale afasie.

**SMTA**Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) is een behandelprogramma voor mensen met afasie en/of spraakapraxie. Deze individuele combinatiebehandeling wordt gegeven door een muziektherapeut én door een logopedist. De methodiek is vanaf 1997 ontwikkeld binnen Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag door Joost Hurkmans (linguïst) Tea Reitsma(logopedist) en Madeleen de Bruijn (muziektherapeut). De basis van de methode is enerzijds de ervaring dat zingen het spreken makkelijker maakt, met de Melodic Intonation Therapy (MIT) als uitgangspunt. De MIT is een afasie therapieprogramma dat ontwikkeld is in 1973 en nog steeds wereldwijd gebruikt wordt. Het maakt gebruik van melodische aspecten van taal (intonatie, ritme en klemtoon) om taalproductie te bevorderen.  
Bij SMTA worden alle logopedische oefeningen op muziek gezet. Elke klankenreeks, uitdrukking of zin is gekoppeld aan een vaste op maat gemaakte melodie. De cliënt leert bijvoorbeeld eerst "goedemorgen" zingen. Gaat dat goed, dan gaat hij over naar ritmisch spreken en vervolgens blijft alleen het spreken over. De herhaling tijdens de therapeutische sessie en het dagelijks thuis oefenen zorgen voor het beklijven van de oefenstof, waardoor de cliënt makkelijker op het woord kan komen.  
Tijdens de sessie zit de cliënt tegenover de logopedist, die met hem meezingt en praat en let op de klank- en woordvorming. De muziektherapeut zit ernaast en zorgt voor de muzikale ondersteuning. Er wordt geoefend met woorden, uitdrukkingen en zinnen die de cliënt in het dagelijks leven nodig heeft, bijvoorbeeld de eigen naam en die van de familieleden, begroetingen en standaardvragen zoals ‘Hoe gaat het met jou?’. De muziektherapeut voorziet die allemaal van een unieke melodie. Voor standaarduitdrukkingen als "goedemorgen" heeft de therapeut soms eerder gebruikte melodieën ter beschikking, maar het is de kunst van de muziektherapeut ook standaarduitdrukkingen van een op maat gesneden melodie te voorzien. De aanpak is gestructureerd. Een verkeerde of fout gespeelde melodie kan voor verwarring zorgen.

In hoeverre kan SMTA iemand met jarenlange globale afasie weer tot spreken kan brengen? Door middel van literatuurstudie, een vragenlijst en interviews met SMTA behandelaren is onderzocht wat kenmerken zijn van succesvolle behandelingen bij cliënten met chronische globale afasie. Door analyse van de resultaten met behulp van aspecten van de Delphi methode is nagegaan of deze kenmerken zijn samen te voegen tot een aanpassing van de standaard SMTA behandeling. Doelstelling is het leveren van een bijdrage aan de behandeling van chronische globale afasie.  
Vergelijkbare muziektherapeutische behandelingen bij spraak- en taalstoornissen worden beschreven en vergeleken met SMTA. Resultaten van SMTA bij chronische globale afasie worden op een rijtje gezet en nagegaan wordt in hoeverre de SMTA in de praktijk afwijkt bij deze doelgroep. Vervolgens worden indicaties beschreven voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie.

**Onderzoeksmethode**Literatuur over SMTA-casussen is minimaal, naar de MIT en andere muzikale spraaktherapieën is (veel) meer onderzoek gedaan.   
Joost Hurkmans (een van de ontwikkelaars van SMTA en docent SMTA) heeft richtlijnen gegeven voor de behandeling van een eigen cliënt met chronische globale afasie. Piet Koek (muziektherapeut en docent SMTA) heeft ervaringen gedeeld over SMTA. Twaalf muziektherapeuten en logopedisten die werken met SMTA zijn per mail gevraagd de volgende zes vragen te beantwoorden:

* Heb je ervaring met cliënten met chronische globale afasie, die vrijwel niet konden spreken?
* Welke resultaten heb je kunnen bereiken met SMTA?
* Hoe ziet dat spreken eruit?
* Wat zijn volgens jou criteria voor een positief resultaat?
* Wat zijn contra-indicaties?
* Ben je bereid mij een interview toe te staan over je ervaringen met zulke cliënten?

Negen therapeuten hebben de vragenlijst ingevuld. Vijf therapeuten zijn vervolgens geïnterviewd. Martine Verkade (logopedist) en Rob Volbeda (muziektherapeut) werken bij Zorgspectrum in Houten en zijn samen geïnterviewd. De andere interviews waren met Tineke Geurtsen (muziektherapeut bij Sophia revalidatie in Den Haag), Yolanda Hulscher (muziekagoog bij Esdégé-Reigersdaal in Noord Holland en redacteur/bestuurslid bij Muziekenz.org) en Inke Krudde (muziektherapeut, Spraakmuziektherapie in Amersfoort).

Via aspecten van de Delphimethode zijn de resultaten van de literatuur, de vragenlijsten en de interviews op elkaar gelegd en zijn concepten ontwikkeld. Voorlopige conclusies en het conceptartikel zijn vervolgens geëvalueerd door Yolanda Hulscher, Inke Krudde, Rob Volbeda, Piet Koek en Tea Reitsma (logopedist bij Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag en een van de oprichters van SMTA). Hun feedback is meegenomen in het artikel.

**Vergelijkbare muziekbehandelingen**SMTA is niet de eerste muziekbehandeling bij taal- en spraakstoornissen. Verschillende andere muziekbehandelingen zijn ontwikkeld, met andere accenten. Hurkmans noemt er negen (Hurkmans, 2012). Enkele hiervan worden beschreven en vergeleken met SMTA: Melodic Intonation Therapy (MIT), Modified MIT (MMIT), Expressive Musical Speech Training (EMST) en SIPARI.

**Melodic Intonation Therapy (MIT)**De MIT is een afasie therapieprogramma dat ontwikkeld is in 1973 en nog steeds wereldwijd gebruikt wordt. MIT wordt met name gebruikt door logopedisten, maar soms ook door muziektherapeuten. MIT bestaat uit een serie standaardzinnen, waarvoor met behulp van maximaal 4 verschillende tonen melodieën zijn gemaakt. Op deze wijze wil men zo dicht mogelijk aansluiten bij de intonatie en de articulatie van het spreken. De zinnen worden voorgezongen door de logopedist en daarna gezongen door de patiënt. Bij voldoende resultaat wordt de zin alleen nog ritmisch gesproken en vervolgens zo mogelijk in gewone spreektaal gezegd (Hurkmans, 2012). Een standaard MIT behandeling bestaat uit dagelijkse sessies gedurende 8 weken (Hough, 2010).

De intensieve MIT bestaat uit dagelijks sessies gedurende 12 weken. Deze is systematisch toegepast en geëvalueerd in de afgelopen jaren (Johansson, 2011). Bij een onderzoek bij zes patiënten met chronische Broca afasie die intensieve MIT kregen waren er bij alle zes de patiënten blijvende verbeteringen van spraak (Schlaug, 2009).

**Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT)**De traditionele MIT is in 2000 aangepast om ook afasie patiënten die met de MIT niet geholpen konden worden van dienst te zijn (Baker, 2000).   
De melodieën in de MMIT bestaan uit meer dan 4 tonen en zijn daardoor muzikaler dan bij de MIT en gemakkelijker te onthouden. MMIT maakt gebruik van standaardzinnen, met het doelwoord aan het eind van de zin. Na het zingen van de zin wordt een vraag gesteld en wordt het doelwoord van de zin als antwoord gegeven. Ter afwisseling en ontspanning worden tussendoor bekende liederen gezongen (Hurkmans, 2012).

**Expressive Musical Speech Training (EMST)**Expressive Musical Speech Trainingzoals die ontwikkeld is door Nordoff-Robbinswordt beschrevenbij een man met ernstige globale afasie en apraxie (Hartley, 2010). De eerste muziektherapeutische doelen waren: non-verbale geluiden maken, de juiste toonhoogte vinden, toegenomen concentratie, verbeterde tevredenheid en zelfexpressie.Na 5 jaar individuele muziektherapie begon de man korte woorden te lezen en te uiten. Later leerde hij korte zinnen zingen. De herhaling van de korte zinnen komt overeen met de MIT. De effecten worden versterkt door innerlijke herhaling van de melodische zinnen (Hartley, 2010).

**SIPARI**De SIPARI is de afkorting van Zingen (**S**ingen), **I**ntonatie, **P**rosodie (de melodie en het ritme van de taal), **A**demen, **R**itme en **I**mprovisatie. Het is een door Jungblut in Duitsland ontwikkelde methode uit 2004 die met name gericht is op chronische afasie. Bij SIPARI wordt gewerkt met innerlijk zingen, ademoefeningen en ritme oefeningen. Door improvisaties leert de patiënt communiceren op een non-verbaal niveau.  
In eerste instantie worden oefeningen gegeven waarbij geen woorden gebruikt worden maar klinkers. Het doel is een overgang naar woorden en zinsdelen.  
Jungblut beschrijft een man met chronische globale afasie die 20 maanden behandeld werd met SIPARI en zich na acht jaar verbaal goed kon redden in het sociale leven (Jungblut, 2009). Een ander artikel beschrijft drie cliënten met ernstige chronische afasie en gelijktijdige spraakapraxie die na zes maanden SIPARI therapie alle drie significant vooruit waren gegaan wat betreft taal en spraak (Jungblut, 2014).

**SMTA in vergelijking tot andere muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen**

**Logopedist en muziektherapeut behandelen de cliënt tegelijkertijd.**Bij de MIT en andere muzikale spraaktherapieën is er sprake van één behandelaar, bij SMTA behandelen een spraaktherapeut (logopedist of klinisch linguïst) en een muziektherapeut de cliënt tegelijkertijd. Logopedie en muziektherapie zijn met elkaar verweven. De muziektherapeut heeft talrijke muzikale werkvormen en interventiemogelijkheden om tijdens de sessie contact te maken met de cliënt, met zijn gevoelens, met zijn muzikale mogelijkheden, terwijl de logopedist zich vooral richt op talige en diagnostische aspecten.   
SMTA behandelaren geven zonder uitzondering aan dat de samenwerking vruchten afwerpt.

**SMTA maximaliseert het spectrum van melodie en ritme.**De MIT gebruikt 2 tot 4 tonen. De melodieën in de MMIT bestaan uit meer dan 4 tonen en zijn daardoor muzikaler dan bij de MIT.   
SMTA is een dynamische methode waarbij álle muzikale elementen worden gebruikt: melodie, ritme, metrum, tempo en dynamiek. Volgens SMTA docent Piet Koek kan de muziektherapeut door zijn spel leven blazen in de methode.   
SMTA behandelaren verschillen van mening over de gewenste omvang van het muzikale spectrum. Vooral bij chronische globale afasie moet de melodielijn en voorspelbaarheid van de melodie zo eenvoudig mogelijk zijn.   
  
**Zinnen worden op maat gesneden**Bij MIT en EMST worden standaard frasen gebruikt, zoals ‘goedemorgen’ en ‘dank je’.   
MMIT maakt gebruik van standaardzinnen, met het doelwoord aan het eind van de zin. Na het zingen van de zin wordt een vraag gesteld en wordt het doelwoord van de zin als antwoord gegeven.   
Bij SIPARI leert de cliënt improviseren met taal door melodische en ritmische informatie kortdurend vast te houden en op een eigen wijze samen te voegen met woorden en frasen.   
Bij SMTA wordt gebruik gemaakt van woorden, zinnen en melodieën die op maat gesneden zijn voor de cliënt. Voor een jonge vrouw die graag ging winkelen met vriendinnen werd de volgende zin op muziek gezet: “Wil je met me shoppen”?

**Twee maal per week therapie en dagelijks oefenen**SMTA wordt twee maal per week gegeven waarbij gestimuleerd wordt om dagelijks te oefenen. Op deze manier wordt de intensiteit van SMTA verhoogd en is het te vergelijken met de dagelijkse sessie van de MIT.

