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

* **Onderzoeksverslag -**



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.

**Dankwoord**

Dit onderzoek is mede tot stand gekomen dankzij een aantal mensen die me geïnspireerd hebben, op pad geholpen, bijgestuurd en bemoedigd. Zonder hun hulp was dit onderzoek niet tot stand gekomen.  
Ineke de Jong heeft me als mijn leidinggevende alle ruimte en middelen gegeven om dit onderzoek te doen. Joost Hurkmans gaf me richtlijnen voor de behandeling van een cliënt die al 10 jaar niet kan spreken. Hannah van Toor dank ik voor de zeer prettige samenwerking tijdens de SMTA bij de heer Jansen, Han Kurstjens voor zijn bijsturing en bemoedigende adviezen voor het onderzoek en Mai Teeuwen voor haar waardevolle adviezen tijdens de intervisie. Alle SMTA behandelaren die meegewerkt hebben, met name Martine Verkade, Rob Volbeda, Inke Krudde en Yolanda Hulscher voor hun enthousiasme en het delen van hun kennis en ervaringen met SMTA. Piet Koek en Tea Reitsma voor hun uitgebreide en nauwgezette feedback. Tot slot wil ik mijn echtgenote Claudia danken voor de ruimte en support die ze me gaf en geeft om aan dit onderzoek te werken.

Zeewolde, juni 2015

**Inhoudsopgave**

Samenvatting ………………………………………………………………………………………….. 2

Dankwoord …………………………………………………………………………………………. 3

Inhoudsopgave ……………………………………………………………………………… 4

Inleiding ………………………………………………………………………………………….. 6

1. Inhoudelijke oriëntatie ………………………………………………………. 7

1.1. Uitleg termen ………………………………………………………………………………. 7

1.1.1. SMTA …………………………………………………………………………………………. 7  
1.1.2. Doelgroep ……………………………………………………………………………… 7  
1.1.3. CVA ………………………………………………………………………………………….. 8  
1.1.4. Fasen van herstel …………………………………………………………………… 8  
1.1.5. Afasie ……………………………………………………………………………….. 8  
1.1.6. Globale afasie ……………………………………………………………………… 9  
1.1.7. Spraakapraxie ……………………………………………………………………… 9  
1.2. Gevalsstudies van succesvolle behandelingen bij chronische afasie 9

2. Probleemstelling ……………………………………………………………………. 11

2.1. SMTA voor afasiecliënten in de revalidatiefase ………………………. 11  
2.2. SMTA voor afasiecliënten in de chronische fase ……………………….. 11  
2.3. Doel van het onderzoek …………………………………………………………. 11

3. Hoofd- en deelvragen ………………………………………………………… 12

3.1. Hoofdvraag …………………………………………………………………… 12  
3.2. Deelvragen …………………………………………………………………… 12

4. Onderzoeksmethode ………………………………………………………… 13

4.1. Literatuurstudie ……………………………………………………………………. 13  
4.2. Vragenlijsten en interviews ………………………………………………………… 13  
4.3. Participerende observatie ………………………………………………………… 14  
4.4. Analyse van de resultaten ………………………………………………………… 14

5. Resultaten (beantwoording deelvragen) ………………………………… 15

5.1. Resultaten deelvraag 1 ………………………………………………………. 15  
5.2. Resultaten deelvraag 2 ………………………………………………………. 16  
5.3. Resultaten deelvraag 3 ……………………………………………………….. 17  
5.4. Resultaten deelvraag 4 ……………………………………………………….. 18  
5.5. Resultaten deelvraag 5 ……………………………………………………….. 19  
5.5.1. Cliënt-kenmerken voor een succesvolle behandeling ………….. 20  
5.5.2. Therapie kenmerken voor een succesvolle behandeling ………….. 22

6. Conclusie (beantwoording hoofdvraag) ………………………………….. 25

7. Aanbevelingen voor de praktijk ………………………………….. 26

Bronnenlijst ……………………………………………………………………. 28

Bijlage 1 – Vragen aan muziektherapeuten en logopedisten …………….. 31

Bijlage 2 – Antwoorden op vragen aan muziektherapeuten en logopedisten 32

Bijlage 3 – Interview met Martine Verkade en Rob Volbeda …………… 37

Bijlage 4 – Interview met Tineke Geurtsen ………………………………….. 40

Bijlage 5 – Interview met Yolanda Hulscher ………………………………….. 42

Bijlage 6 – Beschrijving casus dhr. Jansen ……………………………………. 45

Bijlage 7 – Richtlijnen Joost Hurkmans voor casus dhr. Jansen …………….. 54

Bijlage 8 – Voorstel SMTA behandeling dhr. Jansen ………………………… 57

Bijlage 9 – Uitgebreide beantwoording deelvragen …………………………. 60

Bijlage 10 – SMTA therapeuten die aan het onderzoek hebben deelgenomen 79

Bijlage 11 - Verantwoording Gedragscode hantering ………………………. 80

**Inleiding**Als recreatief begeleider en muziektherapeut in opleiding ben ik werkzaam in verpleeghuis Norschoten, Barneveld, en word ik vrijwel dagelijks geconfronteerd met mensen die door afasie als gevolg van een CVA vrijwel niet kunnen spreken. Dit heeft zeer grote gevolgen voor de cliënten in kwestie en kan leiden tot depressie. Ik ben bewogen met hen en voel me tegelijkertijd machteloos. Ik heb me afgevraagd wat ik als muziektherapeut voor hen kan betekenen.

Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) is een in Friesland ontwikkeld behandelprogramma voor afasie en/of verbale apraxie, gebaseerd op de combinatie van logopedie en muziektherapie. SMTA biedt mogelijkheden tot spreken, zelfs voor mensen die dit al langere tijd vrijwel niet meer kunnen. SMTA wordt door tientallen logopedisten en muziektherapeuten gegeven in diverse revalidatiecentra gegeven bij mensen met afasie als gevolg van CVA. De methode is bijna evidence based.

Het afgelopen jaar heb ik de cursus SMTA gevolgd. Vanaf januari 2015 behandelen logopedist Hannah van Toor en ik volgens deze methode dhr. Jansen, een cliënt die al tien jaar vrijwel niet kan spreken. Het enige wat hij kan zeggen is: ja, nee en hapa. Ik wil nagaan wat de SMTA behandeling voor hem kan betekenen.

Het wordt een kwalitatief inventariserend onderzoek met verschillende dataverzamelingstechnieken: Middels literatuuronderzoek wordt nagegaan wat bekend is van effecten van SMTA en andere muzikale spraaktherapieën bij mensen die langer dan een jaar vrijwel niet kunnen spreken. Middels vragenlijst en open interviews bij muziektherapeuten en logopedisten die werken met SMTA wordt gevraagd naar hun ervaringen bij deze doelgroep. De derde dataverzamelingstechniek is participerende observatie bij de behandeling van dhr. Jansen.

Doel van het onderzoek is de beschrijving van aanpassingen van SMTA die leiden tot de beste resultaten bij de behandeling van chronische globale afasie.

De nadruk ligt op het onderzoek, het productdeel is kleiner.

**1. Inhoudelijke oriëntatie**

* 1. **Uitleg termen**

**1.1.1. SMTA**   
SMTA (Speech Music Therapy for Aphasia) is een behandelprogramma voor afasie en/of spraakapraxie. Deze combinatiebehandeling van muziek en logopedie wordt aangeboden als individuele therapie 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 praten makkelijker maakt, anderzijds de Melodic Intonation Therapy (MIT). De MIT is een afasie therapieprogramma dat ontwikkeld is in de jaren ’70 en nog steeds wereldwijd gebruikt wordt. Het maakt gebruik van melodische aspecten van taal (intonatie, ritme en klemtoon) om taalproductie te bevorderen.

SMTA is geschikt voor mensen met afasie of spraakapraxie. Alle logopedische oefeningen worden op muziek gezet. Elke uitdrukking of zin is gekoppeld aan een vaste melodie. De cliënt leert bijvoorbeeld eerst "goedemorgen" zingen. Gaat dat goed, dan gaat hij over naar ritmisch spreken en vervolgens blijft alleen de taal 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.  
Tijdens de sessie zit de cliënt tegenover de logopedist, die met hem meezingt en praat en let op de mond- 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 voor standaarduitdrukkingen als "goedemorgen" standaardmelodieën zijn. De aanpak is dus zeer gestructureerd. Een verkeerde of fout gespeelde melodie brengt verwarring!  
De koppeling van de taaloefeningen aan het zingen heeft verschillende voordelen: De cliënt hoort weer de eigen stem, het herhalen van klankreeksen en woorden is op muziek veel langer vol te houden en kan zelfs leuk zijn, de muziek ondersteunt ritme en accenten in het spreken en de muziek roept "automatisch" de gewenste woorden op.

SMTA is als behandelmethode in 2008 gestart met de eerste module voor muziektherapeuten en logopedisten. In middels zijn er ruim 60 muziektherapeuten en logopedisten geschoold in het geven van deze therapievorm. In januari 2015 verscheen een artikel waarin de effectiviteit van SMTA onderzocht is bij 5 patiënten met spraakapraxie en afasie in de revalidatiefase (Hurkmans, 2015). Er is nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van SMTA bij patiënten in de chronische fase.

**1.1.2. Doelgroep**SMTA is ontwikkeld voor:   
1) niet sprekende patiënten (mutisme), met ernstige spraakapraxie en/of globale afasie en  
2) niet vloeiend sprekende patiënten met lichte spraakapraxie en/of Broca afasie of conductie afasie (Hurkmans, 2014).

Dit onderzoek richt zich op de eerste doelgroep: niet sprekende patiënten (mutisme), met globale afasie en/of ernstige spraakapraxie. Hieraan wordt een extra restrictie toegevoegd: de afasie en/of apraxie is chronisch, d.w.z. duurt al minimaal een jaar.

# **1.1.3. CVA**

Afasie ontstaat meestal door een CVA (Cerebro Vasculair Accident), ook wel beroerte genoemd. Een CVA kan een hersenbloeding of een herseninfarct betreffen.   
Het **herseninfarct** komt het meeste voor. Vanwege een dichtgeslibde ader (trombose) of een bloedstolsel dat een hersenslagader verstopt (embolie), krijgt een deel van de hersenen te weinig bloed waardoor het hersenweefsel afsterft. Een CVA is in ongeveer 80% van de gevallen een infarct. Een **hersenbloeding** is het gevolg van een lek in een hersenbloedvat. Zo'n lek kan ontstaan door een zwakke plek in de bloedvatwand waardoor bloed de hersenen instroomt. Een voorbeeld is het knappen van een aneurysma (uitstulping in wand van een hersenslagader). Een hersenbloeding kan zich bevinden in het hersenweefsel (intracerebrale bloeding), maar soms ook tussen de hersenvliezen (subarachnoïdale bloeding of SAB). In ongeveer 20% van de beroertes gaat het om een hersenbloeding.   
Een **TIA** staat voor Transient Ischaemic Attack: een tijdelijke doorbloedingsstoornis in de hersenen. Een TIA lijkt op een CVA maar gaat snel weer voorbij (meestal binnen een half uur). TIA's kunnen een voorbode zijn van een echte CVA ([www.hersenstichting.nl](http://www.hersenstichting.nl) ).

**1.1.4. Fasen van herstel**In de zorg en begeleiding van CVA-patiënten kunnen drie fasen onderscheiden worden (Cox, 2011). 1)In de klinische fase (eerste twee weken) staat aandacht voor somatische gevolgen van de neurologische uitval op de voorgrond en wordt zo snel mogelijk gestart met de revalidatie. 2) De revalidatiefase start na de klinische fase. Thuis, poliklinisch, in dagbehandeling of in een revalidatie-instelling kan de revalidatie plaatsvinden. Een groot deel van de patiënten gaat na de klinische opvang naar huis om daar te revalideren. Gebleken is dat het meeste herstel optreedt in de eerste drie maanden na het CVA. 3)Na ongeveer zes maanden is weinig functieherstel meer te verwachten en erkan worden vastgesteld welke stoornissen blijvend zijn. Men spreekt dan van de chronische fase (Faber, 2007).   
Uit literatuuronderzoek naar effecten van muziekbehandeling bij taal- en spraakstoornissen blijkt dat de meeste patiënten behandeld zijn in de chronische fase, hiertoe wordt langer dan één jaar na de CVA gerekend, en zij hebben ernstige taal- en spraakstoornissen (Hurkmans, 2010).

**1.1.5. Afasie**Wanneer als gevolg van hersenletsel één of meer onderdelen van het taalgebruik niet meer goed functioneren, noemt men dat afasie. Afasie, A (= niet) fasie (= spreken) betekent dat iemand niet meer kan zeggen wat hij wil. Hij kan de taal minder goed gebruiken dan voorheen. Afasie ontstaat meestal door een CVA. Het ontstaat vaak plotseling en is heel ingrijpend voor de patiënt en zijn omgeving. In Nederland hebben zo’n 30.000 mensen een vorm van afasie ([www.kennislink.nl](http://www.kennislink.nl)).

**1.1.6. Globale afasie**Globale afasie is een vorm van afasie met zowel een motorische als een sensorische component, hoewel één van beide componenten in de stoornis kan overheersen.   
Bij motorische afasie (ook wel afasie van Broca, Broca-afasie of niet-vloeiende afasie genoemd) ligt de oorzaak in een beschadiging van het motorisch spraakcentrum (het gebied van Broca, in de voorzijde van de linkerhersenhelft). Mensen met deze aandoening begrijpen goed wat er gezegd wordt, maar kunnen niet goed [grammaticale verbanden](http://nl.wikipedia.org/wiki/Grammatica) uitdrukken en spreken in een telegramstijl zonder [lidwoorden](http://nl.wikipedia.org/wiki/Lidwoord) en [bijvoeglijke naamwoorden](http://nl.wikipedia.org/wiki/Bijvoeglijk_naamwoord).  
[Sensorische afasie](http://nl.wikipedia.org/wiki/Sensorische_afasie) (afasie van Wernicke of Wernicke-afasie genoemd) ontstaat door een beschadiging van het [sensorische spraakcentrum](http://nl.wikipedia.org/wiki/Centrum_van_Wernicke) (het gebied van Wernicke, in de linker hersenhelft, naast het gebied van Broca). Mensen die hieraan lijden kunnen vloeiend spreken, maar de zinnen hebben meestal geen betekenis.

Globale afasie komt relatief vaak voor. Mensen met globale afasie hebben veel moeite met het begrijpen van taal en kunnen niet of nauwelijks spreken. Met een globale afasie is lezen en schrijven nauwelijks mogelijk. Vaak is er wel één zin die of woord dat ze herhaaldelijk uitspreken. Bijvoorbeeld: "Die, die, die", "Het is me wat", "Ja, ja". Opmerkelijk is dat mensen deze uitspraken doen met de intonatie die bij de situatie past ([www.medicinfo.nl](http://www.medicinfo.nl) ).   
Wanneer mensen vrijwel niet meer kunnen spreken spreekt men van mutisme.

**1.1.7. Spraakapraxie**Apraxie betekent dat wat bewust aangestuurd moet worden niet lukt. Iemand met apraxie heeft moeite om complexe handelingen uit te voeren. Als je vraagt: “Blaas maar”, dan lukt dat niet. Het lukt soms wel spontaan. Onbewuste handelingen lukken. Meestal slaagt iemand met apraxie er niet in om verkeerd uitgevoerde handelingen te corrigeren.  
Bij een spraakapraxie (of verbale apraxie) kan het schema voor het programmeren van de spraak niet meer goed worden gebruikt. De spieren werken nog wel, maar het aansturen van de spieren geeft problemen. Het meest opvallende kenmerk bij spraakapraxie is het voortdurende zoeken naar de juiste articulatieplaats van klanken. Het zijn niet altijd dezelfde woorden of klanken die problemen geven. Vaak worstelt iemand om het juiste woord te kunnen produceren, merkt dat het mis gaat, worstelt opnieuw en kan op deze manier steeds verder van het bedoelde woord afraken. 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 bestaan diverse theoretische publicaties over de moeilijke differentiaaldiagnose tussen spraakapraxie en afasie (Cox, 2011). In ieder geval is duidelijk dat bij globale afasie vaak ook sprake is van spraakapraxie.

**1.2. Gevalsstudies van succesvolle behandelingen bij chronische afasie**Over het algemeen wordt gesteld dat er bij patiënten met globale afasie vrijwel geen vooruitgang meer is in spraak wanneer de chronische fase is ingetreden (1 jaar na de CVA).Er zijn echter gevalsstudies bekend van muziekbehandelingen bij patiënten met ernstige taal- en spraakstoornissen in de chronische fase waarbij wel sprake is van vooruitgang.   
  
A) Een man die op 50 jarige leeftijd een ernstige CVA kreeg met globale afasie en apraxie tot gevolg, niet meer kon spreken maar wel enorm zijn best deed om te communiceren begon na 5 jaar individuele muziektherapie (Expressive Musical Speech Training in het Nordoff-Robbins Center) woorden van één lettergreep te lezen en te uiten. Later leerde hij korte zinnen te blijven zingen wanneer de begeleidende muziek stopte, zoals “Thank you”. Na negen jaar muziektherapie is hij nog steeds zeer gemotiveerd de therapie te volgen (Hartley, 2010).  
  
B) Een man die op 57 jarige leeftijd een CVA kreeg met globale afasie tot gevolg ontving twee jaar logopedie zonder merkbare verbetering. Drie jaar na de CVA werd begonnen met SIPARI, een muzikaal ondersteunde training voor spraak revalidatie bij patiënten met chronische globale afasie. De spraak ging steeds verder vooruit. Acht jaar na de CVA vertoonde hij nog grote vooruitgang in zijn spraak (Jungblut, 2009).  
  
Een gevalsstudie waar geen muziektherapie aan te pas kwam, beschrijft een man die op 37jarige leeftijd globale afasie kreeg als gevolg van een CVA. In een periode van 25 jaar na de CVA is de man negen keer getest. De resultaten laten zien dat herstel van taalfuncties blijft doorgaan tot lang na de CVA.  
De eerste twee jaar na de CVA kreeg hij intensieve taalrevalidatie, daarna niet meer. Jarenlang was het betekenisloze “musi” het enige woord dat hij kon zeggen. In het eerste jaar na de CVA was er herstel van verbaal begrip en woordherhaling. Tussen één en drie jaar na de CVA ging vooral het benoemen van voorwerpen en lezen vooruit, de jaren daarna zette de vooruitgang voort. Pas 10 jaar na de CVA was er voor het eerst sprake van enige vorm van spontane spraak, dit bleef beperkt tot enkele veel voorkomende woorden zoals huis, brood, etc. Het herstel in het eerste jaar wordt verklaard door de taal revalidatie, het herstel op de lange termijn wordt verklaard door de sterke motivatie van de patiënt en zijn actieve sociale betrokkenheid waardoor hij zijn spraakvermogen bleef oefenen. Ook zijn jonge leeftijd en de aanwezigheid van cognitieve functies zoals geheugen en aandacht die intact gebleven zijn dragen bij aan het herstel (Smania, 2010).

1. **Probleemstelling:**

**2.1. SMTA voor afasiecliënten in de revalidatiefase**SMTA zoals beschreven lijkt vooral bedoeld voor cliënten in de revalidatiefase. SMTA is ontwikkeld in Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag waar cliënten in de revalidatiefase behandeld worden, d.w.z. twee weken tot zes maanden na de CVA. Gebleken is dat het meeste herstel optreedt in de eerste drie maanden na het CVA. Na ongeveer zes maanden is weinig functieherstel meer te verwachten en kan worden vastgesteld welke stoornissen blijvend zijn. Men spreekt dan van de chronische fase (Faber et al 2007).   
Een standaard SMTA behandeling bestaat uit twee keer per week therapie gedurende 12 weken. Een sessie duurt gemiddeld een half uur en wordt gegeven door een logopedist en een muziektherapeut samen. Tijdens deze 12 weken is het gewenst dat de cliënt de items oefent met een familielid / mantelzorger. Na deze 12 weken stopt de therapie maar is het wel wenselijk dat de cliënt thuis doorgaat met het oefenen van de items.

**2.2. SMTA voor afasiecliënten in de chronische fase**In hoeverre kunnen cliënten met chronische globale afasie herstellen? Hoe ziet dat herstel eruit? Kortom: wat kan zo iemand verwachten? Bij cliënten in de chronische fase is er vaak berusting en acceptatie van de afasie.   
De gevalsstudies uit de inhoudelijke oriëntatie tonen aan dat vooruitgang van de spraak mogelijk is. Wel met grote inzet van zowel cliënt als therapeut.   
Uit bovenstaande blijkt ook dat een optimaal resultaat niet behaald wordt na 12 weken SMTA. Wil iemand met chronische globale afasie echt verbaal wat bereiken dan is daar meer voor nodig. Wat zijn kenmerken van succesvolle behandelingen bij cliënten met chronische globale afasie? Zijn deze kenmerken samen te voegen tot een methodiek? Doelstelling is het leveren van een bijdrage aan de behandeling van chronische globale afasie.

**2.3. Doel van het onderzoek** is de beschrijving van aanpassingen van SMTA die leiden tot de beste resultaten bij de behandeling van chronische globale afasie. Aanpassing van SMTA voor een bepaalde doelgroep is eerder gedaan bij de ziekte van Huntington. Zo is op basis van SMTA de Huntington Speech Music Therapy ontwikkeld (Brandt, 2012). Of sterke aanpassingen van SMTA noodzakelijk zijn voor behandeling van chronische globale afasie zal dit onderzoek uitwijzen.

1. **Hoofd- en deelvragen**
   1. **Hoofdvraag**

Wat kan Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) betekenen voor cliënten met chronische globale afasie hebben als gevolg van een CVA?

* 1. **Deelvragen**

1. Hoe wordt SMTA in de praktijk toegepast bij cliënten met chronische globale afasie?
2. Wat zijn resultaten van SMTA bij chronische globale afasie?
3. Waarin verschilt SMTA van andere muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen?
4. Wat zijn resultaten van vergelijkbare muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen bij chronische globale afasie?
5. Welke criteria zijn indicaties voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie?
6. **Onderzoeksmethode:**

Het betreft een **kwalitatief inventariserend onderzoek** met de volgende dataverzamelingstechnieken:

* Literatuurstudie
* Vragenlijst en open interviews
* Participerende observatie

De resultaten zijn geanalyseerd met behulp van aspecten van de Delphi methode.