**Cliënten die door SMTA tot spreken komen**De meest succesvolle cliënt van Hulscher en Stulp had al tien jaar een zeer ernstige globale afasie en riep alleen maar pottedomme en Wow. Zij is gekomen van niet spreken tot deels weer kunnen spreken, van een globale afasie naar een Broca afasie. Een filmpje van deze cliënt staat op de site van Esdégé-Reigersdaal. Volgens Hulscher en Stulp heeft ze zoveel succes gehad door haar schaamteloosheid en enthousiasme om te willen spreken. Ze vergaf zichzelf fouten en lachte volop om alles. Het hielp dat ze een zeer rustige coachende partner heeft die de SMTA en de juiste bejegening goed snapte. Deze vrouw heeft anderhalf jaar SMTA gehad en aansluitend nog ruim een jaar individueel reguliere logopedie door de SMTA logopediste.

Krudde meldt dat haar meest succesvolle cliënt een jaar globale afasie had toen met de SMTA werd begonnen. Hij was toen 55 jaar oud. Inmiddels heeft hij anderhalf jaar SMTA gehad aangevuld met aspecten uit de Neurologische Muziektherapie (NMT) en zangpedagogische technieken. Dhr. heeft nu een Broca afasie en weet zichzelf verbaal goed duidelijk te maken (bij Broca-afasie is het moeilijk grammaticale verbanden uit te drukken en wordt gesproken in een telegramstijl zonder lidwoorden en bijvoeglijke naamwoorden).

SMTA-docent Piet Koek beschrijft een cliënt met chronische globale afasie die 7 jaar eerder een CVA had doorgemaakt. Bij aanvang van het SMTA traject maakte zij slechts de klank “bededeldee, bededeldee”, na verloop van enkele maanden SMTA kon ze een zevental functionele uitdrukkingen gebruiken, waaronder haar eigen naam en een begroeting. Bovendien kon ze haar in het buitenland wonende broer opbellen en tegen hem zeggen “Hallo Aad”.

Er is nog geen specifiek onderzoek gedaan naar de effectiviteit van SMTA bij afasiepatiënten in de chronische fase. De antwoorden van de SMTA behandelaren geven een wisselend beeld. Een aantal cliënten lukt het enkele korte zinnen te uiten die voor hem/haar belangrijk zijn. Vaak lukt het echter niet de aangeleerde woorden en zinnen verstaanbaar te spreken in de eigen omgeving op het moment dat het actueel is. Toch zijn er volgens Hulscher dan vaak wel resultaten op sociaal emotioneel gebied. Door mee te zingen en de eigen stem (weer) te gebruiken gaan cliënten meer rechtop zitten, wordt hun lijf actiever, verandert hun zelfbeeld, gaan ze daardoor makkelijker communiceren, hebben ze minder last van gêne en gebruiken ze meer hun handen om te communiceren. Verder ziet Hulscher dat sommige cliënten weer gaan schrijven en zich zo kunnen uiten. De SMTA lijkt dus effect te hebben op brede communicatie.

**SMTA in de praktijk toegepast bij cliënten met chronische globale afasie**De eerste zes maanden na een CVA bieden doorgaans de beste kansen op herstel en daar moet gebruik van gemaakt worden. Uiteraard moet de behandeling worden afgestemd op wat de patiënt aankan. Naast de trainingsgerichte therapieën als SMTA en fysiotherapie moeten ook therapieën worden aangeboden die helpen verwerken, zoals individuele muziektherapie en psychologie. Juist naast elkaar en multidisciplinair. Er zijn echter gevallen bekend waarbij tijdelijk met de SMTA gestopt werd en nadruk werd gelegd op fysiotherapie. Na enkele maanden werd de SMTA weer opgepakt ging het makkelijker. Acceptatie van de afasie kan helpen om wat meer open te staan voor behandeling.   
In het SMTA moduleboek wordt geen onderscheid gemaakt tussen behandeling van cliënten in de revalidatiefase en in de chronische fase. Volgens Joost Hurkmans is het raadzaam bij patiënten in de chronische fase woorden en korte zinnen te kiezen die functioneel zijn en gekoppeld zijn aan specifieke communicatieve situaties.

SMTA behandelaren melden dat bij de behandeling van afasiecliënten in de chronische fase meer tijd wordt genomen voor het opbouwen van een relatie. Er wordt ook meer moeite wordt gedaan een grondige kennis te krijgen van de achtergronden van de cliënt om de behandeling zo specifiek mogelijk op de cliënt toe te kunnen spitsen.

Chronische afasiecliënten die verblijven op een somatische afdeling van een verpleeghuis hebben niet altijd de mogelijkheid thuis te oefenen.

Sommige SMTA behandelaren geven aan dat ze naast SMTA ook technieken uit de zangpedagogiek en Neurologische Muziektherapie gebruiken, met name Therapeutic Singing (waarbij o.a. gebruik wordt gemaakt van geautomatiseerde klanken bij apraxie) en MUSTIM (Music Speech Stimulation waarbij geautomatiseerde taal getriggerd wordt door muziek). MUSTIM is niet functioneel in het dagelijks leven maar is wel een wijze om grip te krijgen op taalproductie en het levert succesbeleving.

Therapeuten gaan bij chronische afasiepatiënten vaak lang door, in enkele gevallen ruim een jaar, soms bijna twee jaar. De behoefte om door te gaan is sterk bij veel cliënten. De behandeling wordt dan beschouwd als “onderhoudstherapie”.

**Indicaties voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie**

***Cliënt-kenmerken***

**Begrip is nog in grote mate intact**De aanwezigheid van cognitieve functies zoals geheugen en aandacht die intact gebleven zijn dragen bij aan het herstel (Smania, 2010). Voldoende concentratie en aandacht is een voorwaarde voor behandeling (Jungblut, 2014). Behandeling is het meest gunstig voor patiënten die een goed auditief begrip hebben en het vermogen zichzelf te corrigeren (Strauss Hough, 2010).  
  
**Affiniteit met muziek**  
Volgens de meeste SMTA behandelaren is belangrijk dat de cliënt geen afkeer heeft van muziek. Geen affiniteit met muziek is een contra-indicatie voor SMTA (de Bruijn, 2005). Een cliënt hoeft geen muzikale achtergrond te hebben. Volgens Krudde is het is aan de muziektherapeut om wegen te vinden om de muzikale hersendelen te activeren. Iemand kan ook niet zuiver of nauwelijks zingen maar het toch oppakken.

**Motivatie om te blijven oefenen**Herstel op de lange termijn kan in sommige gevallen worden verklaard door actieve sociale betrokkenheid waardoor de patiënt zijn spraakvermogen blijft oefenen (Jungblut, 2009. Smania, 2010). Vrijwel alle SMTA behandelaren noemen de bereidheid om dagelijks te oefenen een voorwaarde voor het slagen van de therapie. Gebrek aan motivatie van de cliënt is een contra-indicatie voor SMTA (de Bruijn, 2005).  
Soms geeft een cliënt het op omdat de andere vormen van communicatie met partner inmiddels eigen en vertrouwd zijn geraakt ( "waarom moeilijk doen als het makkelijk kan?").

**Partner oefent** **mee**  
Aanmoediging door de omgeving om te spreken is essentieel om de effecten van spraaktherapieën te transformeren in zinvolle verbale communicatie (Johansson, 2011).  
Het helpt als de cliënt een partner heeft die veel mee oefent, ook op spontaan niveau.  
De meest succesvolle cliënt van Hulscher heeft een zeer rustige, coachende partner die de SMTA en de juiste bejegening goed snapt. De vorderingen van de cliënt zijn mede te danken aan deze partner.

**Jonge leeftijd**Een jonge leeftijd draagt bij aan het herstel (Smania, 2010). In het onderzoek van Jungblut bij drie patiënten met ernstige afasie en spraakapraxie is bewust gezocht naar zo jong mogelijke patiënten, twee waren 44 jaar, de derde 53 jaar (Jungblut, 2014). Jongere hersenen herstellen over het algemeen sneller maar het is geen vereiste voor een succesvolle behandeling.

**Fouten durven maken**Piet Koek meldt dat hij meer ingang bij een cliënt heeft als de cliënt zelf luchtig kan omgaan met de afasie. De meest succesvolle cliënt van Hulscher vergaf zichzelf fouten en lachte vaak gedurende de sessie. Mede doordat zij zich niet snel schaamde en door haar enthousiasme om te willen spreken heeft ze veel vooruitgang geboekt. Cliënten die van nature perfectionistisch zijn en alles meteen vlekkeloos willen uitspreken kiezen er soms voor niets meer te zeggen. Ze vallen dan terug op gebaren en andere vormen van non-verbale communicatie.

***Therapie-kenmerken***

**De behandeling duurt lang en is intensief**Volgens Schlaug kunnen therapieën alleen tot meetbare effecten leiden als de interventie zowelintensis alslangdurig. Bij intensieve MIT is er sprake van dagelijks therapie gedurende 10 tot 12 weken. (Schlaug 2009).   
Bij SMTA duurt de therapie doorgaans zolang als het voldoende effect heeft. De logopedist neemt regelmatig tests af om te zien of er nog vooruitgang is. Bij chronische afasie is er in sommige gevallen sprake van één behandeling per week, maar wordt soms langer dan een jaar doorgegaan. Er moet zo vaak mogelijk geoefend worden, liefst dagelijks, maar ook dit is op maat, er wordt gekeken naar wat cliënt en zijn systeem aankunnen. Dit alles maakt SMTA een intensieve therapie.

**De behandelaren zijn gericht op de cliënt**Elke therapeut is gericht op de cliënt. In dit geval houdt dat in dat de gebruikte woorden en uitdrukkingen aan de cliënt worden aangepast, maar ook toonhoogte, tempo, stijl, intonatie, ritme en harmonie. Alle muzikale parameters staan ten dienste van de behandeling “op maat”.

**Aspecten uit de zangtraining**Onderzoek van Tamplin wijst uit dat de vloeiendheid van spreken bij afasiepatiënten verbetert door stemoefeningen en zangtraining (in Johansson, 2011). Krudde meldt dat ze naast SMTA ook gebruik maakt van Therapeutic Singing en technieken uit de zangpedagogiek (resonantie, stem- en ademhalingsoefeningen). Volgens haar zijn verschillende afasiecliënten mede daardoor tot herstel van spraak gekomen.

**Improviseren**Mensen die na een CVA opnieuw moeten leren spreken kunnen er baat bij hebben hun gedachten en gevoelens te uiten in muziek door middel van improvisatie (Hartley, 2010). Dit kan in individuele muziektherapie naast SMTA. Door improvisaties leert de patiënt communiceren op een non-verbaal niveau. In groepstherapie kan improvisatie leiden tot spontane verbale interactie (Jungblut 2009).   
Bij SMTA speelt de muziektherapeut met de muzikale parameters om juist en gericht te kunnen interveniëren. Dat is ambachtelijke muziektherapie (waar je muzikale vaardigheden voor moet hebben), maar geen improvisatie.

**Gebaren**Lichaamstaal is belangrijk, het is de visuele ondersteuning bij spraaktherapie. Het maken van gebaren kan helpen bij het terugkrijgen van woorden bij afasie (Johansson, 2011). Gebaren maken helpt maar wordt niet bewust gedaan bij SMTA. Het hoort bij logopedische interventies, ook om uitingen uit te lokken.

**Thuis oefenen wordt gefaciliteerd**Er kan alleen sprake zijn van herstel als de patiënt dagelijks oefent. Daarom geven SMTA behandelaren opnames mee op een USB-stick of in een schriftje voor de partners. Meezingen lukt meestal al vanaf de eerste dag. De partner moet leren de cliënt zo vaak mogelijk uit te lokken de uitingen ook in het dagelijks leven in te zetten.

**Afasiekoor**Naast of als vervolg op de SMTA behandeling kan deelname aan een koor of een andere vorm van samenzang worden gestimuleerd. In diverse revalidatiecentra zijn er zanggroepen waar cliënten aan kunnen deelnemen, daar buiten kent Nederland verschillende afasiekoren. Bij het afasiekoor van Beweging 3.0 in Amersfoort komt naast het zingen van bekende en aangepaste liederen ook SMTA aan bod. Dat geldt ook voor de afasie-behandelgroep van Esdégé-Reigersdaal in Alkmaar. Daar worden naast het zingen van bekende Nederlandstalige liedjes de aangeleerde SMTA oefeningen herhaald en toegepast in een communicatieve situatie (Hulscher, 2013). Samenzang gebeurt (nog) niet in afasiecentra waar wel groepswerk wordt gedaan maar waar vrijwel niet wordt gezongen.

**Conclusie**SMTA is een geschikte behandeling voor mensen met afasie en/of spraakapraxie en kan veel betekenen voor cliënten met chronische globale afasie. Er zijn diverse voorbeelden bekend van cliënten die jarenlang enkel een betekenisloos stopwoordje konden zeggen en na SMTA in staat zijn tot het spreken van korte zinnen. In veel gevallen is het niet alleen de het spreken dat verbetert, maar juist het weer durven communiceren en de eigenwaarde. Ook dat is winst. Het verdient aanbeveling nader onderzoek te doen naar SMTA bij chronische globale afasie, opdat deze behandelmethode evidence-based wordt en meer ingezet zal worden bij deze doelgroep.

**De ideale cliënt**Wil een SMTA behandeling succesvol zijn bij cliënten met chronische globale afasie dan helpt het wanneer het begrip van de cliënt nog in grote mate intact is, de cliënt jonger dan 60 jaar is, affiniteit met muziek heeft, actief sociaal betrokken is, gemotiveerd is om te blijven oefenen en geen gêne heeft om fouten te maken.

Voor SMTA bij mensen met globale afasie in de chronische fase zouden bepaalde aspecten van de behandeling extra benadrukt kunnen worden.   
**Functionele woorden**Goede informatie over de cliënt is belangrijk om de woorden en muziek op de cliënt te kunnen afstemmen. De te oefenen woorden moeten vooral functioneel zijn en betekenis hebben voor de cliënt. Bij globale afasie leidt dat meestal tot het kiezen voor een naam en een begroeting of een eenvoudige dagelijkse uiting als “dankjewel”.  
**Behandeling op maat door goed contact met de cliënt**De muziektherapeut heeft talrijke muzikale werkvormen en interventiemogelijkheden om tijdens de sessie contact te maken met de cliënt, met zijn gevoelens, met zijn muzikale mogelijkheden. De gebruikte woorden en uitdrukkingen worden aan de cliënt aangepast, alle muzikale parameters staan ten dienste van de behandeling “op maat”.   
**Zangtraining**De muziektherapeut zou zich kunnen bekwamen in zangtraining om de cliënt te helpen goed gebruik te maken van zijn stem en zijn ademhaling. Het toepassen van technieken uit de NMT, zoals TS en MUSTIM, en uit de zangpedagogiek, zoals resonantie, ademhaling en stemtechnieken, kan bijdragen aan een goed resultaat van de SMTA.   
**Duur van de therapie**Het zou mogelijk moeten zijn door te gaan met de therapie zo lang het nog effect heeft. Hierbij is het aan te raden regelmatig tests af te nemen, te evalueren en doelen bij te stellen.   
**Thuis oefenen**Om thuis oefenen zoveel mogelijk te stimuleren zou de partner of mantelzorger actief betrokken moeten worden bij de therapie. Niet alleen door opnames aan de cliënt mee te geven op een USB-stick of in een schriftje maar ook door de partner sessies te laten bijwonen.  
**Afasiekoor**Naast of als vervolg op de SMTA behandeling kan deelname aan een afasiekoor of afasie-behandelgroep worden gestimuleerd.

**Literatuur**

* Baker, F. (2000). Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults With Severe Non-fluent Aphasia. *Music Therapy Perspectives*. 18: 110-114.
* Bruijn, M. de, Reitsma, T. & Hurkmans, J. (2005). Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) behandelprogramma voor afasie en/of apraxie. Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag.
* Bruijn, M. de, Hurkmans, J. & Reitsma, T. (2010). SMTA: Speech Music Therapy for Aphasia, van idee tot klinisch behandelprogramma. *Tijdschrift voor vaktherapie* 6: 3-11.
* Conklyn, D., Novak, E.,Boissy, A., Bethoux, F. & Chemalib, K. (2012). The Effects of Modified Melodic Intonation Therapy on Nonfluent Aphasia: A Pilot Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 55: 1463–1471.
* Docter, C. (2015). Onderzoek afasiekoor. De invloed van zang op het spraakvermogen bij cliënten met afasie. Scriptie. Stenden Hogeschool, Leeuwarden.
* Hartley, M.L., Turry, A. & Raghavan, P. (2010). The Role of Music and Music Therapy in Aphasia Rehabilitation. *Music and Medicine*. 2(4) 235-242.
* Hulscher, Y. (2013). Afasie Behandelgroep. In Nieuwsbrief 3 van Muziekenz.org. [www.muziekenz.org](http://www.muziekenz.org)
* Hulscher, Y. (2014). SMTA nieuws. In Nieuwsbrief 5 van Muziekenz. org. [www.muziekenz.org](http://www.muziekenz.org)
* Hurkmans, J., Bruijn M. de, Boonstra, A., Jonkers, R., Bastiaanse R., Arendzen, H., Reinders – Messelink, H. (2010). Effect muziekbehandeling taal- en spraakstoornissen; een systematische review. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*. 17 (1) 28–44.
* Hurkmans, J., Reitsma, T. & Bruijn, M. de. (2012). Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) Een therapieprogramma voor afasie en verbale apraxie.
* Hurkmans, J., Reitsma, T. & Koek, P. (2014). Module: Speech Music Therapy for Aphasia. Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag.
* Hurkmans, J., Jonkers, R., Bruijn, M. de, Boonstra, A.M, Hartman, P.P., Arendzen, H. & Reinders-Messelink, H.A. (2015). The effectiveness of Speech–Music Therapy for Aphasia (SMTA) in five speakers with Apraxia of Speech and aphasia. Aphasiology. 29 (8): 939-964.
* Johansson, B.B. (2011). Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta Neurologica Scandinavica*: 123: 147–159.
* Jungblut, M., Suchanek, M. & Gerhard, H. (2009). Long-Term Recovery From Chronic Global Aphasia – A Case Report. *Music and Medicine.* 1(1) 61-69.
* Jungblut, M., Huber, W., Mais, C., Schnitker, R. (2014): Paving the way for speech: Voice-training-induced plasticity in chronic aphasia and apraxia of speech – three single cases. *Neural Plasticity* Article ID 841982, 14 pages, http://dx. doi.org/10.1155/2014/841982
* Lazar, R.M. & Antoniello, D. (2008). Variability in recovery from aphasia. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 8 (6) 497-502.
* Meulen, I. van der, Sandt-Koenderman, M. van de, Ribbers, G. (2012). Melodic Intonation Therapy: Present Controversies and Future Opportunities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93 (1) S46-52.
* Schlaug, G., Marchina, S. and Norton, A. (2009) Evidence for Plasticity in White-Matter Tracts of Patients with Chronic Broca’s Aphasia Undergoing Intense Intonation-based Speech Therapy *The Neurosciences and Music III—Disorders and Plasticity*: Ann. N.Y. Acad. Sci. 1169: 385–394.
* Smania, N., Gandolfi, M., Aglioti, S.M., Girardi, P. Fiaschi, A. & Girardi, F. (2010). How Long is the Recovery of Global Aphasia? Twenty-Five Years of Follow-up in a Patient With Left Hemisphere Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair.* 24(9) 871-875.
* Stahl, B.& Kotz, S. A. (2014). Facing the music: three issues in current research on singing and aphasia. *Frontiers in Psychology*. 5 (1033) 1-4.

**Over de auteur**Ludger Stuijt (1960) is als muziektherapeut werkzaam bij Norschoten, Barneveld. Hij heeft in 2015 de opleiding Creatieve Therapie - hoofdrichting muziek voltooid aan de Hogeschool Utrecht.

**Samenvatting**SMTA is een relatief nieuwe, in Nederland ontwikkelde behandelingsmethode voor mensen met afasie. Specifiek onderzoek naar deze methode bij mensen met chronische globale afasie is nog niet eerder gedaan. Uit de literatuur en uit reacties van SMTA behandelaren blijkt dat SMTA een geschikte behandeling kan zijn voor deze doelgroep. Door goed contact met de cliënt en samenwerking tussen logopedist en muziektherapeut ontstaat er een behandeling ‘op maat’. Voor SMTA bij mensen met globale afasie in de chronische fase zouden bepaalde aspecten van de behandeling extra benadrukt kunnen worden. Nader onderzoek is nodig om de behandelmethode evidence-based te maken.

**3. Evaluatiecriteria en Evaluatiegroep**

**3.1. Leden evaluatiegroep**De evaluatiegroep bestaat uit de volgende personen:

* Yolanda Hulscher is muziekagoog en SMTA behandelaar bij Esdégé-Reigersdaal, Noord-Holland. Yolanda is tevens redacteur en bestuurslid van Muziekenz.org.
* Inke Krudde is muziektherapeut en SMTA behandelaar, heeft een eigen praktijk Spraakmuziektherapie in Amersfoort.
* Piet Koek is muziektherapeut en SMTA docent, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag
* Tea Reitsma is logopedist en SMTA docent, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag
* Rob Volbeda is muziektherapeut en SMTA behandelaar bij Zorgspectrum, Nieuwegein

Voor deze deskundigen is gekozen omdat het ervaren SMTA therapeuten zijn die kennis hebben van de behandeling van cliënten met chronische globale afasie. Bovendien zijn vier van de vijf leden betrokken bij de ontwikkeling van SMTA.

Inke Krudde en Yolanda Hulscher zijn SMTA behandelaren van het eerste uur. In 2008 behoorden ze bij de eerste lichting muziektherapeuten en logopedisten die de SMTA scholing volgden. Hulscher heeft verschillende stukken geschreven over de ontwikkeling van SMTA. Deze zijn gepubliceerd in diverse nieuwsbrieven op www.muziekenz.org.   
Hulscher en Krudde hebben samen het plan opgevat een SMTA klankbordgroep in het leven te roepen van ervaren SMTA behandelaren waarbinnen ervaringen uitgewisseld kunnen worden vanuit de SMTA in de praktijk.   
Krudde heeft vragen beantwoord voor het praktijkgericht onderzoek (zie onderzoeksverslag, bijlage 2), Hulscher is één van de geïnterviewden (zie onderzoeksverslag, bijlage 5).

Tea Reitsma (logopedist) heeft samen met Joost Hurkmans (klinisch linguïst) en Madeleen de Bruijn (muziektherapeut) de SMTA methode vanaf 1997 ontwikkeld binnen Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag. In 2007 is Piet Koek erbij gekomen als opvolger van Madeleen de Bruijn. Ze geven SMTA aan cliënten bij Revalidatie Friesland en organiseren nieuwe SMTA-trainingen in Friesland en daarbuiten.  
De auteur heeft het afgelopen jaar de SMTA training gevolgd waarbij hij de eerste cursusdag les had van Piet Koek en Joost Hurkmans, de tweede cursusdag van Tea Reitsma en Stephan Mooibroek. Tijdens Studiedag ‘Tussen de oren’ van de NVvMT op 8 april 2015 nam de auteur deel aan een workshop van Piet Koek over de specifieke rol van de muziektherapeut bij SMTA.   
Koek en Reitsma hebben het artikel (versie 31 mei) nauwgezet bestudeerd en uitgebreid van commentaar voorzien, zie bijlage 3.

Rob Volbeda is een ervaren SMTA behandelaar die ook de NMT opleiding heeft gevolgd. Hij is één van de geïnterviewden voor het praktijkgericht onderzoek (zie onderzoeksverslag, bijlage 3).

**3.2. Evaluatievragen**Aan de leden van de evaluatiegroep zijn geen specifieke evaluatievragen gesteld. Hen is in eerste instantie gevraagd feedback te geven op de conclusies en aanbevelingen van het onderzoeksverslag (versie , vervolgens is om feedback gevraagd op het artikel (versie 31 mei).   
Het doel is een goed onderbouwd artikel dat aan alle eisen voldoet voor plaatsing in een vaktijdschrift zoals het Tijdschrift voor Vaktherapie.

**3.3. Vorm van evaluatie**De evaluatie geschiedde per mail. De documenten werden toegestuurd naar de leden van de evaluatiegroep en zijn door hen vervolgens teruggestuurd met correcties, aanvullingen en opmerkingen. Al deze feedback is vervolgens in het artikel verwerkt. De volledige mailwisseling is te vinden in de bijlage 1 en 2.

**3.4. Evaluatiecriteria**De conclusies en aanbevelingen in het artikel moeten bruikbaar zijn in de praktijk. Het gaat om aanvullingen die hun nut bewezen hebben en door verschillende behandelaren al toegepast worden. Door het artikel moeten ze bekendheid krijgen in grotere kring.   
Een ander doel van het artikel is dat SMTA meer bekendheid krijgt als een geschikte behandeling bij mensen met chronische globale afasie.