**4.1. Literatuurstudie**  
Er is gezocht op de volgende zoekwoorden:  
aphasia, global aphasia, nonfluent aphasia (= Broca afasie of motorische afasie), CVA, stroke, music therapy, art therapy, music, elderly, nursery home, rehabilitation.  
Er is gezocht in de vakspecifieke databanken: Academic Search Premier, HBO Voorsprong, Sage Premier, Science Direct en Web of Science.  
Literatuur over SMTA-casussen is minimaal, literatuur over de MIT en andere muzikale spraaktherapieën is er volop. Ook van de MIT wordt beweerd dat deze methode geschikt is voor mensen die langer dan één jaar ernstige afasie hebben.

**4.2. Vragenlijsten en interviews**Twaalf muziektherapeuten en logopedisten die werken met SMTA zijn per mail gevraagd de volgende zes vragen te beantwoorden (voor de volledige mail zie bijlage 1 ):

* 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?

Mailadressen van deze therapeuten zijn gevonden via internet (websites van de vakvereniging en van revalidatiecentra). Negen therapeuten hebben de vragenlijst ingevuld (hun antwoorden staan in bijlage 2).

Vier therapeuten zijn vervolgens geïnterviewd (voor verslagen van de interviews zie bijlage 3, 4 en 5). Martine Verkade (logopedist) en Rob Volbeda (muziektherapeut) werken samen bij Zorgspectrum in Houten en zijn samen geïnterviewd, Tineke Geurtsen van Sophia revalidatie in Den Haag is geïnterviewd hoewel ze in tweede instantie niet bleek te werken met cliënten met chronische afasie. Het laatste interview is afgenomen bij Yolanda Hulscher. Zij werkt bij Esdégé-Reigersdaal in Noord Holland, vrijwel uitsluitend met cliënten met chronische afasie.

Daarnaast is gebruikt gemaakt van wat SMTA docenten hebben verteld tijdens de cursus SMTA en wat Piet Koek heeft verteld tijdens een workshop ‘Als woorden tekort schieten’- de specifieke rol van de muziektherapeut bij SMT. De workshop werd gegeven tijdens de studiedag ‘Tussen de oren’ door de NVvMT op 8 april 2015.

**4.3. Participerende observatie**De eigen casus betreft dhr. Jansen, een cliënt van 72 jaar die al tien jaar vrijwel niet kan spreken als gevolg van een CVA. Het enige wat hij kan zeggen is: ja, nee en hapa. Van januari tot half mei 2015 is dhr. Jansen door Hannah van Toor en Ludger Stuijt behandeld volgens SMTA.   
Voor deze behandeling is advies gegeven door Joost Hurkmans, een van de grondleggers van de SMTA. Hij adviseerde gebruik te maken van functionele woorden; veelal zijn dat namen die een betekenis voor de cliënt hebben. In overleg is gekozen de volgende vijf woorden te gaan oefenen:

* Donna (naam van de hond)
* Moemin (naam van de kleinzoon van echtgenote)
* Choco (afkorting van chocolademelk, dit bestelt hij regelmatig)
* Paard (dhr. is een groot paardenliefhebber)
* Margreet (naam van echtgenote)

Voor een uitgebreide beschrijving van de SMTA behandeling bij dhr. Jansen, zie bijlage 6

**4.4. Analyse van de resultaten**Via aspecten van de Delphimethode worden de resultaten van de literatuur, de vragenlijsten, de interviews en de eigen casus op elkaar gelegd. Door te clusteren worden concepten ontwikkeld. Een samenvatting hiervan wordt teruggestuurd naar de respondenten van de eerdere vragenlijst en de geïnterviewden met de vraag wat ze ervan vinden. Hun feedback wordt gebruikt om te komen tot een nauwkeuriger beschrijving van de gewenste vorm van de SMTA behandeling bij mensen met chronische globale afasie.   
Doel van het onderzoek is de beschrijving van aanpassingen van SMTA die leiden tot de beste resultaten bij de behandeling van chronische globale afasie.

1. **Resultaten (beantwoording deelvragen):**

Voor de uitgebreide beantwoording van de deelvragen, volgens iedere databron afzonderlijk, zie bijlage 9.

Na analyse van de resultaten volgens aspecten van de Delphi methode kunnen de deelvragen als volgt beantwoord worden. Twee hoofdletters verwijzen naar het antwoord van een SMTA behandelaar (voor hun namen zie bijlage 10). Elk antwoord begint met een korte samenvatting

**5.1. Resultaten deelvraag 1:  
Hoe wordt SMTA in de praktijk toegepast bij cliënten met chronische globale afasie?**

**Samenvatting**

* De te oefenen woorden zijn functioneel
* Er wordt tijd genomen voor het opbouwen van een relatie met de cliënt
* Behandelaren zoeken informatie over de cliënt om de behandeling op de cliënt te kunnen afstemmen
* (Er worden) soms technieken uit de zangpedagogie en NMT toegepast
* De behandeling duurt vaak veel langer
* Thuis oefenen wordt zoveel mogelijk gestimuleerd en uitgelokt

**De te oefenen woorden zijn functioneel**Literatuur over SMTA is minimaal. De methodiek is vanaf 2005 ontwikkeld binnen Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag. In het moduleboek wordt geen onderscheid gemaakt tussen behandeling van cliënten in de revalidatiefase en behandeling van cliënten in de chronische fase. Volgens Joost Hurkmans moet men bij patiënten in de chronische fase bij de SMTA behandeling woorden en korte zinnen kiezen die functioneel zijn en gekoppeld zijn aan specifieke communicatieve situaties. Deze zou je moeten inventariseren. In SMTA terminologie kom je vaak uit op namen (zie Hurkmans, bijlage 7).

Uit de antwoorden van SMTA behandelaren blijkt een aantal zaken:

**Er wordt tijd genomen voor het opbouwen van een relatie met de cliënt**De cliënt moet zich veilig en vertrouwd voelen. Dat betekent de tijd nemen voor een gesprekje voorafgaand aan de sessie, of een rustig muziekje spelen bij binnenkomst van de cliënt.

**Behandelaren zoeken informatie over de cliënt om de behandeling op de cliënt te kunnen afstemmen**Het is belangrijk kennis te hebben van de achtergrond van de cliënt (dossierkennis, informatie van verzorgenden of familie) om zinnen te gebruiken die passen bij de ‘state of mind’ van de cliënt.   
Als er al eerder sprake was van SMTA dan moet er een goede overdracht zijn om dezelfde SMTA-zinnen en –melodieën te kunnen gebruiken.

**Er worden soms technieken uit de zangpedagogie en NMT toegepast**Sommige SMTA behandelaren geven aan dat ze naast SMTA ook andere technieken gebruiken, bijvoorbeeld uit de zangpedagogie (resonantie, ademhaling, stemtechniek) of uit de NMT (MUSTIM - Musical Speech Stimulation waarbij geautomatiseerde taal getriggerd wordt door muziek) en TS (Therapeutic Singing, waarbij o.a. gebruik wordt gemaakt van geautomatiseerde klanken bij apraxie).   
Krudde meldt dat andere logopedisten waarmee zij samenwerkt ter aanvulling ook gebruik maken van de logopedische interventie Cilt (Constrained Induced language therapy) die gebaseerd is op de automatische taal.  
Al deze technieken dragen bij aan een goed resultaat.

**De behandeling duurt vaak veel langer**Therapeuten gaan bij chronische afasiepatiënten vaak veel langer door dan de voorgeschreven 12 weken, in enkele gevallen ruim een jaar, soms bijna twee jaar. De behoefte om door te gaan is sterk bij veel cliënten. Men ziet de behandeling dan meer als “onderhoudstherapie”.

**Thuis oefenen wordt zoveel mogelijk gestimuleerd**Iedereen is het er over eens dat de cliënt zelf zoveel mogelijkmoetoefenen, in de thuissituatie met familie of andere mantelzorgers, liefst twee keer per dag 10 minuten. Oefenen moet gefaciliteerd worden door opnames te maken en mee te geven op een USB-stick, of de oefeningen op te schrijven in een schriftje voor de partners. Door cliënten zelf te laten oefenen neemt de therapie intensiteit toe en daarmee ook de kans op herstel.   
Cliënten met chronische afasie wonen niet altijd thuis, een aantal verblijft op een somatische afdeling van het verpleeghuis. Daar kan naast familie en mantelzorgers ook geoefend worden met uitingen door verzorging en activiteitenbegeleiding.

**5.2. Resultaten deelvraag 2  
Wat zijn resultaten van SMTA bij chronische globale afasie?**

**Samenvatting:**Er zijn resultaten bekend van cliënten die jaren lang globale afasie hadden en enkel een betekenisloos stopwoordje konden zeggen, en na SMTA in staat zijn tot het spreken van korte zinnen.  
Bij sommige cliënten is het juist het totale communiceren dat verbetert, zoals het weer durven communiceren, weer gaan schrijven, meer gaan zingen, meer eigenwaarde en durf.

**Wisselend beeld**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 zinnetjes te uiten die voor hem/haar belangrijk zijn. Vaak lukt het echter niet het geleerde buiten de therapiesetting om in praktijk te brengen. Daarvoor is een coachende partner eigenlijk onontbeerlijk. Bij sommige cliënten is het niet zozeer de taalproductie of de vloeiendheid van de spraak die verbetert, maar juist het totale communiceren, zoals het weer durven communiceren, weer gaan schrijven, meer gaan zingen, meer eigenwaarde en durf. In de eigen casus laat dhr. Jansen regelmatig een diepe mannenstem horen en een vloeiende klank die hij eerder niet liet horen, ook dat is winst.

**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. 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. En ze heeft een zeer goede, rustige coachende partner die de SMTA en de juiste bejegening goed snapte. Deze mevrouw heeft anderhalf jaar SMTA gehad en aansluitend nog ruim een jaar reguliere logopedie door de SMTA logopediste (individueel).

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 waarvan één maal per week combinatiebehandeling SMTA en één maal per week muziektherapie namelijk herhaling SMTA aangevuld met NMT en zangpedagogische technieken. Dhr. heeft nu een Broca afasie maar weet zichzelf goed duidelijk te maken.

SMTA-docent Piet Koek bewaart de beste herinneringen aan een cliënt die zeven jaar eerder een CVA had doorgemaakt. De cliënt kon na zeven jaar slechts zeggen: bededel bededel. Er was dus sprake van chronische globale afasie. Door SMTA leerde zij zeven woorden zeggen, waaronder “Hallo Ad”.

**5.3. Resultaten deelvraag 3  
Waarin verschilt SMTA van andere muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen?**

**Samenvatting**Bij SMTA behandelen een logopedist en een muziektherapeut de cliënt tegelijkertijd. De behandelaren geven zonder uitzondering aan dat de samenwerking een meerwaarde geeft. Bij SMTA is het de muziektherapeut die improviseert en worden alle muzikale elementen gebruikt. Zinnen en melodieën worden op maat gesneden. Bij SIPARI is het de cliënt die improviseert. De cliënt leert melodische en ritmische informatie kortdurend vast te houden en op een eigen wijze samen te voegen met woorden en frasen.   
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 MIT die dagelijks wordt gegeven.

**Logopedist en muziektherapeut behandelen de cliënt tegelijkertijd.**Bij SMTA behandelen een spraaktherapeut (logopedist of klinisch linguïst) en een muziektherapeut de cliënt tegelijkertijd. Spraaktherapie en muziektherapie zijn met elkaar verweven. Muziektherapeuten hebben een heel arsenaal om door middel van muziek contact te maken. De logopedist kijkt: wat is de problematiek?  
Bij de MIT en andere muzikale spraaktherapieën is er sprake van één behandelaar, meestal een logopedist en soms een muziektherapeut. SMTA behandelaren geven zonder uitzondering aan dat de samenwerking vruchten afwerpt. De muziek brengt het op gang, de logopedist pakt het verder op. Je bekritiseert elkaar, je controleert elkaar. Je hebt elkaar nodig. Je wordt creatiever.

**SMTA maximaliseert het spectrum van melodie en ritme.**SMTA is een creatieve, levende, dynamische methode, waarbij álle muzikale elementen (melodie, ritme, metrum, tempo, dynamiek) worden gebruikt. De muziektherapeut kan door zijn spel leven blazen in de methode. Hij kan ook zorgen voor afwisseling in een sessie door tussendoor een liedje te spelen (PK).   
SMTA behandelaren verschillen van mening over de gewenste omvang van het muzikale spectrum. Bij chronische globale afasie moet de melodielijn en voorspelbaarheid van de melodie zo eenvoudig mogelijk zijn (RV).   
De MIT gebruikt twee tot vier tonen. De melodieën in de MMIT bestaan uit meer dan vier tonen en zijn daardoor muzikaler dan bij de MIT. Hierdoor is de aansluiting bij de intonatie en de articulatie van het spreken minder strikt dan in de MIT.  
  
**Zinnen worden op maat gesneden**Bij SMTA wordt gebruik gemaakt van zinnen en melodieën die op maat gesneden zijn voor de cliënt.   
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 te improviseren met taal. De cliënt leert melodische en ritmische informatie kortdurend vast te houden en op een eigen wijze samen te voegen met woorden en frasen.

**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 MIT die dagelijks wordt gegeven.

**5.4. Resultaten deelvraag 4  
Wat zijn resultaten van vergelijkbare muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen bij chronische globale afasie?**

**Samenvatting**MIT, intensieve MIT, MMIT, Expressive Musical Speech Training en SIPARI zijn muzikale spraaktherapieën die allemaal aansprekende resultaten hebben geboekt bij cliënten met chronische globale afasie.

**Melodic Intonation Therapy (MIT)**

De huidige kennis van de effectiviteit van de MIT is voornamelijk gebaseerd op patiënten in de chronische fase, in veel gevallen verscheidene jaren na de CVA.

MIT heeft bij Broca afasie verschillende soorten therapie succes:

* Verbetering in de herhaling van de getrainde uitingen
* Generalisatie naar herhaling van ongetrainde uitingen
* Adequaat gebruik van getrainde uitingen in communicatie
* Generalisatie naar spontane spraak

Onduidelijk is of het herstel van spraak komt doordat de intacte rechter hersenhelft functies overneemt van de aangedane linker hersenhelft, óf dat aangedane delen van de linkerhersenhelft succesvol gereactiveerd worden.

Intensieve MIT (dagelijks MIT sessies gedurende 75 tot 80 dagen) voor behandeling van afasie is een beproefde methode die systematisch is toegepast en geëvalueerd in de afgelopen jaren (Johansson, 2011). Bij een onderzoek bij zes patiënten met chronische niet-vloeiende afasie die intensieve MIT kregen was er bij alle zes de patiënten sprake van significante verbetering van spraak volgens verschillende testen. Deze therapie effecten waren bovendien blijvend (Schlaug, 2009).

**Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT)**

MIT is effectief bij ca. 75% van de mensen met niet-vloeiende afasie. De traditionele MIT is in 2000 aangepast tot Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT) om ook de 25 % van de afasie patiënten die met de MIT niet geholpen konden worden van dienst te zijn. De MMIT bleek succesvol bij twee patiënten met ernstige niet-vloeiende afasie (Baker, 2000).

**Expressive Musical Speech Training (Nordoff-Robbins)**Een man met chronische globale afasie en spraakapraxie kon na jaren therapie korte zinnen zingen. Hij leerde vooral zich muzikaal te uiten (Hartley, 2010).

**SIPARI**Een man met chronische globale afasie kon na jaren therapie zich verbaal goed redden in het sociale leven (Jungblut, 2009).  
Drie patiënten met ernstige chronische afasie, waarvan twee met globale afasie, gingen na 6 maanden therapie significant vooruit wat betreft taal en spraak (Jungblut, 2014).

**5.5. Resultaten deelvraag 5  
Welke criteria zijn indicaties voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie?**

**Samenvatting**Cliënt-kenmerken voor een succesvolle behandeling:

* Het begrip van de cliënt is nog in grote mate intact
* Het kan invloed hebben dat de cliënt een redelijk opleidingsniveau heeft
* De cliënt heeft affiniteit met muziek
* De cliënt heeft een stimulerende omgeving, met name een partner die mee oefent
* De cliënt toont actieve sociale betrokkenheid
* De cliënt is gemotiveerd om te blijven oefenen
* De cliënt heeft een relatief jonge leeftijd, dit is geen vereiste voor een succesvolle behandeling
* De cliënt heeft geen gehoorstoornissen
* De cliënt heeft relativeringsvermogen, kan lachen om eigen fouten
* De cliënt herkent eigen fouten.

Therapie-kenmerken voor een succesvolle behandeling

* Soms is het beter een SMTA behandeling uit te stellen
* De behandeling is intensief
* De behandeling duurt langer dan de voorgeschreven 12 weken
* De behandelaren zijn gericht op de cliënt, zorgen ervoor dat de cliënt zich vertrouwd en veilig voelt in de oefensituatie, en stemmen woorden en muziek af op de behoefte van de cliënt
* Aspecten uit NMT en of zangtraining worden toegepast
* Cliënten worden gestimuleerd zich te uiten en hierbij te improviseren
* De logopedist maakt gebaren om de oefeningen te ondersteunen
* Thuis oefenen wordt zoveel mogelijk gefaciliteerd
* Zingen buiten de SMTA wordt gefaciliteerd en gestimuleerd
* Er wordt aan nazorg gedaan en een vervolgbehandeling aangeboden.

**Definitie van een succesvolle behandeling**Er is sprake van een succesvolle behandeling als de cliënt de woorden en zinnen verstaanbaar kan zingen en spreken op verzoek. Het streven is daarna om deze zinnen ook in de eigen omgeving toe te kunnen passen op het moment dat het actueel is (TG).  
Er gebeurt echter nog meer, op sociaal emotioneel gebied. Door mee te zingen en hun stem te gebruiken gaan ze meer rechtop zitten, hun lijf wordt actiever, hun zelfbeeld verandert, ze gaan daardoor makkelijker communiceren, ze hebben minder last van gêne en gebruiken meer handen en voeten om te communiceren. Dat is winst! Resultaten zijn er altijd! (YH)

**5.5.1. Cliënt-kenmerken voor een succesvolle behandeling**

**Het begrip van de cliënt 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).  
  
**De cliënt heeft een redelijk opleidingsniveau**Opleidingsniveaukan een belangrijk aspect zijn met betrekking tot leerbaarheid. Bij het bestuderen van effectiviteit van therapie is informatie over opleidingsniveau van patiënten belangrijk (Hurkmans, 2010).  
Een redelijk opleidingsniveau is een voorwaarde voor behandeling (Jungblut, 2014).  
Mensen met een hogere opleiding hebben een grotere woordenschat en kunnen daardoor creatiever met taal omgaan, bij woordvindingsproblemen kunnen ze makkelijker een woord anders omschrijven (RV). Dat geldt echter vooral bij Wernicke afasie, niet bij globale afasie. SMTA is effectief wanneer iemand die niet spreekt iemand kan begroeten of de naam van zijn echtgeno(o)t(e) kan zeggen. Daar is geen grote woordenschat voor nodig (IK).

**De cliënt heeft affiniteit met muziek, een muzikale achtergrond**  
Informatie over de muzikale achtergrond van de cliënt is belangrijk, zeker wanneer een interventie bestudeerd wordt waarbij muziek zo’n belangrijke factor is (Hurkmans, 2010). Het hebben van een muzikale achtergrond hoeft echter niet. 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 (IK).   
Vaak speelt binding met muziek wel een positieve rol (RV). Affiniteit met muziek is onontbeerlijk (IK). Geen affiniteit met muziek is een contra-indicatie voor SMTA (de Bruin, 2005).

**De cliënt heeft een stimulerende omgeving, met name een partner die mee oefent** 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 (IK).  
Goede stimulans van een partner. Samen de uitingen thuis goed oefenen (SG).  
De meest succesvolle cliënte van Yolanda Hulscher heeft een zeer goede, rustige coachende partner die de SMTA en de juiste bejegening goed snapte. Haar vorderingen zijn mede te danken aan deze partner.

**De cliënt toont actieve sociale betrokkenheid**Herstel op de lange termijn wordt verklaard door actieve sociale betrokkenheid waardoor de patiënt zijn spraakvermogen blijft oefenen (Smania, 2010).

**De cliënt is gemotiveerd om te blijven oefenen**Herstel op de lange termijn wordt verklaard door sterke motivatie om te blijven oefenen (Smania, 2010).  
Gebrek aan motivatie van de cliënt is een contra-indicatie voor SMTA (de Bruin, 2005).  
De bereidheid dagelijks te oefenen is een voorwaarde voor het slagen van de therapie (dit noemen vrijwel alle SMTA behandelaren).   
Soms geeft een cliënt het op, omdat inmiddels de non-verbale communicatie met partner eigen en vertrouwd is geraakt ( "waarom moeilijk doen als het makkelijk kan?").  
Een cliënt die te perfectionistisch is kan het opgeven omdat hij/zij geen genoegen neemt met enkele uitingen.

**De cliënt heeft een relatief jonge leeftijd**Een jonge leeftijd draagt bij aan het herstel (Smania, 2010).   
In een onderzoek 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 (IK).

**De cliënt heeft geen gehoorstoornissen**Auditieve perceptiestoornissen zoals perifere gehoorproblemen en centrale auditieve verwerkingsstoornissen vormen een contra-indicatie voor SMTA (de Bruin, 2005).

**De cliënt heeft relativeringsvermogen, accepteert foutjes**Je hebt meer ingang bij een cliënt als die cliënt zelf heel luchtig om kan gaan met de afasie (PK). De meest succesvolle cliënte van Yolanda Hulscher heeft mede door haar schaamteloosheid en enthousiasme om te willen spreken, veel vooruitgang geboekt. Ze vergaf zichzelf fouten en lachte vaak gedurende de sessie.   
Cliënten die van nature perfectionistisch zijn en alles meteen helemaal vlekkeloos en goed willen uitspreken/zeggen, zullen uit dit perfectionisme en onzekerheid er mogelijk voor kiezen, dan maar niets te zeggen en hun mond te houden en bijvoorbeeld terug te vallen op aanwijzen/gebaren en andere vormen van totale communicatie (YH).