**3.5. Ontvangen feedback  
Yolanda Hulscher** gaf als feedback dat ik er naar neig om soms te subjectief iets op te schrijven, zij is daar zelf altijd voorzichtig in. Zij noemt dan "het zou zo kunnen zijn dat" of "mogelijk". Zolang ik geen evidence based onderzoek heb gedaan berusten mijn conclusies puur op (deels subjectieve) informatie die voorzichtig gebracht moet worden. Ook Koek en Reitsma vinden dat ik wel stellig in mijn beweringen ben.   
Hulscher hoopt dat ik in de conclusie een aanbeveling doe voor het verder onderzoeken van de SMTA (wel evidence based). Ze mist in de scriptie contact/interview met de betrokken onderzoekers/universiteit hierover en vraagt naar resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar het effect van SMTA in zijn algemeenheid de afgelopen jaren vanaf 2005/2008. Dat lijkt haar een waardevolle aanvulling op mijn onderzoek.

**Inke Krudde** vindt bepaalde nuances belangrijk. Ze zou het mooi vinden als het een neutraal onafhankelijk verslag wordt waarbij de geïnterviewden worden voorgesteld en geciteerd maar waarbij bijvoorbeeld de afasie-behandelgroepen neutraal onder een noemer gehouden worden. Dat komt geloofwaardiger over.

**Rob Volbeda** vindt het verhaal heel herkenbaar. Hij benadrukt dat veel cliënten met chronische afasie niet thuis wonen maar op een somatische afdeling van het verpleeghuis verblijven. Voorts dat cliënten niet altijd de mogelijkheid hebben om buiten de therapie te oefenen. Dan gaat het meer om het aanspreken van succeservaringen tijdens het therapie moment. Verder noemt een methode uit de NMT die wel wordt toegepast tijdens de SMTA.

**Piet Koek en Tea Reitsma** vinden het waardevol dat deze aandacht besteed wordt aan de chronische fase van afasie/spraakapraxie. Ze vinden het ook mooi om te lezen hoe door verschillende gebruikers van SMTA andere nadrukken worden gelegd. Inhoudelijk hebben ze een flink aantal punten waar ze feedback op leveren. Ze hebben er intensief naar gekeken. Belangrijke informatie die nieuw voor mij was is dat SMTA is ontwikkeld vanaf 1997 en niet vanaf 2005.   
Bovendien geven Koek en Reitsma aan dat er ook binnen Revalidatie Friesland mensen worden behandeld tot enkele jaren “post onset”, en dus niet alleen in de revalidatiefase wat ik uit de cursus had begrepen.   
Verder was ik er vanuit gegaan dat de standaardprocedure van SMTA neerkomt op twee behandelingen per week gedurende 12 weken, maar zo strak blijkt dat niet te liggen. Die standaard hanteren ze niet. Dat is wel eens gebruikt om een onderzoek goed te kunnen standaardiseren en uitvoeren, maar doorgaans duurt de therapie zolang als het voldoende effect heeft.  
Koek en Reitsma raden me aan het artikel te bewerken en de conclusie te herschrijven. Verder kan ik meer expliciet maken voor wie ik dit artikel schrijf en met welk doel, dan kan ik daar in de conclusie op terug komen.   
Voor de volledige feedback van Koek en Reitsma, zie de bijlagen 2 en 3.

**4. Aanbevelingen**

SMTA is een geschikte behandeling voor mensen met afasie en/of spraakapraxie en kan veel betekenen voor cliënten met chronische globale afasie. Bij deze doelgroep verdient het aanbeveling bepaalde aspecten van de behandeling te benadrukken:  
De te oefenen woorden moeten vooral functioneel zijn en betekenis hebben voor de cliënt. Bij globale afasie leidt dat meestal tot het kiezen voor een naam en een begroeting of een eenvoudige dagelijkse uiting als “dankjewel”. De muziektherapeut zou zich kunnen bekwamen in zangtraining en NMT omdat bepaalde hieruit kunnen bijdragen aan een goed resultaat van de SMTA. Thuis oefenen moet zoveel mogelijk gestimuleerd worden, niet alleen door opnames aan de cliënt mee te geven op een USB-stick of in een schriftje maar ook door de partner sessies te laten bijwonen. Naast of als vervolg op de SMTA behandeling kan deelname aan een afasiekoor of afasie-behandelgroep worden gestimuleerd.   
Het verdient aanbeveling nader onderzoek te doen naar SMTA bij chronische globale afasie, opdat deze behandelmethode evidence-based wordt en meer ingezet zal worden bij deze doelgroep.

**5. Bronnenlijst**zie pag. 15 en 16.

**Bijlage 1.**

**SMTA als behandeling voor mensen met chronische globale afasie**

**Voorlopige conclusie praktijkgericht onderzoek – versie 24 mei 2015**

SMTA is een geschikte behandeling voor mensen met afasie en kan veel betekenen voor cliënten met chronische globale afasie. Er zijn diverse voorbeelden bekend van cliënten die jarenlang enkel een betekenisloos stopwoordje konden zeggen en na SMTA in staat zijn tot het spreken van korte zinnen. In veel gevallen is het niet zozeer de taalproductie die verbetert, maar juist het weer durven communiceren en de eigenwaarde die verbeteren. Ook dat is winst.

Wil een SMTA behandeling succesvol zijn bij cliënten met chronische globale afasie dan helpt het wanneer het begrip van de cliënt nog in grote mate intact is, de cliënt nog relatief jong is, geen gehoorstoornissen heeft, een redelijk opleidingsniveau, affiniteit met muziek, actief sociaal betrokken is, gemotiveerd om te blijven oefenen, relativeringsvermogen heeft en kan lachen om eigen fouten.

Voor SMTA bij mensen met globale afasie in de chronische fase zouden bepaalde aspecten van de behandeling extra benadrukt moeten worden, zoals de individuele afstemming op de cliënt, het kiezen van woorden die functioneel zijn en betekenis hebben en het stimuleren van de cliënt en de partner om zoveel mogelijk thuis te oefenen.

Bovendien zou de therapie langer moeten duren, aangevuld kunnen worden met technieken uit de zangtraining, zou de cliënt extra gestimuleerd kunnen worden zich verbaal te uiten door naast de SMTA vormen van samenzang aan te bieden en zou de (uit)behandelde cliënt doorverwezen moeten worden naar een afasie-behandelgroep waarin woorden en zinnen uit de SMTA groepsgewijs herhaald worden en toegepast in een communicatieve situatie.

**Aanbevelingen voor de praktijk**

Voor SMTA bij mensen met globale afasie in de chronische fase zouden bepaalde aspecten van de behandeling extra benadrukt moeten worden en zou de behandeling aangevuld kunnen worden, o.a. met technieken uit de zangtraining en met gelegenheid tot samenzang.

Er moet tijd genomen worden voor het opbouwen van een relatie met de cliënt.   
De cliënt moet zich vertrouwd en veilig voelen in de oefensituatie. Muziektherapeuten hebben een heel arsenaal om door middel van muziek contact te maken. Weten wat de favoriete muziek van de cliënt is kan helpen om de cliënt door muziek te raken en een band op te bouwen. De muziektherapeut kan deze muziek spelen bij het begin van de sessies om de cliënt te helpen bij zichzelf te komen, favoriete muziek kan ook gespeeld tussen de oefeningen door, om weer even op adem te komen en plezier en ontspanning erin te houden.

De muziektherapeut zou zich voorts moeten bekwamen in zangtraining om de cliënt te helpen goed gebruik te maken van zijn stem en zijn ademhaling. Het toepassen van technieken uit de zangpedagogie, zoals resonantie, ademhaling en stemtechnieken, kan bijdragen aan een goed resultaat van de SMTA.

Goede informatie over de cliënt is belangrijk om de woorden en muziek op de cliënt te kunnen afstemmen. De te oefenen woorden moeten vooral functioneel zijn en betekenis hebben voor de cliënt. Bij globale afasie leidt dat meestal tot het kiezen voor namen.

De behandeling duurt vaak veel langer dan 12 weken, in sommige gevallen langer dan een jaar. Hierbij is het aan te raden regelmatig te evalueren en doelen bij te stellen.

Thuis oefenen moet zoveel mogelijk gestimuleerd worden, daarom moeten de oefeningen op Ipad, USB-stick of in schrift worden meegegeven. De partner en/of mantelzorger zou de oefenitems (de woorden of korte zinnen die geoefend worden) bovendien in verschillende situaties moeten uitlokken. Om dit te bereiken zou de partner en/of mantelzorger actief betrokken moeten worden bij de therapie.

De cliënten moeten gestimuleerd worden zich te uiten en hierbij te improviseren. Het helpt als cliënten kunnen deelnemen aan een afasiekoor of een andere vorm van samenzang. In een aantal revalidatiecentra, verpleeghuizen en dagcentra worden regelmatig momenten van samenzang georganiseerd, waarbij iedereen welkom is en de lat zo laag mogelijk ligt. Dit zou op meer plaatsen moeten plaatsvinden, ook in afasiecentra waar wel groepswerk wordt gedaan maar waar vrijwel niet wordt gezongen.

In revalidatiecentra waar SMTA wordt gegeven zouden uitbehandelde cliënten doorverwezen moeten kunnen worden naar een afasie-behandelgroep zoals die bestaat in Esdégé-Reigersdaal in Alkmaar. Daar komt zo’n groep wekelijks bij elkaar onder leiding van een logopedist, ondersteund door een cliëntbegeleider en een vrijwilliger. De aangeleerde SMTA oefeningen worden herhaald en toegepast in een communicatieve situatie. Daarnaast worden Nederlandstalige bekende liedjes gezongen en onderneemt de groep verschillende activiteiten die een oefentherapeutisch karakter hebben. Het uitwisselen van ervaringen, elkaar stimuleren in taal- en spreekvaardigheid en communicatie staan centraal. Zie:  
Hulscher, Y. (2013). Afasie Behandelgroep. In Nieuwsbrief 3 [www.muziekenz.org](http://www.muziekenz.org) .

**Bijlage 2**

**Feedback op de voorlopige conclusie en aanbevelingen voor de praktijk - versie 24 mei 2015**

Inhoud:

Mail van 25 mei 2015 ……………………………………………………………………….. 22

Feedback Yolanda Hulscher ………………………………………………………………………. 22

Feedback Inke Krudde ………………………………………………………………………… 23

Feedback Rob Volbeda ……………………………………………………………………….. 24

*Beste SMTA therapeut,  
  
Mijn onderzoek naar SMTA als behandeling van cliënten met chronische globale afasie zit in de laatste fase.  
Deelvragen heb ik beantwoord (zie bijlage: inleiding en beantwoording deelvragen) en een voorlopige conclusie heb ik geschreven, met aanbevelingen voor de praktijk (zie bijlage conclusie en aanbevelingen voor de praktijk).  
Je hebt eerder al een bijdrage geleverd aan mijn onderzoek door vragen te beantwoorden.  
Nogmaals mijn hartelijke dank hiervoor!****Zou je feedback willen geven op mijn conclusie en aanbevelingen voor de praktijk?*** *Kan je je er in vinden? Heb je aanvullingen, opmerkingen of kritiek?  
Als je me vóór 2 juni antwoordt kan ik je reactie meenemen in de eindconclusie.  
Een week later moet mijn onderzoek ingeleverd zijn.  
Bij voorbaat heel hartelijk dank voor je reactie!  
met vriendelijke groet  
  
Ludger Stuijt  
4e jaars student muziektherapie aan de HU*

1. **Yolanda Hulscher (muziekagoog en SMTA behandelaar Esdégé-Reigersdaal, Alkmaar, redacteur en bestuurslid van Muziekenz.org),**

25 mei

Ha Ludger,

Ik heb je bijlagen bekeken en ik stuur je een exemplaar/bijlage terug met daarin in het rood mijn aanvullingen of correcties. Je neigt er een klein beetje naar om soms te subjectief iets op te schrijven, ik ben daar zelf altijd voorzichtig in; ik noem dan "het zou zo kunnen zijn dat enz.." of "mogelijk"..

Zolang je geen evidence based onderzoek hebt gedaan, berusten je conclusies puur op (deels subjectieve) informatie en dat geeft ook niet als je dit maar voorzichtig/bewust inzet.