**5.5.2. Therapie-kenmerken voor een succesvolle behandeling**

**Soms is het beter een SMTA behandeling uit te stellen**Volgens Hulscher moet men wel SMTA aanbieden in de revalidatiefase maar is het soms beter pas een half jaar na de CVA te beginnen met SMTA. Bij recent letsel kost alles nog veel moeite en is er vaak sprake van hoofdpijn. Dan is het raadzaam om bijvoorbeeld eerst fysio te doen. Als je de SMTA daarna weer oppakt kan het makkelijker gaan. Door de fysio is de cliënt vaak krachtiger geworden, dat geldt ook voor mondspieren.   
Ook Verkade is deze mening toegedaan. In het begin na de CVA staat het leven van de cliënt op de kop. Mobiliteit is dan vaak belangrijk. Cliënten hebben dan liever fysio dan logo, ze willen vooral van de afhankelijkheid af. In de chronische fase is de druk niet meer zo groot, is er berusting en acceptatie, waardoor SMTA meer kans van slagen heeft.  
Bij de meest succesvolle cliënt van Yolanda Hulscher startte de SMTA behandeling 10 jaar na de CVA. De cliënt waar Piet Koek de beste herinneringen aan heeft had al 7 jaar globale afasie voordat de SMTA behandeling startte. Volgens Strauss Hough is deMIT een effectieve therapie, ongeacht de tijd na de CVA (Strauss Hough, 2010).

**De behandeling is intensief**Therapieën kunnen 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 om twee behandelingen per week maar moet er wel dagelijks geoefend worden. Als dat oefenen meegeteld wordt is SMTA ook intensief. Hulscher vindt 1 x per week SMTA op het dagcentrum genoeg, mits thuis dagelijks wordt geoefend.

**De behandeling duurt langer dan 12 weken**Therapieën kunnen alleen tot meetbare effecten leiden als de interventie zowelintensis alslangdurig (Schlaug 2009).   
SMTA behandelaren zetten bij chronische afasie cliënten de behandeling voort als de cliënt daar behoefte aan heeft en baat bij heeft. De meest succesvolle cliënte van Hulscher heeft anderhalf jaar SMTA gehad.  
Soms wordt jarenlang doorgegaan. In sommige gevallen wordt de SMTA behandeling afgebouwd door een periode wekelijks individuele logopedie door de SMTA logopedist (YH) of door een wekelijkse onderhoudstherapie (IK). Naast of na de SMTA behandeling kan deelname aan een afasie behandelgroep, in een behoefte voldoen (Hulscher, 2013). Of deelname aan een afasiekoor, zoals o.a. bij Beweging 3.0 in Amersfoort waarbij naast het zingen van bekende en aangepaste liederen ook SMTA aan bod komt (IK).

**De behandelaren zijn gericht op de cliënt**Voor het slagen van een SMTA behandeling is het belangrijk dat de behandelaren gericht zijn op de cliënt. SMTA behandelaren noemen:

* Bij begin van een sessie rustige muziek spelen. Eerst aarden, gronden, de ogen dicht, iets in je hoofd voorstellen
* Elke sessie beginnen met een gesprekje: “Heb je nog leuke dingen gedaan?”
* Zorgen dat cliënten zich veilig voelen in de oefensituatie
* Geduld en betrokkenheid van therapeuten
* Het aanpassen van tempo en manier van spreken aan dat van de cliënt
* Humor hebben, passend bij de cliënt
* Uitingen kiezen die nut hebben voor de cliënt
* De therapie steeds aanpassen aan de mogelijkheden van het moment
* Succesmomenten creëren
* De muziek afstemmen op de cliënt. De woorden én de muziek moeten in het interessegebied liggen
* Niet te ingewikkelde liedjes maken, voorspelbaarheid in liedjes is juist goed
* Voorkennis van de cliënt is belangrijk om liedjes te kunnen spelen die de cliënt raken.

**Aspecten uit de zangtraining worden toegepast**De vloeiendheid van spreken bij patiënten met niet-vloeiende afasie als gevolg van een CVA verbetert door stemoefeningen en zangtraining. (Johansson, 2011). Krudde meldt dat ze naast SMTA ook gebruik maakt van NMT en zangpedagogische technieken en dat verschillende afasiecliënten (weliswaar nog in de revalidatiefase) mede daardoor tot spontane (Broca) spraak zijn gekomen.

**Cliënten worden gestimuleerd zich te uiten en hierbij te improviseren**Mensen die na een CVA opnieuw moeten leren spreken hebben er baat bij hun gedachten en gevoelens te uiten in muziek door middel van improvisatie (Hartley, 2010).  
Door improvisaties leert de patiënt communiceren op een non-verbaal niveau. In groepstherapie kan improvisatie leiden tot spontane verbale interactie en het ontwikkelen van expressieve vaardigheden die de basis vormen van elke interactie (Jungblut 2009). Bij SMTA is het vooral de muziektherapeut die improviseert.

**De logopedist maakt gebaren om de oefeningen te ondersteunen**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 (MV). Lichaamstaal is überhaupt belangrijk, het is de visuele ondersteuning (RV).

**Thuis oefenen wordt gefaciliteerd**Er kan alleen sprake zijn van herstel als de patiënt dagelijks oefent. Daarom is het noodzakelijk om opnames mee te geven op een USB-stick, of de oefeningen op te schrijven in een schriftje voor de partners. Meezingen gaat vaak makkelijk, dat lukt meestal al vanaf de eerste dag.  
De partner en/of de zorg moet leren de cliënt zo vaak mogelijk uit te lokken de uitingen ook in het dagelijks leven in te zetten (YH).

**Zang wordt gefaciliteerd**Het zingen in een afasiekoor als extra activiteit naast de SMTA- behandelingen werkt heel goed. Door deelname aan een afasiekoor waar alleen mensen met afasie aan deelnemen is er spraken van meer volume, meer initiatief, succeservaringen en lotgenotencontact (Docter, 2015). In revalidatiecentra zijn er soms zanggroepen voor cliënten met afasie en dysartrie (TG) of muziekgroepen voor alle cliënten, met veel zingen (PK).

**Er wordt aan nazorg gedaan en een vervolgbehandeling aangeboden**Mensen die uitbehandeld zijn maar nog wel doelen in communicatie hebben kunnen naar een Afasiecentrum. In het Afasiecentrum is alleen groepswerk. Er wordt geen SMTA gegeven (TG). Er zijn op dit moment 19 afasiecentra in Nederland en drie startende afasiecentra ([www.afasiecentrum.nl](http://www.afasiecentrum.nl)).   
Mensen met afasie kunnen ook deelnemen aan een afasiekoor. In Nederland zijn op verschillende plaatsen koren en zanggroepen voor mensen met afasie en/of spraak apraxie (www.afasiekoren.nl).

1. **Conclusie (beantwoording hoofdvraag)**

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, geen gehoorstoornissen heeft, een redelijk opleidingsniveau bezit, affiniteit met muziek heeft, actief sociaal betrokken is, gemotiveerd om te blijven oefenen, relativeringsvermogen heeft en geen gêne 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 het ook mogelijk moeten zijn de therapie langer te laten duren, zou de therapie aangevuld kunnen worden met technieken uit de NMT en 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 of een afasie-therapiekoor waarin woorden en zinnen uit de SMTA groepsgewijs herhaald worden en toegepast in een communicatieve situatie.

1. **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 NMT en 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 worden 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 NMT en zangpedagogiek, 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 een naam en een begroeting of een eenvoudige dagelijkse uiting als “dankjewel”.

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 bekende Nederlandstalige 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) .  
In Amersfoort kunnen afasiecliënten terecht bij het afasietherapiekoor van Beweging 3.0, dat geleid wordt door zowel een logopedist als een muziektherapeut.

**Bronnenlijst**

1) Baker, F. (2000). Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults With Severe Non-fluent Aphasia. *Music Therapy Perspectives*. 18: 110-114.

1. Belin, P. , Eeckhout, P. van, Zilbovicius, M. et al (1996). Recovery from nonfluent   
   aphasia after melodic intonation therapy: a PET study. *Neurology* 47 (6) 1504–1511.
2. Brandt, M. & Nieuwkamp-Bosma, M. (2012). Huntington Speech-Music Therapy. Een behandelvorm voor cliënten met de ziekte van Huntington. *Logopedie en Foniatrie* 6: 202-207.
3. Bruijn, M. de, Reitsma, T. & Hurkmans, J. (2005). Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) behandelprogramma voor afasie en/of apraxie. Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag.
4. 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.
5. 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.
6. Docter, C. (2015). Onderzoek afasiekoor. De invloed van zang op het spraakvermogen bij cliënten met afasie. Scriptie. Stenden Hogeschool, Leeuwarden.
7. 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.
8. Hulscher, Y. (2013). Afasie Behandelgroep. In Nieuwsbrief 3 van Muziekenz.org. [www.muziekenz.org](http://www.muziekenz.org)
9. Hulscher, Y. (2014). SMTA nieuws. In Nieuwsbrief 5 van Muziekenz. org. [www.muziekenz.org](http://www.muziekenz.org)
10. 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.
11. Hurkmans, J., Reitsma, T. & Bruijn, M. de. (2012). Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) Een therapieprogramma voor afasie en verbale apraxie.
12. Hurkmans, J., Reitsma, T. & Koek, P. (2014). Module: Speech Music Therapy for Aphasia. Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag.
13. 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.
14. Johansson, B.B. (2011). Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta Neurologica Scandinavica*: 123: 147–159.
15. Jungblut, M., Suchanek, M. & Gerhard, H. (2009). Long-Term Recovery From Chronic Global Aphasia – A Case Report. *Music and Medicine.* 1(1) 61-69.
16. 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
17. Lazar, R.M. & Antoniello, D. (2008). Variability in recovery from aphasia. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 8 (6) 497-502.
18. 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.
19. Tomaino, C.M. (2010). Recovery of Fluent Speech Through a Musician’s Use of Prelearned Song Repertoire – A Case Study. *Music and Medicine* 2 (2), 85-88.
20. Schiphorst-Preuper, H.R. & Arendzen, J.H. (2013) Deel III Muziektherapie in de behandeling van volwassenen (pp 153-225). In: Bruijn, M. de (red.). Muziektherapie in de revalidatie. Handboek voor de klinische praktijk. Antwerpen/Apeldoorn.
21. 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.
22. 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.
23. 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.

Websites:

[www.hersenstichting.nl](http://www.hersenstichting.nl)

[www.kennislink.nl](http://www.kennislink.nl)

[www.medicinfo.nl](http://www.medicinfo.nl)

[www.afasiecentrum.nl](http://www.afasiecentrum.nl)

**Bijlage 1**

**Vragen aan muziektherapeuten en logopedisten (via de mail)**

10 maart 2015

Beste SMTA-behandelaar,

Ik ben Ludger Stuijt, een 4e jaars deeltijdstudent muziektherapie aan de HU in Amersfoort.   
Mijn onderzoeksproject gaat over **effecten van SMTA bij mensen met chronische globale afasie**. Ik ben benieuwd in hoeverre zulke mensen tot spreken kunnen komen.  
Ik volg momenteel de cursus SMTA in Beetsterzwaag (27 maart is de tweede cursusdag). Voorts heb ik op mijn werk in Norschoten, Barneveld, een cliënt die al 10 jaar vrijwel niet kan spreken als gevolg van een CVA. Samen met de logopediste geef ik deze cliënt SMTA. We zijn blij met elke kleine stap vooruit.  
  
Voor mijn onderzoek wil ik muziektherapeuten en logopedisten vragen naar hun ervaringen met SMTA bij cliënten met chronische globale afasie.

**Zou je de volgende vragen voor me willen 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?

Bij voorbaat hartelijk dank voor je reactie!

Met vriendelijke groet

Ludger Stuijt

**Bijlage 2**

**Antwoorden op vragen aan muziektherapeuten en logopedisten (via de mail)**

MV = Martine Verkade, logopedist bij Zorgspectrum, Houten   
Elder, behandel- en expertisecentrum van Zorgspectrum

TG = Tineke Geurtsen, muziektherapeut bij Sophia Revalidatie, Den Haag

AS = Annemiek Stulp-van Eeten, logopedist bij Esdégé-Reigersdaal, Alkmaar

IK = Inke Krudde muziektherapeut, praktijk voor spraakmuziektherapie, Amersfoort

MGJ = Mirjam Groot-Jebbink-Loedeman muziektherapeut, Hartmelodie, Ermelo

EH = Ester Hegeman muziektherapeut bij Opella, Ede

RV = Rob Volbeda muziektherapeut bij Zorgspectrum, Houten

SG = Selma Giling logopedist bij Revalidatiecentrum Het Roessingh, Enschede

SZ = Simone Zwart muziektherapeut bij Zonnehuisgroep Noord, Groningen

**Heb je ervaring met cliënten met chronische globale afasie, die vrijwel niet konden spreken?**  
MV: Ja  
  
TG: Ja, veel

AS: Ja, we werken veel met mensen die zich in de chronische fase bevinden. Wij werken vanuit een activiteitencentrum. Ook met mensen met een globale afasie, die vrijwel niet konden spreken.

IK: Jazeker!

MGJ: De cliënt die de logopediste en ik in therapie hebben heeft volgens mij globale afasie inderdaad. Ze kon wel enkele woorden spreken, zoals een terugkomend automatisch woord ‘choppie 24, ja, nee’ en nog enkele andere simpele woorden die steeds terugkwamen.

EH: Ja dan dus

RV: Ja

SG: Ik werk in het revalidatiecentrum veel met mensen met een globale afasie.

SZ: Ja

**Welke resultaten heb je kunnen bereiken met SMTA?**  
MV: Heel wisselend. Bij de één kwamen we zelfs tot zinnen zoals ‘mag ik wat drinken’ en ‘ik hou van jou’. Transfer was overigens wel een probleem. Bij een andere cliënt lukte alleen de naam van haar kleindochter goed, ook qua transfer. Bij weer twee anderen was het zeer moeilijk. Mogelijk vanwege apraxie.  
  
TG: Verbeteren van de woordvinding  
Verbeteren van de vloeiendheid in het spreken  
Cliënten die hun naam en die van hun naasten weer kunnen zeggen.  
Zinnen opgenomen op de tablet of mobiel zodat de familie deze kunnen horen, en ook kunnen oefenen met de cliënt.

AS: We hebben één keer gehad dat een cliënt bij aanvang van de SMTA een globale afasie had (gemeten met de AAT) en bij afronding van de SMTA een afasie van Broca, ook weer gemeten met de AAT. Deze mevrouw heeft anderhalf jaar SMTA gehad , 53 behandelingen.

IK: Resultaten zijn wisselend. Afhankelijk van verschillende feiten. Heeft de cliënt bijvoorbeeld naast een globale afasie ook nog een forse spraakapraxie, sinds hoelang spreekt de client niet meer, wat is het begripsniveau, heeft de client gevoel voor en affiniteit met muziek, is de client bereid dagelijks te oefenen, in welke frequentie vindt de therapie plaats? De leeftijd?

Over het algemeen slaat de smta dikwijls aan, maar kan het ook ( zie hierboven) zo zijn dat de client niet verder komt dan het zingen van enkele uitingen en lukt het niet een transfer naar de spontane spraak te krijgen. Eerlijkheidshalve moet ik zeggen dat ik, ook vanwege mijn achtergrond als zangpedagoog (naast muziektherapeute) dat ik naast de smta ook andere " technieken" van stal haal. Op je vraag terugkomend: veelal komen mensen tot enkele uitingen, maar is middels smta alleen het lastig om tot spontane spraak van die uitingen te komen. Het beperkt zich dan dikwijls tot hallo of dankjewel. Maar er zijn ook clienten die weer totaal zijn gaan spreken ( wederom niet alleen middels smta).

MGJ: Mw kan nu de geoefende woorden en zinnen beter uitspreken, al gaat dit nog niet altijd ook in de juiste context buiten de therapie om automatisch goed. Wel heeft ze nu meer spontane spraak, ook buiten de geoefende zinnen om en laat ze meer haar emoties zien. Haar algemene spraak (soms wel bedoeld en soms bijna per ongeluk) is vooruit gegaan, wat ook de verpleging duidelijk merkt. Ze kan beter aangeven wat ze wil.

EH: Mw heeft nu ruim anderhalf jaar SMTA, enkele woorden en zinnen kan ze nu spreken. Met moeite, maar het lukt. We blijven nieuwe zinnen en woorden aanbieden en oefenen. Mw probeert deze in het dagelijks leven te gebruiken.

RV: Resultaten waren verschillend. Soms kom je niet verder dan woord niveau, soms op zinsnivo , soms alleen geautomatiseerde taal/tekst opgeroepen door een bekende melodie.

SG: Zelf nog niet veel. Behandel momenteel mijn eerste revalidant zelf via de SMTA. Maar ik heb wel gezien wat de SMTA bij mijn cliënten met een globale afasie heeft gedaan. Het is helaas niet zo dat ze door de SMTA hele gesprekken kunnen voeren, maar functionele uitingen die voor hen belangrijk zijn konden ze door de SMTA wel functioneel inzetten. Dit is al een hele mooie winst, waardoor ze toch beter in het dagelijks leven kunnen functioneren. Ook zien we soms dat SMTA ervoor zorgt dat er in het algeheel iets meer taal/uitingen komen.

SZ: Heb je ervaring met cliënten met chronische globale afasie, die vrijwel niet konden spreken?

Het spreken in de dagelijkse praktijk is niet verbeterd, het lukte niet om de oefeningen in te slijten, maar dhr. kan wel als hij één keer de melodie en de woorden heeft gehoord , de woorden spreken. Bepaalde klanken blijven hierin heel moeilijk.

**Hoe ziet dat spreken eruit?**  
MV: Ik weet niet goed wat je hiermee bedoelt….  
  
TG: Vloeiend tijdens het zingen en ritmisch spreken, daarna wat langzamer met iemand kan het woord of de zin erna direct wel herhalen.  
  
AS: Bovengenoemde mevrouw kon aanvankelijk alleen ‘wauw’ zeggen. Na de SMTA kon ze vaak woorden zeggen en soms een korte zin. Dit was wel heel uitzonderlijk.  
Meestal ervaren we dat mensen met een globale afasie enkele aangeleerde woorden kunnen zeggen in de therapiesituatie. In de thuissituatie lukt het vaak niet om die woorden toe te passen, maar soms ook wel. Vaak kunnen mensen dan wel als reactie op hun gesprekspartner iets zeggen. Als de partner ‘eet smakelijk’ zegt, kan de persoon met afasie het nazeggen. We merken dat er ook wel spontaan woorden opkomen.

IK: Indien er geen sprake is van een verbale apraxie klinkt het spreken dikwijls "normaal".

MGJ: Uit soms korte zinnen, het beter kunnen afmaken van een zin waarin zij de belangrijkste woorden kan aanvullen, en soms woorden zoals ‘bedankt’, ‘leuk’, ‘dag’, maar dus ook als je vraagt ‘wat wilt u graag?’ kan zij zeggen ‘(naar de) wc’. Dit lukt de ene keer beter dan de andere keer, maar in de therapie alleen al kan ze zinnen beter aanvullen en van een blad de veel geoefende zinnen uit zichzelf lezen en vervolgens direct zeggen. Ook als ik het eerste stukje van de melodie speel, kan mw de zin gemakkelijker al zeggen zonder dat de therapeuten de zin hoeven voor te zeggen.

EH: Langzaam, woord voor woord, staccato. Ze heeft hulp aan een kaart waar alle zinnen en woorden op staan.

RV: Woord niveau; uitspreken van eigen naam of die van partner/kinderen  
Zinsniveau: uitspreken van uitingen die functioneel zijn in het dagelijks leven zoals ‘mag ik naar buiten’, ‘ik wil wat drinken’, ’kan ik mijn dochter bellen’.

SG: Met name functionele uitingen die in overleg met de revalidant geoefend worden

SZ: Het spreken/zingen is wel te verstaan op dat moment, maar er zijn veel klanken die moeilijk zijn voor dhr.

**Wat zijn volgens jou criteria voor een positief resultaat?**  
MV: de ernst van de aandoening (dus eigenlijk afhankelijk van de mogelijkheden om tot spreken te komen), motivatie, nut van de uiting, echt gericht zijn op de cliënt.  
  
TG: Als de cliënt de woorden en zinnen verstaanbaar kan zingen en spreken op verzoek. Het streven is daarna om deze zinnen ook in de eigen omgeving toe te kunnen passen op het moment dat het actueel is.

AS: Inzet, motivatie, dagelijks oefenen en durven spreken, ook als het niet goed gaat. Maar ook bij mensen die veel oefenen en gemotiveerd zijn, lukt het wel eens niet. Het hangt ook erg samen met de afasie en of er ook sprake is van een apraxie van de spraak.

IK: De frequentie, leeftijd, heeft de cliënt een partner die veel mee oefent ook op spontaan niveau, cognitie etc. zie ook vraag twee  
  
MGJ: Vooral veel oefenen. Dat lukt ons helaas maar twee keer per week en er is tot nu toe niemand anders die buiten die sessies om met haar oefent, maar toch is merkbaar dat ze bepaalde zinnen al veel met ons heeft geoefend die ze dan beter kan zeggen.

Gebaren helpen, zoals ‘kom’, naar de deur kijken bij het zeggen van ‘wil je de deur dichtdoen’ en het eerste woord of klank zeggen of aanwijzen (logopedist wijst dan aan waar de eerste klank in de mond begint) waardoor ze de zin makkelijker zelf kan zeggen of aanvullen.

EH: Geduld en betrokkenheid van client (en therapeuten), heb ik als zeer belangrijk ervaren. Aanpassen aan tempo, manier van spreken, niet te ingewikkelde liedjes, voorspelbaarheid in liedjes en humor- passend bij client.

RV: Motivatie: clienten die zich veilig voelen in de oefensituatie en gretig zijn zich weer te willen uiten in taal. Vaak speelt binding met muziek een positieve rol.

SG: Goede stimulans van een partner. Samen de uitingen thuis goed oefenen. De partner/zorg inzetten om een revalidant uit te lokken de uitingen ook in het dagelijks leven in te zetten. Goede auditieve waarneming. Affiniteit met muziek.

SZ: Motivatie bij de client, succesmomenten, steeds de lat aanpassen aan de mogelijkheden van het moment

**Wat zijn contra-indicaties?**  
MV: als er geen reactie blijkt na een aantal keer geprobeerd te hebben, ernstige apraxie, onvoldoende motivatie

TG: Als iemand snel overprikkeld is door geluiden en muziek. Helemaal geen affiniteit met zingen of daar een hekel aan heeft.  
  
AS: Een Wernicke afasie geeft meestal niet het gewenste resultaat. Woordvindingsproblemen worden niet opgelost met SMTA, dus als dat de instap is van een cliënt, is dat een contra-indicatie. Geen mogelijkheid hebben om thuis (met iemand anders) te oefenen. Niet willen zingen.

IK: O.a  geen vermogen tot herkennen van verschillend klanken ( auditieve verwerking)

Laag begripsniveau , geen affiniteit met muziek, geen motivatie om te oefenen naast de therapie, behandelingen kunnen niet frequent genoeg plaats vinden, client geeft het op omdat hij/zij niet genoegen neemt met enkele uitingen. Client geeft op omdat inmiddels de non-verbale communicatie met partner eigen en vertrouwd is ( " waarom moeilijk doen als het makkelijk kan?").

MGJ: Als iemand niet gemotiveerd is voor de therapie, en als mensen (grote) geheugenproblemen krijgen, oefenen helpt dan niet of nauwelijks.

EH: Niet gemotiveerd zijn, niet melodie over kunnen nemen, niet kunnen schakelen tussen verschillende liedjes en zinnen (weet niet hoe dat officieel heet…).

RV: Geen motivatie of een beperkt of geen leervermogen t.g.v. CVA

SG: Auditieve verwerkingsproblemen, niet gemotiveerd zijn, als iemand erg goed kan naspreken. Muziek heeft dan niet altijd een meerwaarde.

SZ: Als iemand met globale afasie helemaal niets met muziek heeft (gevoel voor melodie en ritme) kan het ook alleen maar heel frustrerend zijn om te doen.

**Ben je bereid mij een interview toe te staan over je ervaringen met zulke cliënten?**  
MV: ja

TG: Ja, dat kan

AS: Ja, als het in mijn agenda is in te passen.

IK: Aangezien ik zeer regelmatig wordt benaderd door studenten voor een interview wil ik het graag bij de enquête houden, ik hoop op je begrip.

MGJ: Ja

EH: Ja, heb er dus maar 1. Maar sta ik zeker voor open.

RV: Ja

SZ: Ja hoor, prima

**Bijlage 3**

**Interview met Martine Verkade (logopedist) en Rob Volbeda (muziektherapeut) bij Zorgspectrum, Houten.**door Ludger Stuijt  
Donderdag 2 april 2015, 12.30-14.00 uur

**Er wordt gesteld dat SMTA een geschikte therapie is voor o.a. mensen met chronische globale afasie, mutisme en apraxie. Wat is apraxie eigenlijk?**MV: Alles wat bewust aangestuurd moet worden lukt niet. “Blaas maar”, dat lukt niet. Het lukt soms wel spontaan. Onbewuste handelingen lukken. Bij ernstige apraxie lukt SMTA meestal niet. Toch moet je het wel altijd proberen.

RV: We gebruiken ook aspecten uit de NMT bij SMTA, met name MUSTIM (Musical Speech Stimulation) waarbij geautomatiseerde taal getriggerd wordt door muziek. Een bekend lied wordt gezongen na afloop. Door herhaling lukt het wel. Lied, met tekst, sfeer, de energie eruit gooien.   
Bij apraxie en mutisme lukt het vaak nog wel om liedjes mee te zingen, vaak hele coupletten, maar lukt SMTA meestal niet.

**Wat zijn voorwaarden voor een succesvolle behandeling bij chronische afasie cliënten?**

* MV: Je moet hun achtergrond goed weten. Je moet contact kunnen leggen. Sociale anamnese. Je moet een ingang hebben. Wat is belangrijk? Je moet de persoon kennen. Het gaat om de relatie.
* RV: De cliënt moet zich veilig weten, zich begrepen voelen. Juist bij chronische cliënten is het belangrijk om een klik te hebben. Ze hebben alle tijd en willen gehoord worden. Voor de behandeling gaan we ook altijd eerst even wat drinken met elkaar.
* RV: De motivatie van de cliënt is heel belangrijk.
* MV: Wat we doen is succeservaringen kweken: “ik kan nog wel iets”.
* MV: Bij binnenkomst van de cliënt speelt Rob vaak een rustgevende melodie. Dat helpt om samen in het hier-en-nu te komen.

MV: De acceptatie van de afasie is er al. Ze zijn al tevreden met heel kleine stappen. Sommige cliënten zijn al tevreden met wat ze bereikt hebben.

Dat is een heel verschil met cliënten bij wie de CVA nog recent is. Cliënten in de revalidatie zitten nog diep in de rouw, hebben veel behoefte erover te praten, daar moet je tijd voor nemen. Daar nemen Martine en Rob ook de tijd en ruimte voor. Je moet de voorwaarden aanpakken. Therapie sec lukt niet. Emoties moeten een plaats krijgen.  
Bij fysio is dat wellicht minder nodig.

**Inke Krudde stelt dat cliënten met chronische afasie grotere vooruitgang boeken wanneer ze elementen van de zangpedagogie toepast. Wat zouden die zijn?**

RV: Resonantie voelen, hoog- en laag, ademen, stemvolume, ruimte maken. We doen stemtraining bij Parkinson cliënten om de verstaanbaarheid te vergroten. Dat is ook een combibehandeling van muziektherapie en logopedie. Een sessie dynamiek, een sessie resonantie voelen (trillingen in je lijf), een sessie articulatie, een sessie stem, telkens een opbouw met ontspanningsoefeningen. Elke sessie heeft een muzikaal thema. We gebruiken ook SMTA bij Parkinson cliënten.

RV: Marlies Brandt, muziektherapeut bij Atlant Zorggroep, heeft SMTA speciaal aangepast voor Huntington. Huntington is een chronische ziekte, te vergelijken met chronische afasie. Hoe doet Marlies dat? Dat zou je haar kunnen vragen.

**Wat zijn jullie ervaringen met cliënten met chronische globale afasie?**

MV: Ik heb nooit meegemaakt dat iemand met afasie helemaal is gaan praten. Het zou kunnen in de revalidatiefase.  
MV: Mw. Oe en dhr. Gerritsen zijn cliënten met chronische globale afasie. Al heel lang krijgen ze wekelijks SMTA. We hebben ze twee tot drie jaar behandeld. Het doel is veranderd: het gaat nu meer om mentaal welbevinden en succeservaringen opdoen. De cliënten willen zelf ook doorgaan. De behoefte om door te gaan met de behandeling is er zeker. (vgl. Yolanda Hulscher).

**Denken jullie dat opleiding een criterium is voor is een succesvolle behandeling?**

RV: Mensen met een hogere opleiding hebben een grotere woordenschat en kunnen daardoor creatiever met taal omgaan, bij woordvindingsproblemen kunnen ze makkelijker een woord anders omschrijven.   
MV: Volgens mij gaat het meer om taalgevoel. Taalgevoel heeft minder met opleiding te maken, maar is moeilijker te meten. Rappers hebben een groot taalgevoel. Opleiding is makkelijker te meten.

**Uit de literatuur zijn voorbeelden bekend van succesvolle behandelingen bij afasiepatiënten die soms jaren post-onset gestart zijn, terwijl het niet lukte kort na de CVA. Hoe zou dat kunnen?**

MV: De fase in het proces speelt grote rol. In het begin na de CVA staat je leven op de kop. In de beginfase is mobiliteit heel belangrijk. Cliënten hebben dan liever fysio dan logo, ze willen vooral van de afhankelijkheid af. In de chronische fase is de druk niet meer zo groot. Is er berusting en acceptatie.

**Kennen jullie de MIT? Wat zijn verschillen tussen SMTA en MIT?**

RV: Thaut zegt dat de MIT meer ontwikkeld is en dat de SMTA teveel de nadruk legt op de muziek, terwijl de melodietjes en de begeleiding minimaal moeten zijn. SMTA heeft als voordeel dat je het met z’n drieën doet, je hebt elkaar nodig. Je wordt creatiever, het is veel holistischer.   
Door de grotere nadruk op muziek bij SMTA worden bij de cliënt meerdere hersendelen aangesproken.   
Muziek werkt op de cognitie door sustained attention (een term uit de NMT)

**Hebben jullie ervaren dat gebaren maken bijdraagt aan de SMTA?**

MV: Gebaren maken wordt niet bewust gedaan bij SMTA. Het hoort bij logopedische interventies, ook om uitingen uit te lokken.   
RV: lichaamstaal is überhaupt belangrijk, de visuele ondersteuning.

**Werken jullie met emoties?**

MV: We gebruiken zinnetjes die passen bij de ‘state of mind’ van de cliënt. Bij iemand die zich vaak neerslachtig voelt oefenen we het zinnetje: “Ik voel me rot”, weliswaar in overleg met de cliënt.   
Je past je aan aan de situatie: je kiest namen van kleinkinderen die emotionele waarde hebben. Dit overleg je met de cliënt.  
RV: Muziek werkt op emoties. NMT: arousal – emotionele betrokkenheid (wordt opgeroepen door de muziek), bv. dansen. Door muziek word je gedragen om bepaalde emoties te uiten.

**NMT**

Na afloop van het interview stimuleert Rob me na mijn opleiding de cursus NMT te volgen, omdat dat de toekomst is van de muziektherapie: SMTA en NMT hebben bewijslast. Het is ook leuk om door SMTA en NMT toe te passen samen met logo, ergo en fysio. Functietraining. Dat leer je bij de NMT trainingen. Door samenwerking productontwikkeling.

**Bijlage 4**

**Interview met Tineke Geurtsen  
muziektherapeut bij Sophia Revalidatie, Den Haag**

**door Ludger Stuijt**4e jaars deeltijd CT muziekmaandag 13 april 2015

**Waar werk je en met welk soort cliënten?**

Ik werk 4 dagen per week als muziektherapeut bij Sophia Revalidatie met cliënten in de revalidatiefase, gemiddeld twee weken tot 6 maanden na de CVA. In de kliniek hebben we 80 bedden.   
We hebben redelijk veel afasiecliënten die motorisch nog goed zijn, ADL zelfstandig. Ze hebben een CVA zonder fysieke uitvalsverschijnselen. Zij komen echt voor de logo. Ze zijn opgenomen vanwege de screening. Na 6 weken wordt het geheugen gescreend: psychologisch, cognitief, klinisch. In de tijd dat ze opgenomen zijn, meestal een half jaar, krijgen ze elke dag logo, fysio en ergo. Als ze naar huis gaan worden ze nog een tijd poliklinisch behandeld, meestal een half jaar.

**Wat is je ervaring met cliënten met chronische globale afasie?**

Ik zie nauwelijks nog cliënten een jaar na de CVA. Een enkele keer komt het voor dat in de kliniek iemand opgenomen wordt die al eerder een CVA heeft gehad. Dan is de afasie in de chronische fase.

**Heb je wel ervaring met cliënten met globale afasie?**

Ik behandel veel mensen met globale afasie.

**Hoe behandel je hen, wat is je werkwijze?**

Ik heb meegewerkt aan het vooronderzoek voor SMTA van Madeleen de Bruijn, in 2002, 2003, nog voor het boek over SMTA verscheen (2005). Ik werk dus al heel lang met deze methode.  
Ik doe de standaard SMTA manier, behalve dat we geen klankreeksen oefenen. Dat is op verzoek van de logo die alleen functionele woorden wil.   
Vaak hebben cliënten met globale afasie een stopwoordje. Het eerste doel is dat stopwoordje te doorbreken. Dat doen we door een andere klank te oefenen. Die andere klank is meestal heel eenvoudig: Hallo, eigen naam, naam van de partner, goedemorgen (is vaak al moeilijk).   
We nemen alles op waardoor de cliënten met iPad, tablet of mobiel zelf kunnen oefenen.  
Door SMTA zien we veel vooruitgang. De beste resultaten hebben we als iemand na een half jaar in telegramstijl woordjes kan zeggen.  
  
**Krijgen de cliënten nog muziektherapie naast de SMTA?**

Naast SMTA is er ook een zanggroep voor cliënten met afasie en dysartrie. Een gemengde doelgroep, dat is beter voor het groepsproces, anders ben ik degene die alles bepaalt. Nu is er meer beweging. Iemand met dysartrie helpt iemand met afasie en dat is dan weer goed voor zijn eigenwaarde. Mensen met globale afasie hebben vaak weinig initiatief, een groep met alleen zulke mensen is heel hard werken.  
De grootte van de zanggroep varieert van vijf tot maximaal acht cliënten, afasie of stemproblematiek.

**Is er bij Sophia Revalidatie nazorg voor cliënten met chronische globale afasie?**

Naast Sophia Revalidatie is er een Afasiecentrum, hier komen mensen die uitbehandeld zijn maar nog wel doelen in communicatie hebben. Het Afasiecentrum is een combinatie Stichting Verzorgingshuizen Verpleeghuizen. In het Afasiecentrum is alleen groepswerk. Er wordt geen SMTA gegeven. Er is daar ook geen afasiekoor. Het zou wel goed zijn als dat er was, maar ik heb geen tijd om dat erbij te doen.

Gerdien Lindeboom benadert me wel eens voor het netwerk van afasiekoren. Maar mijn afasiekoor staat alleen open voor mensen die in behandeling zijn, d.w.z. in de revalidatiefase.

[www.afasiecentrum.nl](http://www.afasiecentrum.nl)

**Voor wie is het afasiecentrum?**  
Het Afasiecentrum is bedoeld voor mensen met afasie en hun partners om onder professionele begeleiding beter te leren communiceren en actiever deel te nemen aan het sociaal en maatschappelijk leven.  
  
In het Afasiecentrum wordt door middel van groepstherapie gewerkt aan individuele doelen die door cliënten zelf gesteld worden. De indeling in groepen wordt gemaakt op basis van de gestelde doelen. Het werken in de groep stimuleert mensen zelfstandiger te functioneren. Men kan zich optrekken aan lotgenoten en zodoende de eigen communicatieve mogelijkheden ontdekken en benutten.  
  
**Organisatie**  
Het Afasiecentrum Den Haag en omstreken is een initiatief van Sophia Revalidatie en Zorgaanbieder Florence. Binnen het Afasiecentrum zal gewerkt worden volgens de richtlijnen van de Afasie Vereniging Nederland (AVN).  
  
Er zijn op dit moment (april 2015) 19 afasiecentra in Nederland en 3 startende afasiecentra.

**Bijlage 5**

**Interview met Yolanda Hulscher.**

Muziekagoog bij Esdégé Reigersdaal, Alkmaar

**7 april 2015**

**Wat is je ervaring met cliënten met chronische globale afasie?**

Alleen maar. Ik werk op een dagcentrum, vanaf 2008 geef ik daar met een logopedist SMTA aan voornamelijk cliënten met chronische globale afasie. De cliëntengaan eerst naar Heliomare of naar het Medisch Centrum Alkmaar. In Heliomare werkt Joost Lodeman als muziektherapeut. Ook hij doet SMTA. Hij ziet cliënten soms maar zes weken. Na Heliomare (na 6 maanden tot 1 jaar) gaan ze naar huis. Dan komen ze naar het dagcentrum.

**Kun je me een concreet geval beschrijven van een cliënt met ernstige globale afasie die als gevolg van SMTA weer leerde praten?**

Eén cliënt is gekomen van niet spreken tot gewoon spreken, van een globale afasie naar een Broca afasie. Mooier kan niet. Ze kon schaamteloos lachen om elke fout. Ze had geheel geen gêne. Een filmpje van mw. staat op de website van Reigersdaal.

Onze meest succesvolle cliente Ineke Smit-Krijnen, heeft zoveel succes gehad door haar schaamteloosheid en enthousiasme om te willen spreken, vergaf zichzelf fouten en lachte volop om alles. En ze heeft een zeer goede, rustige en coachende partner die de SMTA en de juiste bejegening goed snapte. Na tien jaar afasie kan Ineke weer zeggen wat ze wil in korte zinnen en vragen stellen en antwoord geven. Ineke had dus al tien jaar een zeer ernstige globale afasie en riep alleen maar pottedomme en Wow. Nu zeggen wij Wow!!!!

**Wat zijn volgens jou voorwaarden voor een succesvolle behandeling bij chronische afasie cliënten?**

De SMTA is doorontwikkeld dankzij de conclusies van andere behandelaars in de chronische fase. Zo zat het om en om spreken (beurtspreken) aanvankelijk niet in de procedure. Ook de volgende fase: een vraag eraan vastgekoppeld zat er aanvankelijk niet in.

Wij doen op het dagcentrum de SMTA één keer per week circa drie kwartier per keer. Twee keer per week is voor veel cliënten te zwaar, te vermoeiend (ze moeten er helemaal voor naar het dagcentrum rijden). Eén keer per week geeft rust. We beginnen altijd met een gesprekje: “Heb je nog leuke dingen gedaan?”, daarna oefenen, oefenen.   
We geven altijd opnames mee op een USB-stick, of we schrijven de oefeningen in een schriftje voor de partners, anders lukt het niet. Dagelijks 2 x 10 minuten oefenen is echt wel nodig. Ook voor ernstige afasie cliënten. Meezingen gaat vaak makkelijk, dat lukt meestal al vanaf de eerste dag.  
We evalueren na elke 6 behandelingen. We kijken dan hoe het gaat, of doelen bijgesteld moeten worden. Soms gaan we 1 ½ jaar tot 2 jaar door.

Vervolgens kiezen we een vervolgtraject:

1. Logopedie?
2. Spraakcomputer?
3. Schrijven?
4. Afasie behandelgroep?

Belangrijk is een goede samenwerking met Heliomare, een goede overdracht van de behandeling in Heliomare naar ons toe. Dan kunnen we de SMTA behandeling voortzetten, dezelfde woorden, zinnen en melodieën gebruiken. Het is maatwerk. Er is geen methodiek.

Maatwerk is ook dat we de muziek afstemmen op de cliënt. Voor iemand die alleen van klassiek houdt maken we de liedjes klassieker. De woorden én de muziek moeten in het interessegebied liggen.

Belangrijk is ook goed meten. Vooraf met de AAT en ook door de cliënt te vragen iets op te schrijven. Dus altijd pen en papier klaarleggen. Achteraf door cliënten woorden en zinnen te laten schrijven. Soms kunnen ze niet praten maar wel schrijven. Dan zijn ze in de loop van de behandeling letters weer gaan herkennen.

SMTA is onderzocht op taalgebruik: komen cliënten tot spreken en gaan ze vloeiender spreken? Soms is de vooruitgang op taalgebied minimaal. Er gebeurt echter nog meer, op sociaal emotioneel gebied. Door mee te zingen en hun stem te gebruiken gaan ze rechterop zitten, hun lijf wordt actiever, hun zelfbeeld verandert, ze gaan daardoor makkelijker communiceren, ze hebben minder last van gêne en gebruiken meer handen en voeten om te communiceren. Dat is winst! Resultaten zijn er altijd! **Uit de literatuur zijn voorbeelden bekend van succesvolle behandelingen bij afasiepatiënten die soms jaren post-onset gestart zijn, terwijl het niet lukte kort na de CVA. Hoe zou dat kunnen?**

In de revalidatiefase moet alles nog herstellen. Soms hebben ze nog moeite met geheugenverlies. Bij recent letsel is het soms raadzaam voorlopig te stoppen met SMTA, dan kost alles nog veel moeite, is er vaak sprake van hoofdpijn, dan is het beter pas na een half jaar te beginnen. Soms merken we na 12 tot 20 sessies dat het niet opschiet, dat het blijft hangen. Dan is het raadzaam te stoppen en eerst fysio te doen. Als je het daarna weer oppakt is het veel makkelijker. Door de fysio is de cliënt vaak krachtiger geworden, dat geldt ook voor mondspieren. Toch moet je wel eerst SMTA aanbieden in de revalidatiefase.  
 **Inke Krudde stelt dat cliënten met chronische afasie grotere vooruitgang boeken wanneer ze elementen van de zangpedagogie toepast. Wat zouden die zijn?**

In de Muziekgroep Afasie die ik aan het opstarten ben als vervolg op de Afasie Behandelgroep zit veel zingen, veel klankoefeningen, canons, rap. Je lichaam als klankkast, je lippen die trillen. We zingen doeab doeab en andere betekenisloze woorden die niet passen binnen SMTA maar wel binnen de Muziekgroep Afasie.

**Wat kun je vertellen over de ‘Afasie behandelgroep’?**

In 2012 is gestart met de Afasie Behandelgroep. Er bleek behoefte aan. Het is zo belangrijk om dagelijks te oefenen, ook met anderen. Hier is een programma voor geschreven. Gemiddeld 8 deelnemers. Ik heb het programma geschreven en de groep helpen opstarten.

Als vervolg op de Afasie Behandelgroep komt er naast de Muziekgroep Afasie een Taalgroep Afasie die door de logopedist wordt aangestuurd en waarin o.a. spelletjes met letters worden gespeeld. Hier wordt ook geleerd om te gaan met spraakcomputer en tablet.

Nu is Yolanda bezig met de oprichting van een Afasie Centrum in de regio Noord Holland Noord. Met kleinere afasie centra. In de regio Rotterdam is al een afasie centrum.

**Database**In de Afasie Behandelgroep zouden we gebruik kunnen maken van een database aan zinnetjes op muziek. Waarom zouden we iedere keer het wiel moeten uitvinden? Het is wel een hele klus om zo’n database te maken. De notatie moet exact kloppen. En het moet in een computerprogramma. Piet Koek noteert alleen handgeschreven notaties.

Inke Krudde en Yolanda hebben ooit een poging gedaan voor de oprichting van een landelijke groep SMTA waarin ervaring worden gedeeld. Die is niet van de grond gekomen, iedereen was druk en had weinig puf. Nu zou het moeten lukken, er zijn immers veel meer muziektherapeuten en logopedisten die de SMTA cursus hebben gedaan. In Beetsterzwaag zijn ze ook veel te druk om zoiets te organiseren.

**Wat is de kracht van SMTA t.o.v. andere muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen?**

De muziek brengt het op gang, de logopedist pakt het verder op. Je bekritiseert elkaar, je controleert elkaar.