Ik zou als je iets toestuurt, je adviseren de pagina nummers erbij te zetten, dat geeft makkelijker feed back, maar zo in het ROOD kan het ook.

Ik hoop dat je het wilt meenemen, want de zuiverheid van de informatie vind ik wel van belang.

Verder hoop ik dat je in de conclusie een aanbeveling doet, voor het verder onderzoeken van de SMTA (wel evidence based) Ik mis in je scriptie ook wel contact/interview met de betrokken onderzoekers/universiteit hierover?? Hoever zijn ze inmiddels en wie zij het precies? Wanneer kunnen we een artikel in een medisch tijdschrift verwachten???

Ludger, veel succes met het afschrijven en afronden van je scriptie!

26 mei:  
Ha Ludger,  
Daar ben ik nog even; je doet onderzoek naar de effectiviteit van SMTA bij ouder letsel, cliënten in de chronische fase.  
Dus je wilt de successen en resultaten meten. Dan lijkt het mij niet meer dan reëel, dat je ook navraag doet bij het effect van SMTA in zijn algemeenheid de afgelopen jaren vanaf 2005/2008. Revalidatie Friesland (via Piet Koek) weet dat er wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan zodat de SMTA evidence-based kan worden gemaakt. Lijkt mij basale informatie in jouw scriptie. Mijn advies is om nog eens navraag te doen hoever men hiermee is en wanneer men uitsluitsel verwacht?  
Ik hoop dat je dit nog kan meenemen…lijkt mij een waardevolle aanvulling op je betoog/onderzoek.  
Grts en succes, Yolanda Hulscher

1. **Inke Krudde (muziektherapeut, spraakmuziektherapie, Amersfoort),**

25 mei

hoi Ludger,

Mooi en zinvol wordt het!!! Wel vind ik bepaalde nuances belangrijk . Ik heb mijn kritieken/aanpassingen met rood weergegeven.

Ook hoop ik dat je naast Alkmaar de afasietherapiekoren van Beweging 3.0 in Amersfoort wil benoemen.

Verder is het misschien leuk om de ondervraagden aan het begin in de context te benoemen, dus Yolanda vanuit muziekenz.org , Joost vanuit een van de ontwikkelaars v de SMTA, Piet Koek als SMTA cursus aanbieder en ik vanuit mijn praktijk „Spraakmuziektherapie”

Succes, ik hoor wel als je nog meer wilt weten. Gaaf om alles zo nog eens op een rijtje te hebben!

Stuur je de definitieve versie ook nog?

Nog even een belangrijke aanvulling…Ik weet dat andere logopedisten waarmee ik samenwerk ter aanvulling ook gebruik maken van de logopedische interventie Cilt, constrained Induced language therapy deze therapie is gebaseerd op de automatische taal

Wellicht ook belangrijk mee te nemen?   
Misschien is het het mooiste als je er een neutraal onafhankelijk verslag van maakt. Dus dat je wel ons voorstelt als zijnde geïnterviewden en ons citeert maar bijv. de afasie behandelgroepen neutraal onder een noemer houdt ( Muziekenz.org en Spraakmuziektherapie en Revalidatie Friesland kunnen in voorstelrondje). Dat komt geloofwaardiger over en duidelijk dat het geen commercieel promotie verslag is.  
met vriendelijke groet,  
Inke Krudde

1. **Rob Volbeda (muziektherapeut, Zorgspectrum, Nieuwegein)**

29 mei  
Hoi Ludger,   
Heel herkenbaar jouw verhaal. Wat betreft de chronische afasie, het zijn ook vaak cliënten die niet thuis wonen maar verblijven op een somatische afdeling van het verpleeghuis. Daar kan ook op instructie geoefend worden met uitingen door verzorging en AB, naast familie en mantelzorgers.   
Daarnaast is er soms niet sprake van motivatie of mogelijkheden om buiten therapie te oefenen. Dan gaat het meer om het aanspreken van succeservaringen tijdens het therapie moment.   
Ook belangrijk voor deze doelgroep is de MUSTM methode (techniek NMT). Dit is het oproepen van geautomatiseerde tekst bij bekende liedjes. Dit wordt eigenlijk bij afasiekoren aangesproken. Dit is niet functioneel in het dagelijks leven maar is ook een wijze om grip te krijgen op taalproductie en levert ook succesbeleving. Die methode kun je ook benoemen. Dit kan ook voorafgaan aan SMTA oefeningen afhankelijk van cognitieve beperkingen/modelijkheden cliënt.  
Groet, en succes, Rob

**Bijlage 3**

**Feedback op artikel - versie 31 mei 2015**

Inhoud:

Mail van 31 mei 2015 ……………………………………………………………………….. 25

Feedback Yolanda Hulscher ………………………………………………………………………. 25

Feedback Inke Krudde ………………………………………………………………………… 25

Feedback Piet Koek en Tea Reitsma …………………………………………………………….. 26

*31 mei 2015  
Beste SMTA therapeut,  
  
Mijn onderzoek naar SMTA als behandeling van cliënten met chronische globale afasie zit in de laatste fase.  
Van het onderzoek heb ik een artikel gemaakt. Dit wordt mijn eindproduct.****Zou je feedback willen geven op mijn artikel over SMTA bij chronische afasie?*** *Kan je je er in vinden? Heb je aanvullingen, opmerkingen of kritiek?****Als je me vóór 5 juni antwoordt kan ik je reactie meenemen****.  
9 juni moet mijn onderzoek ingeleverd zijn.  
Bij voorbaat heel hartelijk dank voor je reactie!  
met vriendelijke groet  
  
Ludger Stuijt  
4e jaars student muziektherapie aan de HU*

1. **Yolanda Hulscher (muziekagoog en SMTA behandelaar Esdégé-Reigersdaal, Alkmaar, redacteur en bestuurslid van Muziekenz.org),**

Ha Ludger,  
Ik heb nog een keer je stuk/artikel gelezen en weer een paar kleine aandachtpunten in het rood gezet of toegevoegd.  
Leuk om het nu helemaal te kunnen lezen; je hebt er veel werk aan gehad zo te zien!   
Ik wil wel graag een exemplaar van je officiële versie, kan dat?   
Hoor ook graag hoe je artikel is ontvangen en eventueel beoordeeld.  
Succes en grts Yolanda Hulscher

1. **Inke Krudde (muziektherapeut, spraakmuziektherapie, Amersfoort), 4 juni**

Hoi Ludger,

Mooi verslag zo!! ik heb nog een paar kleine aanpassingen gedaan in rood (bijv. vaste melodie EN RITME).

succes met het lanceren!

Stuur je het definitieve artikel door?

Ik ben benieuwd. Het is heel goed voor de ontwikkeling van SMTA!  
Er komt ook een herdruk van het boek.

met vriendelijke groet,

Inke Krudde

1. **Piet Koek (muziektherapeut en SMTA docent, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag) en Tea Reitsma (logopedist en SMTA docent, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag**),

3 juni

Beste Ludger,

In de bijlage je artikel, met rood, geel en streepjes voorzien van feedback door Tea Reitsma en mij. Het is waardevol dat je deze aandacht besteedt aan de chronische fase van afasie/spraakapraxie. Mooi ook om te lezen hoe door verschillende gebruikers van SMTA andere nadrukken worden gelegd. Inhoudelijk hebben we een flink aantal punten waar we feedback op leveren. We hebben er intensief naar gekeken.   
Veel succes met het verwerken ervan,  
Hartelijke groeten, ook namens Tea,

Piet Koek

**Inhoudelijke feedback:**

* SMTA is ontwikkeld vanaf 1997 binnen Revalidatie Friesland. (*Niet vanaf 2005*).
* SMTA wordt toegepast bij mensen met afasie en/of spraakapraxie. (*Niet alleen afasie*).
* Binnen Revalidatie Friesland worden ook mensen behandeld tot enkele jaren “post onset” (*niet alleen in de revalidatiefase*).

Artikel pag. 4:  
*Muziektherapeuten hebben een heel arsenaal om door middel van muziek contact te maken. De logopedist kijkt meer: wat is de problematiek?*

Feedback Koek en Reitsma:  
Dit is een wat vage formulering. Een leek zal niet begrijpen waar dit over gaat. Ik zou zeggen: De muziektherapeut heeft een heleboel muzikale werkvormen en interventiemogelijkheden om tijdens de sessie contact te maken met de cliënt, met zijn gevoelens, met zijn muzikale mogelijkheden, terwijl de logopedist zich vooral richt op talige en diagnostische aspecten.

Artikel pag. 6:  
*SMTA lukt niet altijd bij afasiecliënten in de revalidatiefase (korter dan 6 maanden na de CVA). Door recent letsel kost alles nog veel moeite en is er vaak sprake van hoofdpijn. Dan kan het raadzaam zijn om eerst fysiotherapie te doen waardoor de cliënt krachtiger wordt en sterkere mondspieren krijgt. Als de SMTA daarna weer wordt opgepakt kan het makkelijker gaan.*

Feedback Koek en Reitsma:  
Dit is misschien een enkele keer waar, maar doorgaans is het juist goed om z.s.m. te beginnen. Dit stukje suggereert een verband tussen hoofdpijn, fysiotherapie en sterkere mondspieren….ik heb deze ervaring in elk geval niet. Uiteraard moet de behandeling worden afgestemd op wat de patiënt aankan. En naast de trainingsgerichte therapieën als smta en fysiotherapie moet je ook therapieën aanbieden die helpen verwerken, zoals individuele muziektherapie, psychologie etc. Juist naast elkaar en multidisciplinair en niet chronologisch an elkaar. De eerste zes maanden na een CVA bieden doorgaans de beste kansen op herstel en daar moet je gebruik van maken.

Artikel pag. 6:  
*Door acceptatie van de afasie krijgt SMTA meer kans van slagen.*

Feedback Koek en Reitsma:  
Acceptatie kan wel helpen om wat meer open te staan voor behandeling, maar zo stellig zou ik het toch niet opschrijven.

Artikel pag. 8:  
*Bij SMTA gaat het standaard om 2 behandelingen per week, gedurende 12 weken.*

Feedback Koek en Reitsma:  
Die standaard hanteren wij niet. Dat is wel eens gebruikt om een onderzoek goed te kunnen standaardiseren en uitvoeren, maar doorgaans duurt de therapie zolang als het voldoende effect heeft (de logopedist/linguist neemt regelmatig tests af om te zien of er nog vooruitgang is).

Artikel pag. 8:  
*Elke SMTA therapeut is het erover eens dat de behandelaar gericht moet zijn op de cliënt. Neem de tijd om een relatie op te bouwen. Pas tempo en de manier van spreken aan dat van de cliënt. Kies woorden én muziek die in het interessegebied van de cliënt liggen.*

Feedback Koek en Reitsma:  
Dit zou ik wat beter uitleggen. Elke therapeut is gericht op de cliënt. Wat houdt dit in dit geval concreet in (bijv. pas de gebruikte woorden en uitdrukkingen aan de patiënt aan, maar ook toonhoogte, tempo, stijl, intonatie, ritme, harmonie….alle muzikale paramaters staan ten dienste van de behandeling “op maat”.

Artikel pag. 9:  
*Bij SMTA is het vooral de muziektherapeut die improviseert.*

Feedback Koek en Reitsma:  
Wat wil je hier eigenlijk mee zeggen? De muziektherapeut is zeker níet aan het improviseren in de zin van vrije (gevoels-)expressie. Met “improviseren” bedoel je hier waarschijnlijk het binnen de sessie kunnen “spelen” met de muzikale parameters om juist en gericht te kunnen interveniëren. Dat is ambachtelijke muziektherapie (waar je ook veel muzikale vaardigheden voor moet hebben), maar geen improvisatie.

Feedback Koek en Reitsma op Conclusie:  
Ik raad je aan je conclusie opnieuw te schrijven na het bewerken van het artikel. Misschien is het goed om je af te vragen (en meer expliciet te maken) voor wie je dit artikel schrijft en met welk doel. Kom daar dan op het eind op terug. Maak de conclusie helderder door puntsgewijs te noemen wat je bevindingen zijn. De lay-out kan helderder. Het stukje over relativeringsvermogen en lachen om eigen fouten zou ik eruit laten. Dit is soms het geval maar kun je m.i. niet in het algemeen zeggen. Wat is overigens “relatief jong”?

Feedback Koek en Reitsma op Samenvatting:  
Ik raad je aan ook je samenvatting te herschrijven na bewerking en doorlezen van het hele artikel. Wat is het verschil tussen de conclusie en de samenvatting?

Ik raad je ook aan niet teveel zinnen als “er wordt nagegaan” enzovoorts te gebruiken. Dat maakt het artikel wat te formeel en minder prettig om te lezen. Verder valt ons op dat je wel wat stellig in je beweringen bent.

**Bijlage 4**

**Artikel – versie 31 mei 2015 – met correcties Piet Koek en Tea Reitsma**

**Ludger Stuijt**

**Brengt spraakmuziektherapie chronische afasiepatiënt weer tot spreken?**

**Speech Music Therapy for Aphasia als behandelmethode voor mensen met chronische globale afasie**

Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) is ontwikkeld vanaf ~~2005~~ 1997 binnen Revalidatie Friesland. De therapie wordt daar ~~vooral~~ onder andere toegepast bij mensen die korter dan een half jaar afasie en/of spraakapraxie hebben (wij behandelen ook mensen tot enkele jaren “post onset”) De auteur onderzocht hoe met deze behandelmethode optimale resultaten kunnen worden bereikt bij mensen met chronische globale afasie.

**Inleiding**

Wanneer iemand als gevolg van hersenletsel niet meer goed kan spreken is er sprake van afasie en/of spraakapraxie. Afasie ontstaat meestal door een CVA (Cerebro Vasculair Accident), ook wel beroerte genoemd. Globale afasie is een ernstige vorm van afasie waarbij iemand helemaal niet meer kan spreken of voortdurend nietsbetekenende woorden zegt zoals 'jeetje' of 'moeilijk'. Globale afasie komt relatief vaak voor. Wanneer de afasie langer dan een jaar duurt spreekt men van chronische afasie. Spontaan herstel is dan vrijwel niet meer mogelijk. Dit heeft zeer grote gevolgen voor de cliënt in kwestie en leidt dikwijls tot depressie.

Spraakapraxie heeft als meest opvallende kenmerk het voortdurende zoeken naar de juiste planning en programmering van en/of articulatieplaats van klanken. Ernstige spraakapraxie betekent dat je niet meer doelbewust kan spreken. Spraakapraxie komt vaak voor in combinatie met afasie. In de praktijk is het onderscheid niet altijd duidelijk. Er worden wel testen gebruikt die gericht zijn op deze diagnostiek.   
Over het algemeen is er bij patiënten met globale afasie vrijwel geen vooruitgang meer in spraak wanneer de chronische fase is ingetreden (Faber, 2007).

**SMTA**Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) is een behandelprogramma voor mensen met afasie en/of spraakapraxie. Deze individuele combinatiebehandeling wordt gegeven door een muziektherapeut én door een logopedist. De methodiek is vanaf ~~2005~~ 1997 ontwikkeld binnen Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag door Joost Hurkmans (linguïst) Tea Reitsma(logopedist) en Madeleen de ~~Bruin~~ Bruijn (muziektherapeut). De basis van de methode is enerzijds de ervaring dat zingen het ~~praten~~ spreken makkelijker maakt, ~~anderzijds de~~ met de Melodic Intonation Therapy (MIT) als uitgangspunt. De MIT is een afasie therapieprogramma dat ontwikkeld is in 1973 en nog steeds wereldwijd gebruikt wordt. Het maakt gebruik van melodische aspecten van taal (intonatie, ritme en klemtoon) om taalproductie te bevorderen.  
Bij SMTA worden alle logopedische oefeningen op muziek gezet. Elke klankenreeks,uitdrukking of zin is gekoppeld aan een vaste op maat gemaakte melodie. De cliënt leert bijvoorbeeld eerst "goedemorgen" zingen. Gaat dat goed, dan gaat hij over naar ritmisch spreken en vervolgens blijft alleen ~~de taal~~ het spreken over. ~~Kan de cliënt de volgende sessie niet op het woord "goedemorgen" komen dan is het spelen van de melodie voldoende om het woord wél naar boven te laten komen.~~ SMTA is geen methode om woordvinding te oefenen. Het kan wel een positief bijkomend effect zijn.   
Tijdens de sessie zit de cliënt tegenover de logopedist, die met hem meezingt en praat en let op de ~~mond~~- klank- en woordvorming. De muziektherapeut zit ernaast en zorgt voor de muzikale ondersteuning. Er wordt geoefend met woorden, uitdrukkingen en zinnen die de cliënt in het dagelijks leven nodig heeft. Bijv. de eigen naam en die van de familieleden, begroetingen en standaardvragen. De muziektherapeut voorziet die allemaal van een unieke melodie, terwijl hij/zij voor standaarduitdrukkingen als "goedemorgen" soms vaker gebruikte (standaard)melodieën ter beschikking heeft . De aanpak is (zeer) gestructureerd. Een verkeerde of fout gespeelde melodie kan voor verwarring zorgen.   
Nagegaan wordt (door wie?) in hoeverre SMTA iemand met jarenlang globale afasie weer tot spreken kan brengen.   
Door middel van literatuurstudie, een vragenlijst en interviews met SMTA behandelaren is onderzocht wat kenmerken zijn van succesvolle behandelingen bij cliënten met chronische globale afasie. Door analyse van de resultaten met behulp van aspecten van de Delphi methode is nagegaan of deze kenmerken zijn samen te voegen tot een aanpassing van de standaard SMTA behandeling. Doelstelling is het leveren van een bijdrage aan de behandeling van chronische globale afasie.  
Vergelijkbare muziek(therapeutische) behandelingen bij spraak- en taalstoornissen worden beschreven en vergeleken met SMTA. Resultaten van SMTA bij chronische globale afasie worden op een rijtje gezet en nagegaan wordt in hoeverre de SMTA in de praktijk afwijkt bij deze doelgroep. Vervolgens worden indicaties beschreven voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie.

**Onderzoeksmethode**Literatuur over SMTA-casussen is minimaal, naar de MIT en andere muzikale spraaktherapieën is (veel) meer onderzoek gedaan.   
Joost Hurkmans (een van de ontwikkelaars van SMTA en docent SMTA cursus) heeft richtlijnen gegeven voor de behandeling van een eigen cliënt met chronische globale afasie. Piet Koek (muziektherapeut en docent SMTA cursus) heeft ervaringen gedeeld over SMTA. Twaalf muziektherapeuten en logopedisten die werken met SMTA zijn per mail gevraagd de volgende zes vragen te beantwoorden:

* Heb je ervaring met cliënten met chronische globale afasie, die vrijwel niet konden spreken?
* Welke resultaten heb je kunnen bereiken met SMTA?
* Hoe ziet dat spreken eruit?
* Wat zijn volgens jou criteria voor een positief resultaat?
* Wat zijn contra-indicaties?
* Ben je bereid mij een interview toe te staan over je ervaringen met zulke cliënten?

Negen therapeuten hebben de vragenlijst ingevuld. Vijf therapeuten zijn vervolgens geïnterviewd. Martine Verkade (logopedist) en Rob Volbeda (muziektherapeut) werken bij Zorgspectrum in Houten en zijn samen geïnterviewd. De andere interviews waren met Tineke Geurtsen (muziektherapeut bij Sophia revalidatie in Den Haag), Yolanda Hulscher (muziekagoog bij Esdégé-Reigersdaal in Noord Holland en redacteur bij muziekenz.org) en Inke Krudde (muziektherapeut met eigen praktijk ‘spraakmuziektherapie’ in Amerfoort).

Via aspecten van de Delphimethode zijn de resultaten van de literatuur, de vragenlijsten en de interviews op elkaar gelegd en zijn concepten ontwikkeld.

**Vergelijkbare muziekbehandelingen**SMTA is niet de eerste muziekbehandeling bij taal- en spraakstoornissen. Verschillende andere muziekbehandelingen zijn ontwikkeld, met andere accenten. Hurkmans noemt er negen (Hurkmans, 2012). Enkele hiervan worden beschreven en vergeleken met SMTA: Melodic Intonation Therapy (MIT), Modified MIT (MMIT), Expressive Musical Speech Training (EMST) en SIPARI.

**Melodic Intonation Therapy (MIT)**De MIT is een afasie therapieprogramma dat ontwikkeld is in 1973 en nog steeds wereldwijd gebruikt wordt. MIT wordt met name gebruikt door logopedisten, maar soms ook door muziektherapeuten. MIT bestaat uit een serie standaardzinnen, waarvoor met behulp van maximaal 4 verschillende tonen melodieën zijn gemaakt. Op deze wijze wil men zo dicht mogelijk aansluiten bij de intonatie en de articulatie van het spreken. De zinnen worden voorgezongen door de logopedist en daarna gezongen door de patiënt. Bij voldoende resultaat wordt de zin alleen nog ritmisch gesproken en vervolgens zo mogelijk in gewone spreektaal gezegd (Hurkmans, 2012). Een standaard MIT behandeling bestaat uit dagelijkse sessies gedurende 8 weken (Hough, 2010).

De intensieve MIT bestaat uit dagelijks sessies gedurende 12 weken. Deze is systematisch toegepast en geëvalueerd in de afgelopen jaren (Johansson, 2011). Bij een onderzoek bij zes patiënten met chronische Broca afasie die intensieve MIT kregen waren er bij alle zes de patiënten blijvende verbeteringen van spraak (Schlaug, 2009).

**Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT)**De traditionele MIT is in 2000 aangepast om ook afasie patiënten die met de MIT niet geholpen konden worden van dienst te zijn (Baker, 2000).   
De melodieën in de MMIT bestaan uit meer dan 4 tonen en zijn daardoor muzikaler dan bij de MIT en gemakkelijker te onthouden. MMIT maakt gebruik van standaardzinnen, met het doelwoord aan het eind van de zin. Na het zingen van de zin wordt een vraag gesteld en wordt het doelwoord van de zin als antwoord gegeven. Ter afwisseling en ontspanning worden tussendoor bekende liederen gezongen (Hurkmans, 2012).

**Expressive Musical Speech Training (EMST)**Expressive Musical Speech Trainingzoals die ontwikkeld is door Nordoff-Robbinswordt beschrevenbij een man met ernstige globale afasie en apraxie (Hartley, 2010). De eerste muziektherapeutische doelen waren: non-verbale geluiden maken, de juiste toonhoogte vinden, toegenomen concentratie, verbeterde tevredenheid en zelfexpressie.Na 5 jaar individuele muziektherapie begon de man korte woorden te lezen en te uiten. Later leerde hij korte zinnen zingen. De herhaling van de korte zinnen komt overeen met de MIT. De effecten worden versterkt door innerlijke herhaling van de melodische zinnen (Hartley, 2010).

**SIPARI**De SIPARI is de afkorting van Zingen (**S**ingen), **I**ntonatie, **P**rosodie (de melodie en het ritme van de taal), **A**demen, **R**itme en **I**mprovisatie. Het is een door Jungblut in Duitsland ontwikkelde methode uit 2004 die met name gericht is op chronische afasie. Bij SIPARI wordt gewerkt met innerlijk zingen, ademoefeningen en ritme oefeningen. Door improvisaties leert de patiënt communiceren op een non-verbaal niveau.  
In eerste instantie worden oefeningen gegeven waarbij geen woorden gebruikt worden maar klinkers. Het doel is een overgang naar woorden en zinsdelen.  
Jungblut beschrijft een man met chronische globale afasie die 20 maanden behandeld werd met SIPARI en zich na 8 jaar verbaal goed kon redden in het sociale leven (Jungblut, 2009). Een ander artikel beschrijft 3 cliënten met ernstige chronische afasie en gelijktijdige spraakapraxie die na 6 maanden SIPARI therapie alle drie significant vooruit waren gegaan wat betreft taal en spraak (Jungblut, 2014).

**SMTA in vergelijking tot andere muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen**

**Logopedist en muziektherapeut behandelen de cliënt tegelijkertijd.**Bij de MIT en andere muzikale spraaktherapieën is er sprake van één behandelaar, bij SMTA behandelen een spraaktherapeut (logopedist of klinisch linguïst) en een muziektherapeut de cliënt tegelijkertijd. ~~Spraaktherapie~~ Logopedie en muziektherapie zijn met elkaar verweven. Muziektherapeuten hebben een heel arsenaal om door middel van muziek contact te maken. De logopedist kijkt meer: wat is de problematiek? Dit is een wat vage formulering. Een leek zal niet begrijpen waar dit over gaat. Ik zou zeggen: De muziektherapeut heeft een heleboel muzikale werkvormen en interventiemogelijkheden om tijdens de sessie contact te maken met de cliënt, met zijn gevoelens, met zijn muzikale mogelijkheden, terwijl de logopedist zich vooral richt op talige en diagnostische aspecten.   
SMTA behandelaren geven zonder uitzondering aan dat de samenwerking vruchten afwerpt. De muziek brengt het op gang, de logopedist pakt het verder op. Wat brengt de muziek op gang? Wat pakt de logopedist “verder”op?