**Contra-indicatie**: cliënt die te perfectionistisch is.

**Financiering:**

Yolanda is muziekagoog, zorgagoog. Ze wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar, de logopedist wel. Yolanda kan wel betaald worden uit “Behandeling Groep”. Het is van belang hoe de aanvraag wordt opgesteld om een toewijzing te krijgen.

**Na het interview stuurde Yolanda een mail met de volgende tekst:**

Ha Ludger,

Het filmpje van ons meest succesvolle cliente Ineke Smit-Krijnen, kun je terugvinden op de volgende manier. Zij heeft zoveel succes gehad door haar schaamteloosheid en enthousiasme om te willen spreken, vergaf zichzelf fouten en lachte volop om alles. En ze heeft een zeer goede, rustige en coachende partner die de SMTA en de juiste bejegening goed snapte. Na tien jaar afasie kan Ineke weer zeggen wat ze wil in korte zinnen en vragen stellen en antwoord geven.Ineke had dus al tien jaar een zeer ernstige globale afasie en riep alleen maar pottedomme en Wow..nu zeggen wij Wow!!!!

Ga naar [**www.esdege-reigersdaal.nl**](http://www.esdege-reigersdaal.nl/)

Kies voor **LOCATIES**

Scroll naar beneden, naar de letter Z en kies voor **Zilvermeeuw , De**

LET OP Kies niet voor Zilvermeeuw, AC De (dan krijg je namelijk geen therapie)

Ga dan naar **Therapie**

En dan naar **Speech Music Therapy for Aphasia**

**Bijlage 6**

**Beschrijving SMTA behandeling bij dhr. Jansen**

**Inhoud**

1. Beschrijving dhr. Jansen
2. Richtlijnen van Joost Hurkmans
3. Voorbereiding SMTA behandeling
4. Beschrijving sessies
5. Conclusie

**1. Beschrijving dhr. Jansen**

Dhr. Jansen is een 72 jarige man die rechtszijdig verlamd is, enkele passen zelfstandig kan lopen en zelfstandig op zijn scootmobiel door het dorp rijdt. Ondanks zijn afasie kan hij duidelijk maken wat hij wil en wat hij bedoelt. Hij maakt daarbij gebruik van Touch Speak. Dhr. grijpt alles aan om beter te worden. Toen ik voorstelde SMTA uit te proberen reageerde hij direct enthousiast. Dhr. is gediagnosticeerd als manisch depressief, er is sprake van onrust en een chronisch psychose beeld. Hij heeft geen contact met zijn kinderen of andere familieleden, alleen met zijn echtgenote en vrienden. Momenteel leidt dhr. een actief leven. Twee maal per week gaat dhr. naar Boogh activiteitencentrum in Veenendaal, wekelijks gaat dhr. paardrijden bij Liz Hartel in Doorn.

Relevante voorgeschiedenis:

* Dhr. Jansen heeft lange tijd gewerkt bij een energiebedrijf in Utrecht, maar had dierenarts willen worden
* 2005 CVA (infarct) met hemiparese rechts en forse afasie
* 2007 CVA (bloeding) – hierna geen extra uitvalsverschijnselen
* December 2007 tijdelijke opname in verpleeghuis vanwege ziekenhuisopname echtgenote (hartklachten en overbelast)
* Logopedie in 2008 en 2009 voor spraakcomputer Touch Speak, daarna is logopedie gestopt.

Momenteel leidt dhr. een actief leven. Twee maal per week gaat dhr. naar Boogh activiteitencentrum in Veenendaal, wekelijks gaat dhr. paardrijden bij Liz Hartel in Doorn.

Dhr. kan vrijwel niet zingen, met veel moeite produceert hij klanken die al gauw van toonhoogte verschillen. Zingen is nooit zijn ding geweest. Hij heeft wel gevoel voor ritme, tikt makkelijk het ritme mee van een lied. Hij houdt van muziek van André Rieu.

**2. Richtlijnen van Joost Hurkmans voor SMTA behandeling bij dhr. Jansen   
(zie bijlage 7)**

In november is Joost Hurkmans gevraagd of dhr. Jansen een geschikte kandidaat is voor SMTA. Zou dhr. woorden of zinnen kunnen leren spreken? Heeft het zin een SMTA behandeling te starten?

Hurkmans antwoordde dat je bij patiënten in de chronische fase functionele doelen moet kiezen die gericht zijn op het activiteiten niveau. Het is niet zinvol om louter klanken te oefenen. Waar je in SMTA terminologie vaak op uit komt zijn namen. Eerst beginnen met één of twee doelitems om te kijken of de SMTA aan slaat. Na een behandeling of 10 moet er wel wat gebeuren anders werkt het niet. Dat kan overigens heel divers zijn: meer taal, beter zingen, etc. De nulmeting zou moeten zijn of dhr. een doelwoord kan zeggen. Dit zou op verschillende manier kunnen: zelfstandig, op verzoek, naspreken, hardop lezen, etc. Om de kans op herstel te vergroten zouden de getrainde items opgenomen moeten worden om daarmee zelf te kunnen oefenen zodat de therapie intensiteit toeneemt en daarmee ook de kans op herstel. (voor de volledige vragen en antwoorden, zie bijlage 7)

**3. Voorbereiding SMTA behandeling**In december 2014 is een voorstel gedaan voor SMTA behandeling bij dhr. Jansen. Dit gebeurde tijdens een Multi Disciplinair Overleg (MDO) met o.a. echtgenote en arts (zie bijlage 8).   
Na goedkeuring door echtgenote en arts zijn vervolgens afspraken gemaakt met logopediste Hannah van Toor:

* De vijf woorden die we willen oefenen zijn: Donna, Moemin, Choco, Imran, Margreet
* 8 januari doen we een nulmeting:  
  dhr. Jansen wordt gevraagd de 5 te oefenen woorden te zeggen  
  - door een foto te tonen en te vragen: wie of wat is dit?  
  - door het woord hardop te lezen (in grote letters staat het op papier)  
  - door het woord te zeggen en te vragen het na te zeggen
* De gezamenlijke sessies vanaf donderdag 8 januari op de donderdagmiddag om 14.00 uur
* Vanaf 2 februari, op de maandagmiddag 14.00 uur biedt muziektherapeut individueel de SMTA aan
* Aan echtgenote en verzorgenden zal de methode uitgelegd worden en gevraagd de woorden ook te oefenen
* De hele SMTA behandeling gaat 12 weken duren (als er sessies uitvallen duurt de periode wat langer).

**4. Beschrijving sessies:**

**Do 8 jan – nulmeting**Dhr. Jansen probeert mij na te zeggen. Wat hij zegt is eerst met ‘nee’, het volgende woord met ‘ja’, dan weer met ‘hapa’. Wat wel te horen is, is de intonatie. Die doet hij duidelijk hoorbaar na.

***Do 15 jan*** *geen sessie wegens Klinische Les SMTA*

**Do 22 jan – video opname**Dhr. Jansen doet zijn best mee te zingen. Hij kijkt daarbij goed naar het mondbeeld van de logopedist.  Dhr. Jansen reageert sterk op aanwijzingen van de logopedist. Hoopgevend!  
Dhr. Jansen zingt heel zachtjes, bijna onverstaanbaar. Wanneer een noot lang moet worden aangehouden (de laatste keer Donna) zingt Dhr. Jansen pam-pam-pam op het ritme dat de logopedist aangeeft (logopedist tikt met de goede hand van Dhr. Jansen op zijn bovenbeen).

**Do 29 jan**De beste resultaten zijn in het begin, wanneer Dhr. Jansen overdreven mee doet. Een duidelijk o–klank is te horen bij Donna.   
Dhr. Jansen tikt samen met Hannah ritme mee op djembé. Hoewel Dhr. Jansen aangeeft helemaal niet vermoeid te zijn, wordt hij gaandeweg minder expressief met zijn mond. Hij geeft ook aan niets te merken van wat hij doet. Hij hoort zichzelf niet, hij merkt niet wat hij goed doet en wat niet, hij kan zichzelf ook niet corrigeren. Een enthousiaste logopediste in combinatie met muziek heeft een kortdurend positief effect.  
De o van Donna is al moeilijk maar is een paar keer gelukt, de oo van choco lukte niet, dan moet de mond nog smaller worden gemaakt.

**Ma 2 feb**Resultaten waren minder dan afgelopen donderdag. Ik hoorde geen o-klank, Dhr. Jansen was minder expressief in zijn nadoen, keek me soms niet aan, of keek me wel aan maar bewoog amper zijn mond.

**Do 5 feb**Vooroverleg met Hannah: we richten ons meer op expressie en emotie omdat het muziekgedeelte in de hersenen die het spreken over moet nemen gekoppeld is aan emoties en expressie.   
Bij Donna gaan we gebaren doen: hand langs de mond om hem te roepen, met arm gebaren dat de hond hierheen moet komen. Hoewel Dhr. Jansen het laatste gebaar andersom doet, alsof het wiel de andere kant op wordt gedraaid, helpt het gebaar wel bij de expressie. Bovendien doet Hannah het mondbeeld overdreven voor en stimuleert ze Dhr. Jansen ook zo te doen.   
We zingen meerdere keren achter elkaar. We horen Dhr. Jansen duidelijk “Donna” zeggen/zingen. Effecten komen door maximale expressie, dus met muziek. Ik eindig telkens met zachtjes te spelen, maar we doen alles zingend.  
Hannah maakt geluidsopname met smartphone waarop Dhr. Jansen zijn eigen stem kan horen. Hij is verbaasd te horen dat hij dit zegt/zingt.  
Bij Moemin is ritme belangrijk. Hannah én Dhr. Jansen slaan ritme op djembé. Door overdreven te doen hoor ik een enkele iets wat lijkt op Moemin.  
Bij choco beginnen we zacht en eindigen we hard. Door zo dynamisch bezig te zijn krijgen we plezier, we moeten lachen.  
We eindigen voortaan met een liedje met gebaren: een-twee-drie-vier hoedje van papier. Dhr. Jansen doet de gebaren na: het opsteken van vingers en een hoed in de vorm van een steek.

**Ma 9 feb** *– tandartsbezoek Dhr. Jansen*

**Do 12 feb**Sessie om 15.00 uur, zonder Hannah omdat Dhr. Jansen de afspraak vergeten was.  
We doen de oefeningen zoals vorige week, met gebaren, dynamiek. Dhr. Jansen doet enorm zijn best.   
Wat ik hoor zijn echter slechts de klanken ‘ja, nee, hapa’. Ik voel me machteloos. Waar ben ik aan begonnen? Ik mis Hannah die het mondbeeld zo duidelijk voordoet. Dhr. Jansen doet wel zijn best, maar wat ik hoor zijn de klanken die hij altijd al maakt.   
Het afscheidsliedje één twee drie vier hoedje van papier geeft door de bijbehorende gebaren vrolijkheid.  
De volgende keren willen we beginnen met het liedje “Hallo, hallo, hallo, hoe gaat het ermee?”. Om vervolgens te vragen: Hoe gaat het ermee?

**Ma 16 feb**Dhr. Jansen was er precies op tijd, ik ook.   
Ik zong het hallo-liedje en vroeg hoe het met hem ging. Prima, was zijn reactie.   
Bij Donna deed hij super zijn best. Hij vindt het leuk dat armgebaar erbij te doen. Een paar keer kon ik de o-klank duidelijk horen. Lang bezig geweest met zijn mondbeeld: zijn mond moet de vorm van een klein rondje maken. Aan het einde gaf hij aan dat hij het nu weet en in zijn hoofd/oren knoopt.   
Ook zijn we bezig geweest met Moemin, dat hij eerst de mmmmm moet maken, dat er klank moet zijn met een dichte mond, anders wordt het papa. De i van Moemin heb ik tweemaal gehoord. Dhr. Jansen is super gemotiveerd doet echt zijn best.   
Ook choco gedaan, maar de sj is nog een brug te ver.   
Paard genoemd (het 4e woord i.p.v. Imran) en Margreet, maar die woorden zijn nog niet op muziek gezet, ook nog niet geoefend.   
Op het eind het liedje hoedje van papier met gebaren. Hij geeft aan verder weinig liedjes te kennen, behalve ‘Lang zal hij leven’ en het ‘Wilhelmus’.

**Do 19 feb**Begonnen met het Hallo-liedje dat Dhr. Jansen al enthousiast mee deed.  
Bij het oefenen van Donna ging Hannah wat verder weg zitten om Dhr. Jansen zo te stimuleren luider te laten horen: “Roep maar Donna naar me”. Dit werkte. Dhr. Jansen liet meer zijn stem horen waardoor heel duidelijk te horen was dat Dhr. Jansen het woord ‘Donna’ zong. Dhr. Jansen moet hiertoe wel gestimuleerd worden.  
Bij het oefenen van Moemin hebben we de melodie veranderd om de mmm te oefenen: do do, re re, mi mi, fa fa, sol sol, waarbij we de lettergrepen lang lieten duren, meer eerst een lange mmm. Hannah liet Dhr. Jansen haar keel voelen als zij mmm zei. Vervolgens voelde Dhr. Jansen zijn eigen keel. Soms produceerde hij een mmm, soms maakte hij geen geluid. Hij heeft nog niet helemaal door hoe hij de mmm moet maken. Hij kan het nog niet op commando.  
Als laatste Choco, van zacht naar hard. Door Dhr. Jansen te stimuleren nog veel harder te roepen, klonk een mooie welluidende mannenstem! Heel bijzonder te horen! Vooral omdat hapa zo hoog en iel klinkt. Kennelijk gaat hij nu pas weer zijn stembanden gebruiken!

**Ma 23 feb**Samen met Hannah  
Hannah maakte geluidsopname die ze Dhr. Jansen liet horen. Zijn luide Donna en Choco leek hij zelf ook verrassend te vinden.   
Hannah had een spiegel gepakt om Dhr. Jansen zelf zijn mondbeeld te laten zien. Zijn o klinkt nog teveel als een a. Dhr. Jansen beweegt zijn mond dan wel maar verzuimt geluid te maken, al helemaal een vloeiend geluid. Geluid maken met zijn stem is Dhr. Jansen niet gewend, dat doet hij niet uit zichzelf, daarvoor is de trigger van de muziek echt nodig.  
Donna ging vandaag het beste, Moemin is nog lastig: hoe leg je uit dat je eerst de mmm moet maken, met klank, vervolgens de oeoe, dan weer de mmm en dan iiiinnn? Best complex. Dhr. Jansen kan zijn mond wel dicht doen als bij mmm, maar maakt dan geen geluid.

**Do 26 feb**Geoefend zonder Hannah.   
Dhr. Jansen laat zich goed horen, durft een luide stem op te zetten. Begint ook meteen.  
De mmm lukt nu goed. Dhr. Jansen maakte geluid bij de mmm. Het uitspreken van Mmmoemmmin is nog moeilijk duidelijk te maken. Hij doet zo zijn best! Maar begrijpt niet alles!  
Dhr. Jansen had een ingelijste foto van Donna mee waar hij de naam Donna opgeplakt wilde hebben.

**Ma 2 mrt**Zonder Hannah, muziektherapeute Mirjam Groot-Jebbink was toeschouwer.Donna ging de tweede keer het beste. Dhr. Jansen liet de het woord duidelijk horen. Ik was opgetogen. Mirjam vroeg: “en vraag je nu vervolgens: Hoe heet je hond?” Nee, dat deed ik niet en dat werkte ook niet, dat was een beetje een domper.   
De gebaren vindt Dhr. Jansen leuk. Na het drink-gebaar bij choco, bleef hij dat zelfde gebaar doen bij Moemin en bij Donna. De laatste keer Donna ging veel minder goed: Dhr. Jansen bewoog amper zijn mond meer, produceerde weinig volume. Alsof hijzelf niet begrijpt dat dat zo nodig is.

**Do 5 mrt**Samen met Hannah.  
Dhr. Jansen was op tijd en deed enorm zijn best. De eerste keer klinkt vaak het beste. Hoewel Dhr. Jansen beweert totaal niet moe te worden merken we dat zijn mondexpressie en stemvolume geleidelijk steeds minder worden. Maar aanmoediging helpt! Choco schreeuwde hij bijna uit. We hoorden weer een mooie klank.  
Bij het slotliedje 1-2-3-4 hoedje van, hoorden we dat Dhr. Jansen duidelijk één zei.

**Ma 9 mrt**Zonder Hannah  
Dhr. Jansen doet enorm zijn best met de oefeningen.   
Donna enkele tonen hoger gespeeld, klinkt enthousiaster. Redelijk vaak herhaald. Op aanwijzing van mij met ronde mond ‘gezongen’, o klinkt nog als a. Gebaren erbij, soms vergeet Dhr. Jansen dan geluid te produceren.   
Liedjes zingen vindt Dhr. Jansen leuk. (hallo, hallo, lang zal hij leven, 1 2 3 4 hoedje van). Kijkt dan blij, maakt de gebaren erbij, zingt soms mee, soms niet.  
Vandaag geen spectaculaire vooruitgang of mooi geluid. Wel hield hij Donna, Donna lang vol en produceerde hij daarbij constant geluid. Even uitpuffen daarna.

**Do 12 mrt**Dhr. Jansen kwam helaas niet opdagen. Met Hannah geëvalueerd. We zijn blij met iedere vooruitgang, hoe klein ook. Het is een weg van lange adem. Uit de literatuur zijn voorbeelden van mensen die pas na jaren oefenen gingen spreken.  
Cognitie: wat begrijpt Dhr. Jansen wel en wat niet? Hannah twijfelt aan zijn motivatie om zelf te leren spreken. Hij is blij wanneer wij enthousiast zijn. Hij doet het in ieder geval deels voor ons. Zelf geeft hij aan dat hij niet merkt dat hij iets bijzonders doet, bv. de o zeggen.  
Later Dhr. Jansen gesproken. Hij had er niet aan gedacht. Personeel zal hem volgende keer tevoren inlichten. Hannah zal volgende keer stagiaire meenemen.

**Ma 16 mrt**Dhr. Jansen liet zijn stem goed horen bij Donna. Langdurig en op volume. De eerste keer keek hij me niet aan, had toen een dunne mond, daarna keek hij me voortdurend aan, maakte een ronde mond waardoor een o-klank ontstond. Het begint zo op zingen te lijken!  
Hem aankijken, mondbeeld voordoen, aanmoedigen om luider te zingen en het voordoen, armbeweging erbij (Donna naar zich toe wenken, hoewel Dhr. Jansen de beweging andersom maakt). Allemaal zijn dit voorwaarden om Dhr. Jansen ‘Donna’ te laten zingen.  
Choco: Dhr. Jansen vindt het leuk om van zacht naar hard te gaan en de laatste écht hard te laten klinken. Hierbij gaat ook de klank twee tonen omhoog (bij Cho, dus geen G maar een B).  
Moemin niet met stem of mondbeeld gedaan, alleen ritmisch. Dhr. Jansen tikte de maat op de djembé, ik speelde en zong. Dhr. Jansen heeft de visuele stimulatie nodig om tot zingen te komen.  
Afsluiten met 1-2-3-4 hoedje van papier. Mét gebaren.

**Do 19 mrt**Met Hannah en Aranka, stagiaire logopedie.  
Goed geoefend. Bij Donna hoorde Hannah de o en de a. Ook zag ze dat hij met de punt van zijn tong naar zijn gehemelte ging om de d en de n te maken.  
Ook Moemin geoefend. Hannah liet Dhr. Jansen zijn eigen keel voelen terwijl hij de mmm doet. Dit werkte. Hij voelde zijn keel. Verder klonk hij bij dit woord erg zacht, soms produceerde hij geen geluid. Voortdurende aanmoediging is nodig. Hannah zei dat ze een keer moe hoorde.  
Choco ook geoefend.

**Ma 23 mrt** *– studiedag Ludger*

**Do 26 mrt**Met Hannah en Aranka, stagiaire  
Ging goed. Donna zong Dhr. Jansen door terwijl piano al gestopt was. Ik kon heel duidelijk horen dat Dhr. Jansen Donna zong. Ook zag ik hem duidelijk de tongpunt naar z’n gehemelte doen bij het begin van de klank. Jammer dat we er geen geluidsopname van gemaakt hebben.  
Moemin: Dhr. Jansen begrijpt nu hoe hij de mmm moet maken. Hij leek het echt te snappen, hoewel hij blijft aangeven het zelf niet te merken of te horen. Het hele woord Moemin is nog wat lastig, maar het gaat steeds beter.  
Choco lukt beter zonder armgebaar. Volgens Hannah leidt dat af. Dhr. Jansen vindt het leuk om de laatste keer choco voluit te gaan.

**Do 2 april** *– interview Ludger in Houten*

**Ma 6 april** *– 2e Paasdag*

**Do 9 april**Tevoren met Hannah standaardprocedure SMTA doorgenomen:  
voorzingen en –spelen door muziektherapeut (1 x)  
in vloeiende stijl overgaan tot samen zingen (3 x) overgaan naar ritmisch spreken, met akkoorden muziektherapeut, (3 x)  
Overgaan naar gewoon spreken  
overgaan naar beurtspreken  
overgaan naar beschrijven allerlei situaties waarin woord of zin gezegd kan worden.  
Begonnen met gesprekje. Te horen was de schorre en hese stem van Dhr. Jansen Toch begonnen met oefeningen.  
Dhr. Jansen deed goed zijn best. Donna lukt het best, ook de D. Moemin lukt het minst, toch lukte het om eerst de mmm te zeggen en daarna de oe.  
Dhr. Jansen vond het resultaat minder dan anders vanwege schorheid. Hij had ook last van keelpijn.

**Ma 13 april** *– geen ruimte beschikbaar*

**Do 16 april**Het inzingen van Hallo, hallo ging meteen al goed. Ik hoorde een diepe mannenstem en een vloeiende klank.  
Donna ging ook goed. Het lijkt alsof Dhr. Jansen het woord echt kan zingen. In de spreekfase kwam het er niet meer uit.   
Ook Choco ging heel goed. Het woord heb ik duidelijk gehoord.  
Moemin blijft het moeilijkst. Min, het laatste deel, lukt nog niet.  
Dhr. Jansen blijft super gemotiveerd en doet enorm zijn best.  
Komende weken gaan de meeste sessies niet door. Het gaat wél door op do 23 april, ma 11 mei, ma 18 mei, do 21 mei, do 28 mei.