**SMTA maximaliseert het spectrum van melodie en ritme.**De MIT gebruikt 2 tot 4 tonen. De melodieën in de MMIT bestaan uit meer dan 4 tonen en zijn daardoor muzikaler dan bij de MIT.   
SMTA is een dynamische methode waarbij álle muzikale elementen worden gebruikt: melodie, ritme, metrum, tempo en dynamiek. Volgens SMTA docent Piet Koek kan de muziektherapeut door zijn spel leven blazen in de methode.   
SMTA behandelaren verschillen van mening over de gewenste omvang van het muzikale spectrum. Vooral bij chronische globale afasie moet de melodielijn en voorspelbaarheid van de melodie zo eenvoudig mogelijk zijn.   
  
**Zinnen worden op maat gesneden**Bij MIT en EMST worden standaard frasen gebruikt, zoals ‘goedemorgen’ en ‘dank je’.   
MMIT maakt gebruik van standaardzinnen, met het doelwoord aan het eind van de zin. Na het zingen van de zin wordt een vraag gesteld en wordt het doelwoord van de zin als antwoord gegeven.   
Bij SIPARI leert de cliënt improviseren met taal door melodische en ritmische informatie kortdurend vast te houden en op een eigen wijze samen te voegen met woorden en frasen.   
Bij SMTA wordt gebruik gemaakt van woorden, zinnen en melodieën die op maat gesneden zijn voor de cliënt. Voor een jonge vrouw die graag ging winkelen met vriendinnen werd de volgende zin op muziek gezet: “Wil je met me shoppen”?

**Twee maal per week therapie en dagelijks oefenen**SMTA wordt twee maal per week gegeven waarbij gestimuleerd wordt om dagelijks te oefenen. Op deze manier wordt de intensiteit van SMTA verhoogd en is het te vergelijken met de dagelijkse sessie van de MIT.

**Cliënten die door SMTA tot spreken komen**De meest succesvolle cliënt van Hulscher en Stulp had al tien jaar een zeer ernstige globale afasie en riep alleen maar pottedomme en Wow. Zij is gekomen van niet spreken tot deels weer kunnen spreken, van een globale afasie naar een Broca afasie. Een filmpje van deze cliënt staat op de site van Esdégé-Reigersdaal. Volgens Hulscher en Stulp heeft ze zoveel succes gehad door haar schaamteloosheid en enthousiasme om te willen spreken. Ze vergaf zichzelf fouten en lachte volop om alles. Het hielp dat ze een zeer rustige coachende partner heeft die de SMTA en de juiste bejegening goed snapte. Deze vrouw heeft anderhalf jaar SMTA gehad en aansluitend nog ruim een jaar individueel reguliere logopedie door de SMTA logopediste.

Krudde meldt dat haar meest succesvolle cliënt een jaar globale afasie had toen met de SMTA werd begonnen. Hij was toen 55 jaar oud. Inmiddels heeft hij anderhalf jaar SMTA gehad aangevuld met aspecten uit de Neurologische Muziektherapie (NMT) en zangpedagogische technieken. Dhr. heeft nu een Broca afasie en weet zichzelf verbaal goed duidelijk te maken (bij Broca-afasie is het moeilijk grammaticale verbanden uit te drukken en wordt gesproken in een telegramstijl zonder lidwoorden en bijvoeglijke naamwoorden).

SMTA-docent Piet Koek ~~bewaart de beste herinneringen aan~~ beschrijft een cliënt met chronische globale afasie die 7 jaar eerder een CVA had doorgemaakt. Bij aanvang van het smta-traject maakte zij slechts de klank “bededeldee, bededeldee”, Na verloop van enkele maanden SMTA kon ze een zevental functionele uitdrukkingen gebruiken, waaronder haar eigen naam en een begroeting. Bovendien kon ze haar in het buitenland wonende broer opbellen en tegen hem zeggen “Hallo Aad”.~~De cliënt kon na 7 jaar slechts zeggen: bededel bededel. Door SMTA leerde hij 7 woorden zeggen, waaronder “Hallo Ad”.~~

Er is nog geen specifiek onderzoek gedaan naar de effectiviteit van SMTA bij afasiepatiënten in de chronische fase. De antwoorden van de SMTA behandelaren geven een wisselend beeld. Een aantal cliënten lukt het enkele korte zinnen te uiten die voor hem/haar belangrijk zijn. Vaak lukt het echter niet de aangeleerde woorden en zinnen verstaanbaar te spreken in de eigen omgeving op het moment dat het actueel is. Toch zijn er volgens Hulscher dan vaak wel resultaten op sociaal emotioneel gebied. Door mee te zingen en de eigen stem te gebruiken gaan cliënten meer rechtop zitten, wordt hun lijf actiever, verandert hun zelfbeeld, gaan ze daardoor makkelijker communiceren, hebben ze minder last van gene en gebruiken ze meer hun handen (en voeten)?? om te communiceren. Dat is winst!

**SMTA in de praktijk toegepast bij cliënten met chronische globale afasie**

SMTA lukt niet altijd bij afasiecliënten in de revalidatiefase (korter dan 6 maanden na de CVA). Door recent letsel kost alles nog veel moeite en is er vaak sprake van hoofdpijn. Dan kan het raadzaam zijn om eerst fysiotherapie te doen waardoor de cliënt krachtiger wordt en sterkere mondspieren krijgt. Als de SMTA daarna weer wordt opgepakt kan het makkelijker gaan. Dit is misschien een enkele keer waar, maar doorgaans is het juist goed om z.s.m. te beginnen. Dit stukje suggereert een verband tussen hoofdpijn, fysiotherapie en sterkere mondspieren….ik heb deze ervaring in elk geval niet. Uiteraard moet de behandeling worden afgestemd op wat de patiënt aankan. En naast de trainingsgerichte therapieën als smta en fysiotherapie moet je ook therapieën aanbieden die helpen verwerken, zoals individuele muziektherapie, psychologie etc. Juist naast elkaar en multidisciplinair en niet chronologisch an elkaar. De eerste zes maanden na een CVA bieden doorgaans de beste kansen op herstel en daar moet je gebruik van maken. Door acceptatie van de afasie krijgt SMTA meer kans van slagen. Acceptatie kan wel helpen om wat meer open te staan voor behandeling, maar zo stellig zou ik het toch niet opschrijven.   
In het SMTA moduleboek wordt geen onderscheid gemaakt tussen behandeling van cliënten in de revalidatiefase en in de chronische fase. Volgens Joost Hurkmans is het raadzaam bij patiënten in de chronische fase woorden en korte zinnen te kiezen die functioneel zijn en gekoppeld zijn aan specifieke communicatieve situaties.

SMTA behandelaren melden dat bij de behandeling van afasiecliënten in de chronische fase meer tijd wordt genomen voor het opbouwen van een relatie. Er wordt ook meer moeite wordt gedaan een grondige kennis te krijgen van de achtergronden van de cliënt om de behandeling zo specifiek mogelijk op de cliënt toe te kunnen spitsen.

Sommige SMTA behandelaren geven aan dat ze naast SMTA ook technieken uit de zangpedagogiek en Neurologische Muziektherapie gebruiken.

Therapeuten gaan bij chronische afasiepatiënten vaak veel langer door dan de voorgeschreven 12 weken, waar staan die “voorgeschreven”? in enkele gevallen ruim een jaar, soms bijna twee jaar. De behoefte om door te gaan is sterk bij veel cliënten. De behandeling wordt dan beschouwd als “onderhoudstherapie”.

**Indicaties voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie**

***Cliënt-kenmerken***

**Begrip is nog in grote mate intact**De aanwezigheid van cognitieve functies zoals geheugen en aandacht die intact gebleven zijn dragen bij aan het herstel (Smania, 2010). Voldoende concentratie en aandacht is een voorwaarde voor behandeling (Jungblut, 2014). Behandeling is het meest gunstig voor patiënten die een goed auditief begrip hebben en het vermogen zichzelf te corrigeren (Strauss Hough, 2010).  
  
**Affiniteit met muziek**  
Volgens de meeste SMTA behandelaren is het onontbeerlijk dat de cliënt affiniteit heeft met muziek. Tja, wat is affiniteit? Ik denk dat het belangrijk is dat een patiënt er geen afkeer van heeft. Geen affiniteit met muziek is een contra-indicatie voor SMTA (de ~~Bruin~~ Bruijn 2005). Een cliënt hoeft geen muzikale achtergrond te hebben. Volgens Krudde is het is aan de muziektherapeut om wegen te vinden om de muzikale hersendelen te activeren. Iemand kan ook niet zuiver of nauwelijks zingen maar het toch oppakken.

**Motivatie om te blijven oefenen**Herstel op de lange termijn kan in sommige gevallen worden verklaard door actieve sociale betrokkenheid waardoor de patiënt zijn spraakvermogen blijft oefenen (Jungblut, 2009. Smania, 2010). Vrijwel alle SMTA behandelaren noemen de bereidheid om dagelijks te oefenen een voorwaarde voor het slagen van de therapie. Gebrek aan motivatie van de cliënt is een contra-indicatie voor SMTA (de Bruin, 2005).  
Soms geeft een cliënt het op omdat de andere vormen van (non-verbale)  communicatie met partner inmiddels eigen en vertrouwd is geraakt ( "waarom moeilijk doen als het makkelijk kan?").

**Partner oefent** **mee**  
Aanmoediging door de omgeving om te spreken is essentieel om de effecten van spraaktherapieën te transformeren in zinvolle verbale communicatie (Johansson, 2011).  
Het helpt als de cliënt een partner heeft die veel mee oefent, ook op spontaan niveau.  
De meest succesvolle cliënt van Hulscher heeft een zeer rustige, coachende partner die de SMTA en de juiste bejegening goed snapt. De vorderingen van de cliënt zijn mede te danken aan deze partner.

**Jonge leeftijd**Een jonge leeftijd draagt bij aan het herstel (Smania, 2010). In het onderzoek van Jungblut bij drie patiënten met ernstige afasie en spraakapraxie is bewust gezocht naar zo jong mogelijke patiënten (Jungblut, 2014). Jongere hersenen herstellen over het algemeen sneller maar het is geen vereiste voor een succesvolle behandeling.

**Relativeringsvermogen**Piet Koek meldt dat hij meer ingang bij een cliënt heeft als de cliënt zelf heel luchtig kan omgaan met de afasie. De meest succesvolle cliënt van Hulscher vergaf zichzelf fouten en lachte vaak gedurende de sessie. Mede door haar schaamteloosheid (dat is nogal een woord met een vreemde bijklank…ik zou zeggen “doordat zij zich niet snel schaamde’en enthousiasme om te willen spreken heeft ze veel vooruitgang geboekt.   
Cliënten die van nature , wat kan iemand aanperfectionistisch zijn en alles meteen vlekkeloos willen uitspreken kiezen er soms voor niets meer te zeggen. Ze vallen dan terug op gebaren en andere vormen van nonverbale communicatie.

***Therapie-kenmerken***

**De behandeling duurt lang en is intensief**Volgens Schlaug kunnen therapieën alleen tot meetbare effecten leiden als de interventie zowelintensis alslangdurig. Bij intensieve MIT is er sprake van dagelijks therapie gedurende 10 tot 12 weken. (Schlaug 2009).   
Bij SMTA gaat het standaard om 2 behandelingen per week, gedurende 12 weken. Die standaard hanteren wij niet. Dat is wel eens gebruikt om een onderzoek goed te kunnen stadaardiseren en uitvoeren, maar doorgaans duurt de therapie zolang als het voldoende effect heeft (de logopdist/linguist neemt regelmatig tests af om te zien of er nog vooruitgang is) Bij chronische afasie is er in sommige gevallen sprake van 1 behandeling per week, maar wordt soms langer dan een jaar doorgegaan. Er moet (ook dit is op maat. Wat kan patiënt en zijn systeem aan?) in alle gevallen dagelijks geoefend worden. Dat maakt SMTA een intensieve therapie.

**De behandelaren zijn gericht op de cliënt**Elke SMTA therapeut is het erover eens dat de behandelaar gericht moet zijn op de cliënt. Neem de tijd om een relatie op te bouwen. Pas tempo en de manier van spreken aan dat van de cliënt. Kies woorden én muziek die in het interessegebied van de cliënt liggen. Dit zou ik wat beter uitleggen. Elke therapeut is gericht op de cliënt. Wat houdt dit in dit geval concreet in (bijv. pas de gebruikte woorden en uitdrukkingen aan de patiënt aan, maar ook toonhoogte, tempo, stijl, intonatie, ritme, harmonie….alle muzikale paramaters staan ten dienste van de behandeling “op maat”.

**Aspecten uit de zangtraining**Onderzoek van Tamplin wijst uit dat de vloeiendheid van spreken bij afasiepatiënten verbetert door stemoefeningen en zangtraining (in Johansson, 2011). Krudde meldt dat ze naast SMTA ook gebruik maakt van Therapeutic Singing en technieken uit de zangpedagogiek (resonantie, stem- en ademhalingsoefeningen). Volgens haar zijn verschillende afasiecliënten mede daardoor tot herstel van spraak gekomen.

**Improviseren**Mensen die na een CVA opnieuw moeten leren spreken kunnen er baat bij hebben hun gedachten en gevoelens te uiten in muziek door middel van improvisatie in individuele muziektherapie (naast de smta) (Hartley, 2010).  
Door improvisaties leert de patiënt communiceren op een non-verbaal niveau. In groepstherapie kan improvisatie leiden tot spontane verbale interactie (Jungblut 2009).   
Bij SMTA is het vooral de muziektherapeut die improviseert. Wat wil je hier eigenlijk mee zeggen? De muziektherapeut is zeker níet aan het improviseren in de zin van vrije (gevoels)expressie. Met “improviseren” bedoel je hier waarschijnlijk het binnen de sessie kunnen “spelen”met de muzikale parameters om juist en gericht te kunnen interveniëren. Dat is ambachtelijke muziektherapie (waar je ook veel muzikale vaardigheden voor moet hebben), maar geen improvisatie.

**Gebaren**Lichaamstaal is belangrijk, het is de visuele ondersteuning bij spraaktherapie. Het maken van gebaren kan helpen bij het terugkrijgen van woorden bij afasie (Johansson, 2011). Gebaren maken helpt maar wordt niet bewust gedaan bij SMTA. Het hoort bij logopedische interventies, ook om uitingen uit te lokken.

**Thuis oefenen wordt gefaciliteerd**Er kan alleen sprake zijn van herstel als de patiënt dagelijks oefent. Daarom geven SMTA behandelaren opnames mee op een USB-stick of in een schriftje voor de partners. Meezingen lukt meestal al vanaf de eerste dag. De partner moet leren de cliënt zo vaak mogelijk uit te lokken de uitingen ook in het dagelijks leven in te zetten.

**Conclusie**

SMTA is een geschikte behandeling voor mensen met afasie en kan veel betekenen voor cliënten met chronische globale afasie. Er zijn diverse voorbeelden bekend van cliënten die jarenlang enkel een betekenisloos stopwoordje konden zeggen en na SMTA in staat zijn tot het spreken van korte zinnen. In veel gevallen is het niet alleen de taalproductie die verbetert, maar juist het weer durven communiceren en de eigenwaarde die verbeteren. Ook dat is winst.

Wil een SMTA behandeling succesvol zijn bij cliënten met chronische globale afasie dan helpt het wanneer het begrip van de cliënt nog in grote mate intact is, de cliënt nog relatief jong is, affiniteit met muziek heeft, actief sociaal betrokken is, gemotiveerd is om te blijven oefenen, relativeringsvermogen heeft en kan lachen om eigen fouten.

Voor SMTA bij mensen met globale afasie in de chronische fase zouden bepaalde aspecten van de behandeling extra benadrukt moeten worden. Er moet tijd genomen worden voor het opbouwen van een relatie met de cliënt. Muziektherapeuten hebben een heel arsenaal om door middel van muziek contact te maken. Weten wat de favoriete muziek van de cliënt is kan helpen om de cliënt door muziek te raken en een band op te bouwen.   
De muziektherapeut zou zich voorts moeten bekwamen in zangtraining om de cliënt te helpen goed gebruik te maken van zijn stem en zijn ademhaling. Het toepassen van technieken uit de NMT en zangpedagogiek, zoals resonantie, ademhaling en stemtechnieken, kan bijdragen aan een goed resultaat van de SMTA.   
Bovendien zou het mogelijk moeten zijn de therapie langer te laten duren. Hierbij is het aan te raden regelmatig te evalueren en doelen bij te stellen.   
Om thuis oefenen zoveel mogelijk te stimuleren zou de partner of mantelzorger actief betrokken moeten worden bij de therapie.  
De therapie zou aangevuld kunnen worden met technieken uit de Neurologische Muziektherapie en zangtraining.   
Naast of als vervolg op de SMTA behandeling kan deelname aan een koor of een andere vorm van samenzang worden gestimuleerd. In diverse revalidatiecentra zijn er zanggroepen waar cliënten aan kunnen deelnemen. Er zijn in Nederland verschillende afasiekoren. Bij het afasiekoor van Beweging 3.0 in Amersfoort komt naast het zingen van bekende en aangepaste liederen ook SMTA aan bod. Dat geldt ook voor de afasie-behandelgroep van Esdégé-Reigersdaal in Alkmaar. Daar worden naast het zingen van bekende Nederlandstalige liedjes de aangeleerde SMTA oefeningen herhaald en toegepast in een communicatieve situatie (Hulscher, 2013). Dit zou op meer plaatsen moeten plaatsvinden, ook in afasiecentra waar wel groepswerk wordt gedaan maar waar vrijwel niet wordt gezongen.

Ik raad je aan je conclusie opnieuw te schrijven na het bewerken van het artikel. Misschien is het goed om je af te vragen (en meer expliciet te maken) voor wie je dit artikel schrijft en met welk doel. Kom daar dan op het eind op terugMaak de conclusie helderder door puntsgewijs te noemen wat je bevindingen zijn. De lay-out kan helderder. Het stukje over relativeringsvermogen en lachen om eigen fouten zou ik eruit laten. Dit is soms het geval maar kun je m.i niet in het algemeen zeggen. Wat is overigens “relatief jong”?

**Literatuur**

* Baker, F. (2000). Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults With Severe Non-fluent Aphasia. *Music Therapy Perspectives*. 18: 110-114.
* Bruijn, M. de, Reitsma, T. & Hurkmans, J. (2005). Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) behandelprogramma voor afasie en/of apraxie. Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag.
* Bruijn, M. de, Hurkmans, J. & Reitsma, T. (2010). SMTA: Speech Music Therapy for Aphasia, van idee tot klinisch behandelprogramma. *Tijdschrift voor vaktherapie* 6: 3-11.
* Conklyn, D., Novak, E.,Boissy, A., Bethoux, F. & Chemalib, K. (2012). The Effects of Modified Melodic Intonation Therapy on Nonfluent Aphasia: A Pilot Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 55: 1463–1471.
* Docter, C. (2015). Onderzoek afasiekoor. De invloed van zang op het spraakvermogen bij cliënten met afasie. Scriptie. Stenden Hogeschool, Leeuwarden.
* Hartley, M.L., Turry, A. & Raghavan, P. (2010). The Role of Music and Music Therapy in Aphasia Rehabilitation. *Music and Medicine*. 2(4) 235-242.
* Hulscher, Y. (2013). Afasie Behandelgroep. In Nieuwsbrief 3 van Muziekenz.org. [www.muziekenz.org](http://www.muziekenz.org)
* Hulscher, Y. (2014). SMTA nieuws. In Nieuwsbrief 5 van Muziekenz. org. [www.muziekenz.org](http://www.muziekenz.org)
* Hurkmans, J., Bruijn M. de, Boonstra, A., Jonkers, R., Bastiaanse R., Arendzen, H., Reinders – Messelink, H. (2010). Effect muziekbehandeling taal- en spraakstoornissen; een systematische review. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie*. 17 (1) 28–44.
* Hurkmans, J., Reitsma, T. & Bruijn, M. de. (2012). Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) Een therapieprogramma voor afasie en verbale apraxie.
* Hurkmans, J., Reitsma, T. & Koek, P. (2014). Module: Speech Music Therapy for Aphasia. Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag.
* Hurkmans, J., Jonkers, R., Bruijn, M. de, Boonstra, A.M, Hartman, P.P., Arendzen, H. & Reinders-Messelink, H.A. (2015). The effectiveness of Speech–Music Therapy for Aphasia (SMTA) in five speakers with Apraxia of Speech and aphasia. Aphasiology. 29 (8): 939-964.
* Johansson, B.B. (2011). Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta Neurologica Scandinavica*: 123: 147–159.
* Jungblut, M., Suchanek, M. & Gerhard, H. (2009). Long-Term Recovery From Chronic Global Aphasia – A Case Report. *Music and Medicine.* 1(1) 61-69.
* Jungblut, M., Huber, W., Mais, C., Schnitker, R. (2014): Paving the way for speech: Voice-training-induced plasticity in chronic aphasia and apraxia of speech – three single cases. *Neural Plasticity* Article ID 841982, 14 pages, http://dx. doi.org/10.1155/2014/841982
* Lazar, R.M. & Antoniello, D. (2008). Variability in recovery from aphasia. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 8 (6) 497-502.
* Meulen, I. van der, Sandt-Koenderman, M. van de, Ribbers, G. (2012). Melodic Intonation Therapy: Present Controversies and Future Opportunities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93 (1) S46-52.
* Schlaug, G., Marchina, S. and Norton, A. (2009) Evidence for Plasticity in White-Matter Tracts of Patients with Chronic Broca’s Aphasia Undergoing Intense Intonation-based Speech Therapy *The Neurosciences and Music III—Disorders and Plasticity*: Ann. N.Y. Acad. Sci. 1169: 385–394.
* Smania, N., Gandolfi, M., Aglioti, S.M., Girardi, P. Fiaschi, A. & Girardi, F. (2010). How Long is the Recovery of Global Aphasia? Twenty-Five Years of Follow-up in a Patient With Left Hemisphere Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair.* 24(9) 871-875.
* Stahl, B.& Kotz, S. A. (2014). Facing the music: three issues in current research on singing and aphasia. *Frontiers in Psychology*. 5 (1033) 1-4.

**Over de auteur**

Ludger Stuijt (1960) is als muziektherapeut werkzaam bij Norschoten, Barneveld. Hij heeft in 2015 de opleiding Creatieve Therapie - hoofdrichting muziek voltooid aan de HU.

**Samenvatting**

SMTA is een relatief nieuwe, in Nederland ontwikkelde behandelingsmethode voor mensen met afasie. Specifiek onderzoek naar deze methode bij mensen met chronische globale afasie is nog niet eerder gedaan. Uit de literatuur en uit reacties van SMTA behandelaren blijkt dat SMTA een geschikte behandeling kan zijn voor deze doelgroep. Wil de behandeling succesvol zijn dan moet tijd genomen worden voor het opbouwen van een relatie met de cliënt. Muziektherapeuten kunnen door middel van muziek de cliënt raken en een band opbouwen. De muziektherapeut zou zich kunnen bekwamen in zangtraining om de cliënt te helpen goed gebruik te maken van stem en ademhaling. Bovendien zou het mogelijk moeten zijn de therapie langer te laten duren. Thuis oefenen moet zoveel mogelijk gestimuleerd worden. Hiertoe zou de partner actief betrokken kunnen worden bij de therapie. Na(ast) de SMTA kunnen cliënten verwezen worden naar een afasie-behandelgroep of een afasiekoor waarin o.a. woorden en zinnen uit de SMTA groepsgewijs herhaald worden en toegepast in een communicatieve situatie

Ik raad je aan ook je conclusie te herschrijven na bewerking en doorlezen van het hele artikel. Wat is het verschil tussen de conclusie en de samenvatting?

Ik raad je ook aan niet teveel zinnen als “er wordt nagegaan” enzovoorts te gebruiken. Dat maakt het artikel wat te formeel en minder prettig om te lezen. Verder valt ons op dat je wel wat stellig in je beweringen bent.