**Ma 20 april** *– studiedag Ludger*

**Donderdag 23 april**Zonder Hannah (zij moest scholing geven voor Parkinson-net).Dhr. was bij de tandarts geweest, 2 tanden waren getrokken, zijn mond zat nog vol bloed.Toch geoefend. Ging als gewoonlijk. Met plezier de luide choco gezongen. Echt zingen is het niet, meer een roepen.Daarna het woord Margreet voorgesteld. Dhr. toonde zijn touchspeak waarop Margreet wordt genoemd. Het woord Margreet sprak dhr. niet zo aan. “Ik hou van jou”, wel. Een aantal keren voorgespeeld en voorgezongen.Slotliedje Hoedje van papier: dhr. steekt vingers op op verkeerde momenten, geeft niet, maar geeft wel aan dat dhr. de tekst niet helemaal begrijpt.

**Maandag 11 mei***Dhr. is er niet. Hij is met scootmobiel weggegaan. Was het vergeten.*

**Maandag 18 mei**Dhr. was het vergeten, maar komt wat later waarna we alsnog de sessie doen. Dhr. geeft aan graag door te willen gaan met de SMTADhr. doet weer zijn uiterste best met de oefeningen.

**Donderdag 21 mei**(Voorlopig) laatste keer met Hannah  
Evaluatie: Hannah wil wel doorgaan om dhr, maar ziet zelf te weinig resultaat om gemotiveerd te blijven. Na de vakantie nog eens heroverwegen.  
Ikzelf wil wel doorgaan, maar even niet, ben nog erg druk de komende weken. Daarna wil ik doorgaan op de maandag om 14.00 uur. Ook nodig ik dhr. uit voor het expressiekoor. Hier reageert hij positief op. Daarnaast wil ik familie en zorg toch de oefeningen mee geven op audio.  
Vanaf 28 mei is dhr. welkom bij het expressiekoor, vanaf 15 juni wil ik de SMTA weer oppakken op de maandagmiddag.  
Dhr. wil doorgaan, is afhankelijk van ons.  
Gezien de lange periode dat we niet geoefend hebben, doet dhr. het verbazend goed. Hannah en ik volgen nu meer het standaard SMTA protocol en dat pakt goed uit. Duidelijk horen we nu hoe dhr. de o en de a zegt. Tijdens het zingen konden we Donna horen.  
Choco gaat nog beter: dhr. zegt een keer duidelijk sjo, wat we nooit eerder gehoord hebben.  
Dhr. kijkt enorm goed naar Hannah, doet haar in alles na, kijkt somber als Hannah somber kijkt. Zo doen de spiegelneuronen hun werk.

1. **Conclusie**Dhr. blijft enorm gemotiveerd voor de behandeling. Hij doet zijn best op tijd te komen en zet zich ook tijdens de sessies enorm in.   
   Waar dhr. in het begin enkel hapa, ja en nee kon zeggen, kan dhr. nu ook de o en oo klank uiten. Bovendien laat dhr. soms een mooie diepe mannenstem horen en een vloeiende klank die hij eerder niet liet horen, ook dat is winst. Ook de mmm laat hij goed horen. Van de klinkers hoorden we de d van Donna en de sj van choco.  
   Dhr. is absoluut niet toonvast, tijdens het zingen gaan de klanken alle kanten op, maar dhr. heeft wel plezier in de twee liedjes die we zingen en hoe doet altijd mee.  
   Voor zowel Hannah als mij is het de eerste volledige SMTA en onze onervarenheid heeft er mogelijk voor gezorgd dat de resultaten minder zijn dan ze hadden kunnen zijn. Zo hebben we de eerste maanden vooral gefocust op de zangfase en hebben we pas de laatste weken het echte SMTA-protocol gevolgd: zingen – ritmisch spreken – normaal spreken – beurtspreken – situatie beschrijven waarin het woord gezegd kan worden.   
   Familie en zorg zijn nog niet ingeschakeld terwijl dat volgens alle richtlijnen wel zou moeten. Dhr. blijft echter moeite houden één woord te zingen. Dat gaat in de sessie al moeizaam, laat staan bij de zorg of met echtgenote, was mijn gedachte.   
   Hannah ziet zelf te weinig resultaat om gemotiveerd te blijven. Ikzelf wil wel doorgaan.   
   Dhr. reageerde positief op de uitnodiging deel te nemen aan het expressiekoor op de donderdagmiddag. Daarnaast wil ik familie en zorg toch de oefeningen mee geven op audio.

**Bijlage 7**

**Richtlijnen Joost Hurkmans voor casus dhr. Jansen**

Zeewolde, 24 november 2014

Beste Joost Hurkmans,

In september heb ik de eerste cursusdag meegedaan in Beetsterzwaag. Ik had jullie toen al op de hoogte gebracht van mijn voornemen om mijn onderzoeksproject in het kader van mijn studie Creatieve Therapie aan de Hogeschool Utrecht aan SMTA te willen wijden, in het bijzonder aan een SMTA behandeling bij dhr. M.E. als N = 1 onderzoek.

Ik heb hierbij een 5-tal vragen en ik hoop dat jullie die willen beantwoorden, liefst zo spoedig mogelijk.   
Bij voorbaat dank!

**Casusbeschrijving**Dhr. Jansen is een man van 72 jaar. Hij heeft in 2005 een ernstige CVA gehad. De arts die hem destijds behandelde zei dat de hersenen teveel beschadigd waren en dat dhr. nooit meer zal kunnen spreken.

Dhr. zegt veelvuldig “hapa” wanneer hij iets wil zeggen. Zijn echtgenote zegt dat wanneer dhr. Jansen heel goed is hij ook “ja” en “nee” kan zeggen. In het begin na zijn CVA kon dhr. ook “dag” zeggen. Als dhr. boos is zegt soms luid “verdomme”.  
Vele jaren geleden heeft dhr. logopedie gehad, vooral voor het aanleren van touchspeak. De logopediste die hem destijds behandeld heeft vindt het een goede zaak de logopediebehandeling op te frissen.

Dhr. is rechtszijdig verlamd, kan enkele passen zelfstandig lopen en rijdt zelfstandig op zijn scootmobiel door het dorp. Ondanks zijn afasie kan hij duidelijk maken wat hij wil en wat hij bedoelt. Hij grijpt alles aan om beter te worden. Toen ik voorstelde SMTA uit te proberen reageerde hij direct enthousiast. Dhr. is gediagnosticeerd als manisch depressief, er is sprake van onrust en een chronisch psychose beeld. Hij heeft geen contact met zijn kinderen of andere familieleden, alleen met zijn echtgenote en vrienden.

Dhr. kan vrijwel niet zingen, met veel moeite produceert hij klanken die al gauw van toonhoogte verschillen. Zingen is nooit zijn ding geweest. Hij heeft wel gevoel voor ritme, tikt makkelijk het ritme mee van een lied. Hij houdt van muziek van André Rieu.

Is dhr. M.E. een geschikte kandidaat voor SMTA? Zou dhr. woorden of zinnen kunnen leren spreken? Heeft het zin een SMTA behandeling te starten?

Bij patienten in de chronische fase moet je goed weten wat je doelen zijn bij de SMTA behandeling. Doelen gericht op functieherstel zijn niet haalbaar. Functionele doelen wel en deze richten zich dan op het activiteiten niveau. Dat betekent dat ze gekoppeld zijn aan specifieke communicatieve situaties. Deze zou je met dhr. (of zijn systeem) moeten inventariseren. Waar je in SMTA terminologie vaak op uit komt zijn bijvoorbeeld namen. Ik zou beginnen met 1 of 2 doelitems om te kijken of de SMTA aan slaat. Na een behandeling of 10 moet er wel wat gebeuren anders werkt het niet. Dat kan overigens heel divers zijn hoor: meer taal, beter zingen, etc.

Omdat dhr. al jaren in verpleeghuis Norschoten woont (waar ik werk), en daar bij iedereen bekend is als de man die redelijk zelfstandig zijn weg gaat maar niet kan spreken, lijkt het mij een grote uitdaging hem toch te leren spreken, al zijn het maar enkele woorden, of een kort zinnetje.

Precies maar hou het functioneel!

**Vraag 1  
Is dhr. M.E. een geschikte kandidaat voor SMTA? Heeft het zin een SMTA behandeling te starten?**

**Vraag 2  
Welke woorden zijn zinvol om te oefenen?**Joost zei me tijdens de cursus dat het aan te raden is met o klanken te beginnen. De o klank beheerst hij nu niet, die klank bevindt zich op een ander deel van de klinkerdriehoek. Het zou een bewijs zijn van de effectiviteit van de SMTA methode als hij deze klank zou leren uiten.

In deze fase van herstel is het volgens mij niet zinvol om klanken te oefenen (zie eerdere opmerking). Welk doel past daar dan bij? Tenzij je klanken (of reeksen) oefent die in het doelwoord zitten (bijv. een klank uit een naam).

Ik wil echtgenote vragen welke woorden zinvol zijn om te oefenen. Moemin (de naam van zijn kleinzoon in Amerika) of Choco (de drank die hij regelmatig bestelt op de Klaverweide)?   
Liefst zinvolle woorden.

Juist, niet liefst maar lauter!

Ik heb aan logopedie gevraagd een nulmeting te doen: Kan aangetoond worden dat dhr. deze woorden niet kan spreken door ze op verschillende manieren te triggeren?

Je kunt geen testen afnemen voor het meten van herstel omdat het doel niet is gericht op generalisatie. Dus de nulmeting zou moeten zijn of dhr. een doelwoord kan zeggen. Dit zou wel op verschillende manier kunnen: zelfstandig, op verzoek, naspreken, hardop lezen, etc.

Het doel is dat dhr. deze woorden na 12 weken wel kan spreken, na ze getriggerd te hebben (door melodie, of mondbeeld, of foto van Moemin / chocolademelk.

**Vraag 3  
Dhr. geeft aan nooit echt gezongen te hebben. Is dat geen contra indicatie voor SMTA?**Afgelopen weken ben ik bezig het zangvermogen bij dhr. te versterken.   
Dhr. oefent gemotiveerd, hij kijkt me aan, doet mee met zijn eigen klanken: ja, nee, hapa en wat daartussen zit.

De S.O. heeft toegezegd een verwijzing te schrijven voor SMTA aan dhr. Jansen voor zowel muziektherapeut als logopedist.

Het is de bedoeling een standaard SMTA behandeling aan te bieden van 12 weken, 2 x per week.

Ik zou de getrainde items opnemen en zelf laten oefenen zodat de therapie intensiteit toeneemt en daarmee ook de kans op herstel!

Om het effect van de behandeling te vergroten is het belangrijk dat ook de verzorgenden en mantelzorg (echtgenote) de geleerde klanken en woorden regelmatig oefent.  
Wegens tijdgebrek is het niet mogelijk 12 weken lang twee maal per week SMTA aan te bieden aan dhr. M.E. door zowel muziektherapeut als logopedist.

Reden te meer om zelf te oefenen!

Geen ervaring is geen contra indicatie maar is uiteraard wel iets waar je rekening mee houdt. Als blijkt dat het na een keer of 5 daarom niet werkt, houdt het op.

**Vraag 4  
Is het verantwoord om eenmaal per week SMTA aan te bieden door logopedist en muziektherapeut en eenmaal per week SMTA door muziektherapeut?**

Daarnaast wil ik verzorgenden en echtgenote inschakelen om de te oefenen woorden en klanken dagelijks met dhr. te oefenen.

Het is niet ideaal maar soms moet je roeien met de riemen die je hebt. Punt is een beetje dat als er geen herstel optreedt, je niet precies weet wat de reden daarvan is: wat is de invloed van de therapie omstandigheden?

**Vraag 5  
In hoeverre is het bezwaarlijk als de 12 weken SMTA niet aaneensluiten?**

Uit mijn onderzoek blijkt dat dat niet zoveel uit hoeft te maken. Mijn patient met de beste resultaten heeft 3 weken vakantie gehad!

Succes! joost

Ik hoop dat jullie me spoedig antwoord willen geven op bovenstaande 5 vragen.

Bij voorbaat dank!

Met vriendelijke groet

Ludger Stuijt

[ludgerstuijt@hotmail.com](mailto:ludgerstuijt@hotmail.com)

[l.stuijt@norschoten.nl](mailto:l.stuijt@norschoten.nl)

**Bijlage 8**

**Voorstel voor MDO voor SMTA behandeling dhr. Jansen**

door Ludger Stuijt

4e jaars student Creatieve Therapie, hoofdrichting muziektherapie, aan de Hogeschool Utrecht (HU).

Muziektherapeut i.o. in Norschoten.

**Wat kan Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) betekenen voor een cliënt die al jarenlang ernstige afasie heeft als gevolg een CVA?**

Als onderzoeksproject voor mijn opleiding muziektherapie aan de Hogeschool Utrecht wil ik onderzoeken of het vocabulaire van dhr. Jansen vergroot kan worden door hem 12 weken lang 2 x per week SMTA (Speech Music Therapy for Aphasia) aan te bieden.

In 2005 na CVA zei de behandeld arts dat dhr. nooit meer zal kunnen spreken, dat de hersenen teveel beschadigd waren. Inmiddels is in Nederland SMTA ontwikkeld die grote mogelijkheden biedt, zelfs voor mensen die als gevolg van een CVA al enige tijd vrijwel niet kunnen spreken.

Dhr. Jansen is gemotiveerd voor de therapie. Hij zou graag zijn woordenschat willen uitbreiden.

Op dit moment bestaat zijn vocabulaire uit hapa, ja en nee. Andere woorden heb ik hem (nog) niet horen zeggen.

In overleg heb ik gekozen de volgende 5 woorden te gaan oefenen:

* Donna (naam van de hond)
* Moemin (naam van de kleinzoon van echtgenote)
* Choco (afkorting van chocolademelk, dit bestelt hij regelmatig op de Klaverweide)
* Paard
* Margreet (echtgenote)

Samen met Hannah van Toor, logopedist, gaan we de behandeling doen.

We beginnen op 8 januari met een nulmeting: Kan aangetoond worden dat dhr. deze woorden niet kan spreken door ze op verschillende manieren te triggeren?   
1) foto tonen

2) woord tonen

3) voorzeggen.

Het doel is dat dhr. deze woorden na 12 weken wel kan spreken, na ze getriggerd te hebben (door melodie, of mondbeeld, of foto.

Het is de bedoeling een standaard SMTA behandeling aan te bieden van 12 weken, 2 x per week.   
Om het effect van de behandeling te vergroten is het belangrijk dat ook de verzorgenden en mantelzorg (echtgenote) de geleerde klanken en woorden regelmatig oefent.

Ludger Stuijt

4e jaars student Creatieve Therapie, hoofdrichting muziektherapie, aan de Hogeschool Utrecht (HU).

Muziektherapeut i.o. in Norschoten.

December 2014

**Wat is SMTA ?**SMTA (Speech-Music Therapy for Aphasia) is een behandelprogramma voor afasie en/of verbale apraxie, gebaseerd op de combinatie van logopedie en muziektherapie.  
Zingen maakt het praten gemakkelijker. Dat was de ervaring van muziektherapeute Madeleen de Bruijn in haar werk met mensen met afasie. Samen met de logopedie is zij zo’n zeven jaar geleden begonnen met het ontwikkelen van een methodiek, gebaseerd op die ervaring en wat er al was aan "Melodic Intonation Therapy."

SMTA is geschikt voor mensen die "de woorden niet meer kunnen vinden" (afasie) of die niet of moeilijk de klanken kunnen maken die nodig zijn voor woordvorming (apraxie). Zij moeten wel een beetje kunnen en willen zingen. Want alle logopedische oefeningen worden op muziek gezet. En wel zo dat elke uitdrukking of zin gekoppeld is aan een vast melodietje. De cliënt leert eerst "goedemorgen" zingen. Gaat dat goed, dan gaat hij over naar ritmisch spreken en vervolgens blijft alleen de taal over. Kan de cliënt de volgende sessie niet op het woord "goedemorgen" komen dan is het spelen van het melodietje voldoende om het woord wél naar boven te laten komen.  
Tijdens de sessie zit de cliënt tegenover de logopedist, die met hem meezingt en praat en let op de mond- en woordvorming. De muziektherapeut zit ernaast en zorgt voor de muzikale ondersteuning. Elke cliënt heeft dus een dossier met de woorden, uitdrukkingen en zinnen die voor hem van nut zijn en die hij leren wil. De muziektherapeut voorziet die allemaal van een uniek melodietje, terwijl voor standaarduitdrukkingen als "goedemorgen" standaardmelodietjes zijn. De aanpak is dus zeer gestructureerd. Een verkeerd of fout gespeeld melodietje brengt grote verwarring!  
Bij het oefenen van woorden wordt een opbouw gemaakt van klanken via klankenreeksen tot het gewenste woord. Bv. van fa-fa-fa via fra-fra-fra naar het doelwoord "Frans". 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.

**Bijlage 9**

**Uitgebreide beantwoording deelvragen per databron**

**Deelvragen:**

1. Hoe wordt SMTA in de praktijk toegepast bij cliënten met chronische globale afasie?
2. Wat zijn resultaten van SMTA bij chronische globale afasie?
3. Waarin verschilt SMTA van andere muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen?
4. Wat zijn resultaten van vergelijkbare muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen bij chronische globale afasie?
5. Welke criteria zijn indicaties voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie?

**Databronnen:**

1. Literatuur
2. Casus meneer Jansen
3. SMTA-behandelaren (enquête en interviews bij logopedisten en muziektherapeuten)

**1. Hoe wordt SMTA in de praktijk toegepast bij cliënten met chronische globale afasie?**

**1.a. Literatuur**Literatuur over SMTA is minimaal. De methodiek is vanaf 2005 ontwikkeld binnen Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag. SMTA is als behandelmethode in 2008 gestart met de eerste module voor muziektherapeuten en logopedisten. In het moduleboek wordt geen onderscheid gemaakt tussen behandeling van cliënten in de revalidatiefase en behandeling van cliënten in de chronische fase.  
Muziekagoog Yolanda Hulscher heeft zich in 2008 samen met haar collega logopediste, als eerste lichting laten scholen tot SMTA aanbieder. In de Nieuwsbrief van Muziekenz.org schrijft Hulscher dat ze ervaren heeft dat SMTA een zeer weloverwogen methodiek/therapie is, die echt alleen kan worden aangeboden als combinatie-behandeling. En dat je deze behandeling alleen verantwoord en doelbewust kunt aanbieden als je ook daadwerkelijk geschoold bent door Revalidatie Friesland (Hulscher, 2014).  
De SMTA heeft zich sinds 2008 behoorlijk door-ontwikkeld en door de gedeelde ervaringen en terugkomdagen zijn er waardevolle aanpassingen en toevoegingen in de therapie gekomen waardoor de methodiek nu wordt aangepast. Daarnaast blijkt er behoefte aan een database SMTA-muziek met algemene, functionele uitingen (Hulscher, 2014).

**1.b. Casus dhr Jansen**Voorafgaande aan de behandeling van dhr. Jansen is gevraagd aan Joost Hurkmans, grondlegger van de SMTA en docent van de cursus SMTA bij Revalidatie Friesland, waar in de behandeling bij dhr. Jansen de focus op moet zijn. Hurkmans antwoordde:

“Bij patiënten in de chronische fase moet je goed weten wat je doelen zijn bij de SMTA behandeling. Doelen gericht op functieherstel zijn niet haalbaar. Functionele doelen wel en deze richten zich dan op het activiteiten niveau. Dat betekent dat ze gekoppeld zijn aan specifieke communicatieve situaties. Deze zou je met dhr. (of zijn systeem) moeten inventariseren. Waar je in SMTA terminologie vaak op uit komt zijn bijvoorbeeld namen. Ik zou beginnen met één of twee doelitems om te kijken of de SMTA aan slaat. Na een behandeling of 10 moet er wel wat gebeuren anders werkt het niet. Dat kan overigens heel divers zijn hoor: meer taal, beter zingen, etc.   
Ik zou de getrainde items opnemen en zelf laten oefenen zodat de therapie intensiteit toeneemt en daarmee ook de kans op herstel!”

Voor de volledig vragen aan Joost Hurkmans en zijn antwoorden zie bijlage ………………

Volgens bovenstaand advies zijn met logopedist Hannah van Toor de volgende afspraken gemaakt:

* De vijf te oefenen woorden zijn: Donna, Moemin, Choco, Imran, Margreet
* We beginnen met een nulmeting:  
  dhr. Jansen wordt gevraagd de vijf te oefenen woorden te zeggen  
  - door een foto te tonen en te vragen: wie of wat is dit?  
  - door het woord hardop te lezen (in grote letters staat het op papier)  
  - door het woord te zeggen en te vragen het na te zeggen
* Gezamenlijke sessies vanaf donderdag 8 januari 2015 op de donderdagmiddag om 14.00 uur.
* Op de maandagmiddag 14.00 uur biedt muziektherapeut individueel de SMTA aan.
* Aan echtgenote en verzorgenden zal de methode uitgelegd worden en gevraagd de woorden ook te oefenen.
* De hele SMTA behandeling gaat 12 weken duren (als er sessies uitvallen duurt de periode wat langer).

**langer doorgaan**In de casus met dhr. Jansen zijn de stapjes vooruit heel klein. Ieder stapje vooruit wordt als winst beschouwd. Omdat de behoefte om door te gaan op de ingeslagen weg aanwezig is bij zowel de cliënt als de therapeuten wordt de voorgeschreven duur van de behandeling van 12 weken verlengd.  
**nadruk op zingen**Omdat de vooruitgang zo minimaal is en de cliënt al moeite genoeg heeft een andere klank dan aa en ee te uiten (ja en nee zei hij al), duurt de eerste fase van de reeks (zingen - ritmisch spreken - normaal spreken – beurtspreken – situatie schetsen) veel langer.  
**gebaren**Om de woorden kracht bij te zetten zijn er gebaren bij gemaakt. Een armgebaar ‘kom hier’ om aan te geven dat we de hond ‘Donna’ roepen, een drinkgebaar bij het woord ‘choco’. Dat laatste gebaar is later weer achterwege gelaten omdat het afleidt van het zingen en spreken.  
**oefenen door familie en zorg**Familie en zorg zijn nog niet ingeschakeld om de woorden te oefenen. Dhr. Jansen kan de woorden nog amper kan zingen en nog niet spreken. Echtgenote had bovendien aangegeven dat ze niet bij behandeling aanwezig wilde zijn omdat ze het niet kon aanzien hoe hij zou stuntelen.

Samengevat: De behandeling gaat langer duren dan 12 weken, de eerste fase van de reeks (zingen - ritmisch spreken - normaal spreken – beurtspreken – situatie schetsen) duurt nog veel langer, gebaren worden toegevoegd en familie en zorg zijn nog niet ingeschakeld.

**1.c. SMTA-behandelaren**antwoorden op vragenlijst:  
**andere technieken**Eerlijkheidshalve moet ik zeggen dat ik, ook vanwege mijn achtergrond als zangpedagoog (naast muziektherapeute) dat ik naast de smta ook andere " technieken" van stal haal. (IK)  
  
**langer doorgaan**Mw heeft nu ruim anderhalf jaar SMTA, enkele woorden en zinnen kan ze nu spreken. Met moeite, maar het lukt. We blijven nieuwe zinnen en woorden aanbieden en oefenen. Mw probeert deze in het dagelijks leven te gebruiken. (EH).

Interviews: **cliënten leren kennen en relatie opbouwen**Cliënten met chronische globale afasie hebben alle tijd en willen gehoord worden. Om een ingang bij hun te hebben is het belangrijk ze te kennen en een relatie met hun te hebben (MV en RV). Iedere sessie beginnen met een gesprekje (YH). Om in het hier-en-nu te komen helpt het als de muziektherapeut bij binnenkomst een rustgevende melodie speelt (MV). Bij begin van een sessie rustige muziek spelen. Eerst aarden, gronden, de ogen dicht, iets in je hoofd voorstellen (PK).  
  
**Goede overdracht met revalidatiecentrum**Een goede overdracht van het revalidatiecentrum is ook belangrijk. Dan kan eventueel de SMTA behandeling voortgezet worden, met dezelfde woorden, zinnen en melodieën (YH).

**Zinnen en melodieën die passen bij de cliënt**Belangrijk is dat de cliënten succeservaringen krijgen. Er wordt gebruik gemaakt van zinnetjes die passen bij de ‘state of mind’ van de cliënt. Bij iemand die zich vaak neerslachtig voelt kan het zinnetje: “Ik voel me rot” geoefend worden, weliswaar in overleg met de cliënt (MV).   
Maatwerk betekent dat de muziek afgestemd wordt op de cliënt. Voor iemand die alleen van klassiek houdt worden de liedjes klassieker gemaakt. De woorden én de muziek moeten in het interessegebied liggen (YH).

**Andere technieken**We gebruiken ook aspecten uit de NMT bij SMTA, met name MUSTIM (Musical Speech Stimulation) waarbij geautomatiseerde taal getriggerd wordt door muziek. Een bekend lied wordt gezongen na afloop. Door herhaling lukt het wel (RV).

**Één keer per week SMTA**Twee maal SMTA per week is voor veel cliënten van een dagcentrum te vermoeiend: Ze moeten er helemaal voor naar het dagcentrum rijden. Eén maal per week SMTA geeft rust (YH).

**Oefenen faciliteren**Opnames maken en meegeven op een USB-stick, of de oefeningen opschrijven in een schriftje voor de partners, is gewenst. Dagelijks twee maal 10 minuten oefenen is echt wel nodig. Ook voor ernstige afasie cliënten. Meezingen gaat vaak makkelijk, dat lukt meestal al vanaf de eerste dag (YH).

**Regelmatig evalueren**Evalueren na elke zes behandelingen is ook wenselijk. Kijken hoe het gaat, of doelen bijgesteld moeten worden (YH).

**Langer doorgaan**Sommige cliënten krijgen jarenlang SMTA. Het doel is veranderd: het gaat nu meer om mentaal welbevinden en succeservaringen opdoen. De cliënten willen zelf ook doorgaan. De behoefte om door te gaan met de behandeling is sterk (MV).   
Soms gaan we 1 ½ jaar tot 2 jaar door (YH). Mw. Oe en dhr. Gerritsen zijn cliënten met chronische globale afasie. Al heel lang krijgen ze wekelijks SMTA. We hebben ze 2 tot 3 jaar behandeld. (MV).

**2. Wat zijn resultaten van SMTA bij chronische globale afasie?**

**2.a. Literatuur**Literatuur over de effectiviteit van SMTA is minimaal. In januari 2015 verscheen een artikel waarin de effectiviteit van SMTA onderzocht is bij 5 patiënten met spraakapraxie en afasie (Hurkmans, 2015). Al deze patiënten waren nog in de revalidatiefase (3 tot 6 maanden na de CVA). Er is nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van SMTA bij patiënten in de chronische fase.

De algemene effecten van SMTA zijn (de Bruin, 2005):

* Verbetering articulatie
* Vermindering van de ernst van de afasie
* Generalisatie naar verbale communicatie

De algemene meerwaarde van SMTA naast de verbetering van de spraak zijn (de Bruin, 2005):

* activering stemgebruik
* drempelverlagend voor het spreken
* direct toepasbaar in het dagelijks leven
* gebruik van muzikale variaties is afwisselend
* ontspannen manier van oefenen

In de nieuwsbrief van muziekenz.org schrijft Yolanda Hulscher dat ze samen met de logopedist in zes jaar ongeveer 20 cliënten heeft behandeld met SMTA. In het interview vertelde ze dat ze alleen maar werkt met cliënten met chronische globale afasie. “Bij een aantal cliënten hebben we de spraak weer redelijk tot goed op gang kunnen brengen en bij sommige cliënten was het niet zozeer de taalproductie of de vloeiendheid die verbeterde, maar juist het totale communiceren, zoals het weer durven communiceren (hoe dan ook), weer gaan schrijven, meer gaan zingen, meer eigenwaarde en durf. Voor mij is gebleken dat deze therapie, naast het verbeteren van de communicatie, het zelfbeeld en welbevinden van de afatici een flinke boost kan geven en dat er functionele taal deels opnieuw kan worden aangeleerd middels muziek & logopedie” (Hulscher, 2014).

**2.b. Casus dhr Jansen**De stapjes vooruit zijn heel klein zijn. Ieder stapje vooruit is winst.   
Bij het zingen laat dhr. Jansen regelmatig een diepe mannenstem horen en een vloeiende klank. Dat liet hij eerder niet horen. Hij zingt soms door als de piano gestopt is. Ook dat is winst.

Dhr. kan na 4 maanden ‘Donna’ zingen en zeggen. Duidelijk is zichtbaar dat hij bij het begin van de klank de tongpunt naar z’n gehemelte doet om de D te zingen/zeggen.   
Dhr. Jansen lijkt te begrijpen hoe hij de mmm moet maken bij Moemin. Hij blijft echter aangeven het zelf niet te merken of te horen.  
We zouden 5 woorden oefenen, maar na 4 maanden zijn we nog niet verder gekomen dan 3 woorden (Donna, Choco en Moemin). Van enige transfer is nog geen sprake.  
Dhr. toont zich nog steeds zeer gemotiveerd voor de therapie.

**2.c. SMTA-behandelaren**Onze meest succesvolle cliënt Ineke Smit-Krijnen is gekomen van niet spreken tot gewoon spreken, van een globale afasie had (gemeten met de AAT) naar een Broca afasie had (ook weer gemeten met de AAT). Mooier kan niet. Ze kon schaamteloos lachen om elke fout. Ze had geheel geen gêne. Ze heeft zoveel succes gehad door haar schaamteloosheid en enthousiasme om te willen spreken. Ze vergaf zichzelf fouten en lachte volop om alles. En ze heeft een zeer goede, rustige coachende partner die de SMTA en de juiste bejegening goed snapte. Deze mevrouw heeft anderhalf jaar SMTA gehad , 53 behandelingen.  
Na tien jaar afasie kan Ineke weer zeggen wat ze wil in korte zinnen en vragen stellen en antwoord geven. Ineke had dus al tien jaar een zeer ernstige globale afasie en riep alleen maar pottedomme en Wow. Nu zeggen wij Wow!!! Een filmpje van mw. staat op de website van Reigersdaal. (AS en YH)

SMTA-docent Piet Koek bewaart de beste herinneringen aan een cliënt die 7 jaar eerder een CVA had doorgemaakt. Volgens de theorie vindt het meeste herstel plaats in de eerste 6 maanden na de CVA. De cliënt kon na 7 jaar slechts zeggen: bededel bededel. Er was dus sprak van chronische globale afasie. Door SMTA leerde hij 7 woorden zeggen, waaronder “Hallo Ad”.

Bij de een kwamen we tot zinnen zoals ‘mag ik wat drinken’ en ‘ik hou van jou’. Transfer was overigens wel een probleem. Bij een andere cliënt lukte alleen de naam van haar kleindochter goed, ook qua transfer. Ik heb nooit meegemaakt dat iemand met afasie helemaal is gaan praten. Het zou kunnen in de revalidatiefase. (MV).  
  
Resultaten zijn wisselend. Over het algemeen slaat de SMTA dikwijls aan maar kan het ook zo zijn dat de cliënt niet verder komt dan het zingen van enkele uitingen en lukt het niet een transfer naar de spontane spraak te krijgen. Veelal komen mensen tot enkele uitingen maar is middels SMTA alleen het lastig om tot spontane spraak van die uitingen te komen. Het beperkt zich dan dikwijls tot hallo of dankjewel. Maar er zijn ook cliënten die weer totaal zijn gaan spreken, echter niet alleen middels SMTA. (IK).

Mw kan nu de geoefende woorden en zinnen beter uitspreken, al gaat dit nog niet altijd ook in de juiste context buiten de therapie om automatisch goed. Wel heeft ze nu meer spontane spraak, ook buiten de geoefende zinnen om en laat ze meer haar emoties zien. Haar algemene spraak (soms wel bedoeld en soms bijna per ongeluk) is vooruit gegaan, wat ook verpleging duidelijk merkt. Ze kan beter aangeven wat ze wil. (MGJ).

Mw heeft nu ruim anderhalf jaar SMTA, enkele woorden en zinnen kan ze nu spreken. Met moeite, maar het lukt. We blijven nieuwe zinnen en woorden aanbieden en oefenen. Mw probeert deze in het dagelijks leven te gebruiken. (EH).

Resultaten waren verschillend. Soms kom je niet verder dan woord nivo, soms op zinsnivo , soms alleen geautomatiseerde taal/tekst opgeroepen door een bekende melodie. (RV).

Functionele uitingen die voor de cliënten belangrijk zijn konden ze door de SMTA wel functioneel inzetten. Dit is al een hele mooie winst, waardoor ze toch beter in het dagelijks leven kunnen functioneren. Ook zien we soms dat SMTA ervoor zorgt dat er in het algeheel iets meer taal/uitingen komen. (SG).

Het spreken in de dagelijkse praktijk is niet verbeterd, het lukte niet om de oefeningen in te slijten, maar dhr. kan wel als hij één keer de melodie heeft gehoord en de woorden, de woorden spreken. Bepaalde klanken blijven hierin heel moeilijk. (SZ).

Er zijn weinig concrete gevallen bekend van spectaculaire verbeteringen bij chronische afasiepatiënten na SMTA-behandeling. Zelf ziet Tea zelden chronische afasiepatiënten op de revalidatie. Ze zijn daar vooral gespecialiseerd in revalidatie van patiënten kort tevoren een CVA hebben gehad. Tea Reitsma heeft cliënten alleen korte periode gezien, weet niet of generalisatie heeft plaatsgevonden, of dat de verbeteringen hebben doorgezet (mondelinge mededeling tijdens cursus SMTA door SMTA docent en –medegrondlegger Tea Reitsma).

Samenvatting;  
Wisselend beeld. Meestal blijft het bij de uiting van enkele korte zinnetjes die voor de cliënt belangrijk zijn. Er zijn twee meldingen dat een cliënt echt tot spreken komt. (AS en YH, IK). Vaak ook lukt het helemaal niet het geleerde buiten de therapiesetting om in praktijk te brengen.

**3. Waarin verschilt SMTA van andere muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen?**

**3.a. Literatuur**Welke behandelprogramma’s taal en muziek zijn er?

* Melodic Intonation Therapy (MIT), Albert, Sparks & Helm, 1973
* Music-Speech Protocol, Rogers & Fleming, 1981
* Music Therapy Vocal Skill Group, Lucia, 1987
* Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT), Baker, 2001
* Conjoint Music Therapy and Speech Pathology, Kennell, Hamilton & Cross, 2001

Welke recente behandelprogramma’s zijn er?

* SIPARI, Jungblut & Aldridge, 2004
* Interventions for Communication Rehabilitation, Baker & Tamplin, 2006
* Clinical Applications of Music Therapy in Neurogenic Rehabilitation, Tomaino, 2009
* The Oxford Handbook of Therapeutic Voicework in Music Therapy, Baker & Uhlig, 2011

Een vergelijking van SMTA (Hurkmans, 2015), MIT (Van der Meulen, 2012), Expressive Musical Speech Training (Hartley, 2010) en SIPARI (Jungblut, 2009 en 2014):

- Bij SMTA behandelen een spraaktherapeut (logopedist, klinisch liguïst) en een muziektherapeut de cliënt met spraakapraxie en afasie tegelijkertijd (simultaan). Bij de MIT en andere muzikale spraaktherapieën is er sprake van één behandelaar.

- SMTA maximaliseert het spectrum van melodie en ritme. De MIT gebruikt 2 tot 4 noten en twee tijdsspannen, de melodieën in de MMIT bestaan uit meer dan 4 tonen en zijn daardoor muzikaler. Hierdoor is de aansluiting bij de intonatie en de articulatie van het spreken minder strikt dan in de MIT. De (meer aansprekende, eenvoudige) melodieën in de MMIT helpen de patiënt de bijbehorende zinnen gemakkelijk te onthouden en werken als een trigger voor het oproepen ervan.

- SMTA gebruikt álle muzikale elementen (melodie, ritme, metrum, tempo, dynamiek).   
De MIT maakt gebruik van melodische aspecten van taal (intonatie, ritme en klemtoon). De natuurlijke prosodie van de zin (met zijn klemtoon, ritmiek en intonatie) wordt overdreven en omgevormd tot een melodisch patroon van 3 of 4 tonen.   
Expressive Musical Speech Training (EMST) benadrukt in eerste instantie non-verbale geluiden maken, de juiste toonhoogte vinden en zelfexpressie.  
De SIPARI methode bevat de componenten Zingen (**S**ingen), **I**ntonatie, **P**rosodie (de melodie en het ritme van de taal), **A**demen, **R**itme en **I**mprovisatie als essentiële elementen.

- SMTA bestaat uit twee behandellijnen die in elkaar verweven zijn: spraaktherapie en muziektherapie. De spraaktherapeut gebruikt verschillende soorten aanwijzingen (fonetisch, visueel – mondbeeld, gebaren). De muzikale behandellijn volgt een gestructureerde vooruitgang van zingen via ritmisch spreken naar spreken. Elk item volgt deze structuur.   
Bij MIT wordt verbale productie getraind door melodisch geïntoneerde zinnen te herhalen waarbij de hand van de patiënt ritmisch mee tikt.  
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 ligt de focus op melodische spraakcomponenten (die in de intacte rechter hersenhelft worden verwerkt), geleidelijk wordt overgegaan op ritmische spraakcomponenten (om het aangedane gedeelte in de linker hersenhelft te activeren). Omdat de behandeling vooral ontworpen is voor ernstige afasie worden aanvankelijk oefeningen gegeven waarbij geen woorden gebruikt worden maar klinkers. Het doel is een overgang naar woorden en zinsdelen.

- SMTA maakt zinnen en melodieën die op maat gesneden zijn voor de cliënt.   
Bij MIT worden standaard frasen gebruikt die functioneel relevant zijn doordat ze in dagelijks leven gebruikt kunnen worden (bijv. goedemorgen).   
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 EMST worden vergelijkbare standaard frasen gebruikt, zoals ‘thank you’ die herhaald worden. De effecten worden versterkt door innerlijke herhaling van de melodische zinnen.  
Bij SIPARI ligt de nadruk op improvisatie en de eigen planning. De cliënt leert melodische en ritmische informatie kortdurend vast te houden en op een eigen wijze samen te voegen met verbaal materiaal.

- SMTA is geschikt voor zowel afasie (Broca-afasie, globale afasie) als voor spraakapraxie. MIT is voor dezelfde vormen van afasie geschikt. De huidige kennis van de effectiviteit van de MIT is voornamelijk gebaseerd op patiënten in de chronische fase, in veel gevallen verscheidene jaren na de CVA.  
SIPARI is vooral ontwikkeld voor chronische afasie en spraakapraxie.

- SMTA wordt twee maal per week gegeven, ca. 30 min. per keer, gedurende 12 weken.   
Het wordt aanbevolen MIT frequent (dagelijks of zelfs tweemaal daags) te geven, niet langer dan 8 weken aaneen.   
De SIPARI behandeling bij de 3 cliënten met ernstige afasie en spraakapraxie duurde zes maanden, de frequentie wordt niet vermeld. Bij de casestudy ging het om een behandeling van 20 maanden.

**3.b. Casus dhr Jansen**Het blijkt erg prettig om samen te werken met een logopedist. Zij doet het mondbeeld goed voor, met fonetische aanwijzingen en met gebaren, terwijl ik me op de muziek kan concentreren. Hierdoor is het effect groter.

**3.c. SMTA-behandelaren**Volgens Thaut, de grondlegger van de Neurologische Muziek Therapie, is de MIT meer ontwikkeld en legt de SMTA teveel de nadruk op de muziek, terwijl de melodietjes en de begeleiding minimaal moeten zijn. SMTA heeft als voordeel dat je het met z’n drieën doet, je hebt elkaar nodig. Je wordt creatiever, het is veel holistischer. Door de grotere nadruk op muziek bij SMTA worden bij de cliënt meerdere hersendelen aangesproken. (RV).

De samenwerking bij SMTA werpt vruchten af. De muziek brengt het op gang, de logopedist pakt het verder op. Je bekritiseert elkaar, je controleert elkaar. (YH).

**4. Wat zijn resultaten van vergelijkbare muziekbehandelingen bij taal- en spraakstoornissen bij chronische globale afasie?**

**4.a. Literatuur  
Melodic Intonation Therapy (MIT)**

MIT is een gestructureerd behandelprogramma voor afasie, met name gebruikt door logopedisten, maar soms ook door muziek therapeuten. 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).

MIT heeft verschillende soorten therapie succes:

* Verbetering in de herhaling van de getrainde uitingen
* Generalisatie naar herhaling van ongetrainde uitingen
* Adequaat gebruik van getrainde uitingen in communicatie
* Generalisatie naar spontane spraak

Patiënten die het meest profiteren van MIT hebben:

* Letsel in de frontotemporale gebieden, minder dan de helft van Wernicke’s gebied
* Ernstige Broca afasie of spraakapraxie

Onduidelijk is of het herstel van spraak komt doordat de intacte rechter hersenhelft functies overneemt van de aangedane linker hersenhelft, óf dat aangedane delen van de linkerhersenhelft succesvol gereactiveerd worden.

De huidige kennis van de effectiviteit van de MIT is voornamelijk gebaseerd op patiënten in de chronische fase, in veel gevallen verscheidene jaren na de CVA.

MIT heeft verschillende soorten therapie succes:

* Verbetering in de herhaling van de getrainde uitingen
* Generalisatie naar herhaling van ongetrainde uitingen
* Adequaat gebruik van getrainde uitingen in communicatie
* Generalisatie naar spontane spraak

Onduidelijk is of het herstel van spraak komt doordat de intacte rechter hersenhelft functies overneemt van de aangedane linker hersenhelft, óf dat aangedane delen van de linkerhersenhelft succesvol gereactiveerd worden (van der Meulen, 2012).

Een onderzoek naar herstelmechanismen van afasie bij zeven patiënten met chronische niet-vloeiende afasie wees uit dat zonder MIT taaloefeningen leiden tot abnormale activatie van gebieden in de rechter hersenhelft en deactivatie van de taalzones in de (aangedane) linker hersenhelft. Wanneer de patiënten MIT krijgen worden het gebied van Broca en de linker prefrontale cortex juist gereactiveerd en worden vergelijkbare gebieden in de rechter hersenhelft juist gedeactiveerd. Het herstelproces dat door de MIT op gang wordt gebracht is waarschijnlijk verantwoordelijk voor de reactivatie van linker prefrontale structuren. Dat gebieden in de rechter hersenhelft abnormaal geactiveerd worden tijdens simpele taalopdrachten gaat waarschijnlijk samen met het voortduren van de afasie (Belin, 1996).

Intensieve MIT voor afasie is een beproefde methode die systematisch is toegepast en geëvalueerd in de afgelopen jaren (Johansson, 2011). De huidige kennis van de effectiviteit van de MIT is voornamelijk gebaseerd op patiënten in de chronische fase, in veel gevallen verscheidene jaren na de CVA (van der Meulen, 2012).

Schlaug beschrijft een onderzoek naar het effect van intensieve MIT op veranderingen van de fasciculus arcuatus bij zes patiënten met chronische niet-vloeiende afasie. Na dagelijks MIT sessies gedurende 75 tot 80 dagen (langer dan de aanbevolen 8 weken) was er bij alle zes de patiënten sprake van significante verbetering van spraak volgens verschillende testen. Deze therapie effecten waren bovendien blijvend (Schlaug, 2009).   
De fasciculus arcuatus is een zenuwbundel die de twee gebieden van de hersenen verbindt die een belangrijke functie hebben in het begrijpen en produceren van [taal](http://nl.wikipedia.org/wiki/Taal): het [centrum van Wernicke](http://nl.wikipedia.org/wiki/Centrum_van_Wernicke) en het [centrum van Broca](http://nl.wikipedia.org/wiki/Centrum_van_Broca). Bij deze zes patiënten steeg zowel het aantal zenuwvezels van de fasciculus arcuatus als het volume (Schlaug, 2009).

**Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT)**

MIT is effectief bij ca. 75% van de mensen met niet-vloeiende afasie. De traditionele MIT is in 2000 aangepast om ook de 25 % van de afasie patiënten die met de MIT niet geholpen konden worden van dienst te zijn (Baker, 2000).   
Evenals bij de MIT is het MMIT programma gebaseerd op de herhaling van zinnen die op muziek gezet zijn. Echter, de melodieën in de MMIT bestaan uit meer dan 4 tonen en zijn daardoor muzikaler. Hierdoor is de aansluiting bij de intonatie en de articulatie van het spreken minder strikt dan in de MIT. De (meer aansprekende, eenvoudige) melodieën in de MMIT helpen de patiënt de bijbehorende zinnen gemakkelijk te onthouden en werken als een trigger voor het oproepen ervan. 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).  
De MMIT bleek succesvol bij 2 patiënten met ernstige niet-vloeiende afasie (Baker, 2000)

**Expressive Musical Speech Training (Nordoff-Robbins)**Casestudy van een man die op 50 jarige leeftijd een ernstige CVA kreeg met globale afasie en apraxie tot gevolg. Hij kon niet spreken. Hij kreeg Expressive Musical Speech Training in het Nordoff-Robbins Center. Aanvankelijk kon Bruce zingen zonder goede toonhoogtes, hij kon geen woorden vormen maar wel lange tonen produceren. De volgende muziektherapeutische doelen werden vastgesteld: non-verbale geluiden maken, **de juiste toonhoogte vinden, toegenomen concentratie, verbeterde tevredenheid en zelfexpressie**.Na 5 jaar individuele muziektherapie begon Bruce woorden te lezen en te uiten (van één lettergreep). Later leerde hij om **korte zinnen** te blijven zingen wanneer de begeleidende muziek stopte, zoals “Thank you”. De herhaling van korte zinnen die gebruikt werden komt overeen met de MIT. De effecten werden versterkt door innerlijke herhaling van de melodische zinnen. Bruce volgt na 9 jaar muziektherapie nog steeds **zeer gemotiveerd** de therapie en kijkt vooruit naar nieuwe (kleine) verbeteringen. Voor de CVA had hij nooit belangstelling getoond om zich muzikaal te uiten. Hij **genoot a**ltijd van de sessie. (Hartley, 2010).

**SIPARI**Casestudy van een man die op 57 jarige leeftijd een CVA kreeg met globale afasie tot gevolg. Drie jaar na de CVA werd begonnen met SIPARI. De spraak van Mr. Benz ging geleidelijk vooruit. De behandeling duurde 20 maanden. Acht jaar na de CVA vertoonde de man 8 jaar nog grote vooruitgang in zijn spraak en kon hij zich verbaal goed redden in het sociale leven. Dit in tegenspraak met de algemene stelling dat er bij patiënten met globale afasie vrijwel geen vooruitgang meer is in spraak wanneer de chronische fase is ingetreden (1 jaar na de CVA).(Jungblut, 2009).

Een artikel over SIPARI bij 3 cliënten met ernstige chronische niet-vloeiende afasie en gelijktijdige spraakapraxie. Twee cliënten van 44 jaar die sinds 18 maanden ernstige globale afasie hadden met ernstige spraakapraxie, een cliënt van 57 jaar die sinds 18 maanden een ernstige Broca afasie had met milde spraakapraxie. Hoewel het belangrijkste doel van dit onderzoek was om te onderzoeken hoe deze training de hersenactivatie beïnvloedt bij deze drie cliënten, gingen alle drie de cliënten significant vooruit wat betreft taal en spraak (Jungblut, 2014).

**4.b. Casus dhr Jansen**

**4.c. SMTA-behandelaren**

**5. Welke criteria zijn indicaties voor een succesvolle behandeling bij chronische globale afasie?**

**5.a. Literatuur**

**Algemeen**

Over het algemeen wordt gesteld dat er bij patiënten met globale afasie vrijwel geen vooruitgang meer is in spraak wanneer de chronische fase is ingetreden (1 jaar na de CVA) (Jungblut, 2009).

Slechts een klein aantal onderzoeken hebben patiënten gevolgd langer dan 2 jaar na de CVA. Daarom is de huidige kennis op mogelijk herstel van chronische afasie onvoldoende (Smania, 2010).

Het effect van spraaktherapie bij patiënten met ernstige afasie, waarbij grote delen van de linker hersenhelft beschadigd zijn, is vaak teleurstellend, zelfs bij intensieve spraaktherapie. Therapieën kunnen alleen tot meetbare effecten leiden als de interventie zowel **intens** is als **langdurig.** (Schlaug 2009).

DeMIT blijkt een krachtige behandeling te zijn om de verbale productie te verhogen bij sommige mensen met niet-vloeiende afasie, **ongeacht de tijd na de CVA**. In de casus gaat het om een man van 69 jaar 4 jaar na zijn CVA, met niet-vloeiende afasie en matige spraakapraxie. (Strauss Hough, 2010).

In de Nordoff-Robbins methode helpt de therapeut de patiënt om zijn gedachten en gevoelens te uiten in muziek door middel van **improvisatie.** Vooral mensen die na een CVA opnieuw moeten leren spreken hebben hier baat bij. (Hartley, 2010)

Recente gegevens van intensieve MIT tonen aan dat zelfs patiënten met ernstige niet-vloeiende afasie hun spraak kunnen terug krijgen als gevolg van plasticiteit van de homotopische witte stof van de zenuwbanen (Johansson, 2011).

Mensen met afasie kunnen meer woorden herhalen en ophalen wanneer ze **samen met iemand zingen** dan wanneer ze samen met iemand spreken. (Johansson, 2011).

De vloeiendheid van spreken bij patiënten met niet-vloeiende afasie als gevolg van een CVA verbetert door **stemoefeningen en zangtraining**. (Johansson, 2011).

Het zingen in een afasiekoor als extra activiteit naast de SMTA- behandelingen werkt heel goed. Door deelname aan een afasiekoor waar alleen mensen met afasie aan deelnemen is er spraken van luider volume, meer initiatief, succeservaringen en lotgenotencontact (Docter, 2015).

De MIT is het meest gunstig voor patiënten met afasie van Broca die een goed auditief begrip hebben en het vermogen zichzelf te corrigeren. Het wordt aanbevolen MIT aan te bieden in frequente sessie in een korte tijdsspanne, niet langer dan 8 weken. (Strauss Hough, 2010).

Afasie van Broca of niet-vloeiende afasie is vaak het gevolg van beschadiging in het gebied van de linker middle cerebrale arterie, waardoor direct of indirect het spraakgebied ofwel het gebied van Broca aangetast wordt. Patiënten met afasie van Broca hebben doorgaans een intacte cognitie, met goed begrip, maar hebben problemen met: woordvinding, syntactisch vermogen, vloeiendheid van spraak, lijden aan verlies van zinmelodie, en verminderd vermogen tot lezen en schrijven. Het resultaat van de behandeling is afhankelijk van de ernst van de afasie. Behandeling kan intens zijn, 5 of meer uur per week, gedurende meerdere maanden, terwijl de resultaten wisselend zijn. (Conklyn, 2012).

De logopedische diagnose is in dertien gevallen een niet-vloeiende afasie (afasie van Broca of globale afasie) twee keer samengaand met spraakapraxie. (Hurkmans, 2010).

**Opleidingsniveau** kan een belangrijk aspect zijn m.b.t. leerbaarheid. Bij het bestuderen van effectiviteit van therapie is informatie over opleidingsniveau van patiënten belangrijk.  
Hetzelfde geldt voor **muzikale achtergrond**, zeker wanneer een interventie bestudeerd wordt waarbij muziek zo’n belangrijke factor is. (Hurkmans, 2010).

In Rijndam Revalidatiecentrum wordt het effect van de MIT bestudeerd in de acute en in de chronische fase en wordt met beeldvormende technieken de onderliggende neurale reorganisatieprocessen van het herstel onderzocht. Bij Revalidatie Friesland zijn de auteurs voornemens om de effectiviteit van SMTA te onderzoeken. (Hurkmans, 2010).

Het modificeren van de MIT tot MMIT bleek zinvol bij twee mensen met ernstige niet-vloeiende afasie om tot een vorm van verbale communicatie te komen die niet alleen hun communicatie verbeterde maar ook hun eigenwaarde. (Baker, 2000).

Aanmoediging door de omgeving om te spreken is essentieel om de effecten van spraaktherapieën te transformeren in zinvolle verbale communicatie (Johansson, 2011).  
Het maken van gebaren kan helpen bij het terugkrijgen van woorden bij afasie (Johansson, 2011).

Muzikale spraaktherapieën hebben alleen meetbaar effect wanneer ze zowel langdurig als intensief worden aangeboden (Schlaug, 2009). Hij baseert zich in deze uitspraak op een artikel van Robey uit 1994: The efﬁcacy of treatment for aphasic persons: a metanalysis (Brain Language 47: 582– 608).

Smania beschrijft een man van 37 jaar. Pas 10 jaar na de CVA was er voor het eerst sprake van enige vorm van spontane spraak, dit bleef beperkt tot enkele veel voorkomende woorden zoals huis en brood (Smania, 2010).  
In een periode van 25 jaar na de CVA is de man 9 keer getest. De resultaten laten zien dat herstel van taalfuncties blijft doorgaan tot lang na de CVA (Smania, 2010).  
Het herstel in het eerste jaar wordt verklaard door de taal revalidatie, het herstel op de lange termijn wordt verklaard door de sterke motivatie van de patiënt en zijn actieve sociale betrokkenheid waardoor hij zijn spraakvermogen bleef oefenen. Ook zijn jonge leeftijd en de aanwezigheid van cognitieve functies zoals geheugen en aandacht die intact gebleven zijn dragen bij aan het herstel (Smania, 2010).

* leeftijd van de patiënt (hoe jonger hoe beter)
* sterke motivatie van de patiënt
* actieve sociale betrokkenheid
* de aanwezigheid van cognitieve functies zoals geheugen en aandacht die intact gebleven zijn
* opleiding (hoe hoger hoe beter)
* muzikale achtergrond (hoe meer muzikaal onderlegd, hoe beter)

**Contra indicaties**, exclusie criteria voor review (Hurkmans, 2012):

* amusia,
* stoornissen in de taalontwikkeling,
* stotteren,
* psychiatrische ziektebeelden,
* dementiële ziektebeelden,
* gehoorstoornissen,
* dementie,
* stemstoornissen,
* gezonde proefpersonen,
* epilepsie,
* autisme.

**SMTA**

Contra-indicaties (de Bruin, 2005):

* overgevoeligheid voor prikkels
* auditieve perceptiestoornissen zoals perifere gehoorproblemen en centrale auditieve verwerkingsstoornissen
* geen affiniteit met muziek
* gebrek aan motivatie van de cliënt
* cognitieve stoornissen die de combinatiebehandeling zouden kunnen belemmeren

In Nieuwsbrief 3 van muziekenz.org schrijft Yolanda Hulscher over een afasie behandelgroep op activiteitencentrum De Zilvermeeuw in Alkmaar. Deze groep is opgericht, omdat bleek dat een aantal cliënten, die waren (uit)behandeld met de SMTA, graag verder wilden met de (totale) communicatie. De groep komt wekelijks bij elkaar gedurende twee uur in de periode oktober – mei onder leiding van een logopedist. De logopedist wordt ondersteund door een cliëntbegeleider en een vrijwilliger. De oefenstof die is opgedaan tijdens de individuele SMTA wordt herhaald en toegepast in een communicatieve situatie. De groep onderneemt daarnaast verschillende activiteiten die afwisselend een stimulerend, inspirerend en oefentherapeutisch karakter hebben. Het uitwisselen van ervaringen, elkaar stimuleren in taal- en spreekvaardigheid en communicatie staan centraal. Elke bijeenkomst worden er Nederlandstalige liedjes gezongen ter stimulering van de taal. Bij aanvang van de periode worden er per cliënt persoonlijke doelen gesteld. Na de behandelperiode worden deze doelen geëvalueerd (Hulscher, 2013).

**MIT**Patiënten die het meest profiteren van MIT hebben letsel in de frontotemporale gebieden of hebben ernstige Broca afasie of spraakapraxie (van der Meulen, 2012).

Criteria voor MIT:

* Afasie als een gevolg van een enkel unilateraal letsel in de linker hemisfeer
* Niet vloeiende afasie
* Slechte herhaling zelfs van enkele woorden
* Slecht gearticuleerde spraak
* Relatief goed auditief taalbegrip

**SIPARI**

Innerlijk zingen, ademoefeningen en ritme oefeningen zijn belangrijke elementen. Door improvisaties leert de patiënt communiceren op een non-verbaal niveau. In groepstherapie kan improvisatie leiden tot spontane verbale interactie en het ontwikkelen van expressieve vaardigheden die de basis vormen van elke interactie. (Jungblut 2009).

* Leeftijd (in het onderzoek bij drie patiënten met ernstige afasie en spraakapraxie is bewust gezocht naar zo jong mogelijke patiënten)
* Voldoende auditief begrip
* Voldoende concentratie en aandacht
* Voldoende lichamelijke conditie om gedurende 6 maanden continu aan de behandeling deel te nemen
* Redelijk opleidingsniveau

Contra indicaties

* Geschiedenis van neurologische of psychiatrische problemen
* Gehoorbeschadiging

**5.b. Casus dhr Jansen**Dhr. Jansen heeft nooit veel gezongen, kent weinig liedjes. Dat is een contra-indicatie. Hij zingt de melodietjes nog steeds niet duidelijk mee. Hij is absoluut niet toonvast.  
Dhr. Jansen is wel gemotiveerd. Hij doet zijn best de afspraken na te komen. Hij produceert geluiden, ook al geeft hij aan dat hij zelf niet hoort of het goed is wat hij zingt of zegt.   
Hij heeft plezier in de dynamiek van de oefeningen: de gebaren, de wisseling van volume, het slotliedje (hoedje van papier). Het idee dat hij leert zingen bevalt hem wel.  
Dhr. is communicatief ingesteld. Voor zijn CVA gaf hij als vrijwilliger rondleidingen in het speelgoedgoedmuseum en het Pluimveemuseum. Hij was 15 jaar vrijwilliger bij een manege waar hij gehandicapte en blinde kinderen hielp bij het paardrijden. Na zijn CVA heeft hij zichzelf aangeleerd om mensen aan te ‘spreken, en met behulp van aanwijzen duidelijk te maken wat hij wil. Hij gaat net zo lang door totdat de ander begrijpt wat dhr. Jansen wil zeggen.  
Hoewel dhr. Jansen al 73 jaar oud is leidt hij een actief leven en heeft hij een volle agenda.

**5.c. SMTA-behandelaren**

**Definitie van een succesvolle behandeling**Het is een succesvolle behandeling als de cliënt de woorden en zinnen verstaanbaar kan zingen en spreken op verzoek. Het streven is daarna om deze zinnen ook in de eigen omgeving toe te kunnen passen op het moment dat het actueel is (TG). De beste resultaten hebben we als iemand in telegramstijl woordjes kan zeggen (TG).

**Andere resultaten**SMTA is onderzocht op taalgebruik: Komen cliënten tot spreken en gaan ze vloeiender spreken? Soms is de vooruitgang op taal minimaal. Er gebeurt echter nog meer, op sociaal emotioneel gebied. Door mee te zingen en hun stem te gebruiken gaan ze rechterop zitten, hun lijf wordt actiever, hun zelfbeeld verandert, ze gaan daardoor makkelijker communiceren, ze hebben minder last van gene en gebruiken meer handen en voeten om te communiceren. Dat is winst! Resultaten zijn er altijd! (YH)

**Kenmerken van de cliënt voor een succesvolle behandeling**

**Mate van hersenschade**Ernst van de aandoening (dus eigenlijk afhankelijk van de mogelijkheden om tot spreken te komen).

**Cognitie**Begripsniveau, , cliënt ziet het nut van de uiting

**Opleiding**Mensen met een hogere opleiding hebben een grotere woordenschat en kunnen daardoor creatiever met taal omgaan, bij woordvindingsproblemen kunnen ze makkelijker een woord anders omschrijven (RV).

**Taalgevoel**Taalgevoel heeft minder met opleiding te maken, maar is moeilijker te meten. Rappers hebben een groot taalgevoel. (MV).

**Goede auditieve waarneming.**Aantal jaren sinds de CVA, sinds hoelang spreekt de cliënt niet meer?

**Motivatie**  
Inzet, gretigheid zich weer te willen uiten in taal.

**Geduld** en betrokkenheid van cliënt

**Oefenen**Bereidheid dagelijks te oefenenDagelijks oefenen, vooral veel oefenen.   
Dagelijks durven spreken, ook als het niet goed gaat.   
Het helpt als de cliënt een partner heeft die veel mee oefent, ook op spontaan niveau  
Goede stimulans van een partner. Samen de uitingen thuis goed oefenen.

**Leeftijd  
  
Binding met muziek**Heeft de cliënt gevoel voor en affiniteit met muziek? Vaak speelt binding met muziek een positieve rol (RV).

**Kenmerken van de therapie voor een succesvolle behandeling**

**Echt gericht zijn op de cliënt:**

* Geduld en betrokkenheid van therapeuten.
* Therapeuten passen tempo en manier van spreken aan dat van de cliënt.
* Therapeuten hebben humor, passend bij de cliënt.
* De gekozen uitingen hebben nut voor de cliënt
* We beginnen altijd met een gesprekje: “Heb je nog leuke dingen gedaan?”
* Cliënten moeten zich veilig voelen in de oefensituatie
* Steeds de lat aanpassen aan de mogelijkheden van het moment
* Succesmomenten creëren.
* Maatwerk is ook dat we de muziek afstemmen op de cliënt. Voor iemand die alleen van klassiek houdt maken we de liedjes klassieker. De woorden én de muziek moeten in het interessegebied liggen.
* Voorkennis van de cliënt is belangrijk om liedjes te kunnen spelen die de cliënt raken.

**Goed meten**  
Vooraf met de AAT en ook door ze vragen iets op te schrijven. Dus altijd pen en papier klaarleggen. Achteraf door cliënten woorden en zinnen te laten schrijven. Soms kunnen ze niet praten maar wel schrijven. Dan zijn ze in de loop van de behandeling letters weer gaan herkennen.

**Frequentie van de therapie**

* behandelingen kunnen niet frequent genoeg plaats vinden.
* 1 x per week, ca. 3 kwartier per keer, is genoeg voor cliënten van het dagcentrum. 2 x per week is voor veel cliënten te zwaar, te vermoeiend (ze moeten er helemaal voor naar het dagcentrum rijden). 1 x p/w geeft rust (YH).

**Duur van de behandeling**: de behandeling voortzetten als de cliënt daar behoefte aan heeft en baat bij heeft. Regelmatig evalueren. We evalueren na elke 6 behandelingen. We kijken dan hoe het gaat, of doelen bijgesteld moeten worden. Soms gaan we 1 ½ jaar tot 2 jaar door. Vervolgens kiezen we een vervolgtraject.:

1. Logopedie?
2. Spraakcomputer?
3. Schrijven?
4. Afasie behandelgroep?

**Goede overdracht**Belangrijk is een goede samenwerking met Heliomare, een van de behandeling in Heliomare naar ons toe. Dan kunnen we de SMTA behandeling voortzetten, dezelfde woorden, zinnen en melodieën gebruiken. Het is maatwerk. Er is geen methodiek (YH).

**Fase in het herstelproces.**In het begin na de CVA staat het leven van de cliënt op de kop. Mobiliteit is dan vaak belangrijk. Cliënten hebben dan liever fysio dan logo, ze willen vooral van de afhankelijkheid af. In de chronische fase is de druk niet meer zo groot. Is er berusting en acceptatie (MV).  
In de revalidatiefase moet alles nog herstellen. Soms hebben ze nog moeite met geheugenverlies. Bij recent letsel is het soms raadzaam voorlopig te stoppen met SMTA, dan kost alles nog veel moeite, is er vaak sprake van hoofdpijn, dan is het beter pas na een half jaar te beginnen. Soms merken we na 12 tot 20 sessies dat het niet opschiet, dat het blijft hangen. Dan is het raadzaam te stoppen en eerst fysio te doen. Als je het daarna weer oppakt is het veel makkelijker. Door de fysio is de cliënt vaak krachtiger geworden, dat geldt ook voor mondspieren. Toch moet je wel eerst SMTA aanbieden in de revalidatiefase (YH).

**Hard werken**

* oefenen, oefenen (YH).
* Opnames meegeven op een USB-stick, of de oefeningen opschrijven in een schriftje voor de partners, anders lukt het niet.
* Dagelijks 2 x 10 minuten oefenen is echt wel nodig. Ook voor ernstige afasie cliënten. Meezingen gaat vaak makkelijk, dat lukt meestal al vanaf de eerste dag.
* De partner/zorg inzetten om de cliënt uit te lokken de uitingen ook in het dagelijks leven in te zetten.

**Gebaren**Gebaren maken helpt maar wordt niet bewust gedaan bij SMTA. Het hoort bij logopedische interventies, ook om uitingen uit te lokken (MV). Lichaamstaal is überhaupt belangrijk, de visuele ondersteuning (RV).

**Melodieën**niet te ingewikkelde liedjes, voorspelbaarheid in liedjes (RV)   
De melodietjes hebben meestal de vorm 1-4-5-1 C-F-G-C (PK)

**Zingen faciliteren buiten de SMTA om**Elke maandagmiddag is er een muziekgroep op Revalidatie Friesland, voor alle cliënten, met veel zingen (PK). Naast SMTA is er voor cliënten met afasie en dysartrie ook een zanggroep. Een gemengde doelgroep, dat is beter voor het groepsproces, anders ben ik degene die alles bepaalt. Nu is er meer beweging. Iemand met dysartrie helpt iemand met afasie en dat is dan weer goed voor zijn eigenwaarde. Mensen met globale afasie hebben vaak weinig initiatief, een groep met alleen zulke mensen is heel hard werken (TG).

**Nazorg**Naast Sophia Revalidatie ligt een Afasiecentrum, hier komen mensen die uitbehandeld zijn maar nog wel doelen in communicatie hebben. Het Afasiecentrum is een combinatie Stichting Verzorgingshuizen Verpleeghuizen. In het Afasiecentrum is alleen groepswerk. Er wordt geen SMTA gegeven. Er is daar ook geen afasiekoor. Het zou wel goed zijn als dat er was, maar ik heb geen tijd om dat erbij te doen (TG).

**Contra-indicaties voor een succesvolle behandeling**

**Ernstige spraakapraxie** (TG, IK, MV)

**Begrip**

* Laag begripsniveau
* beperkt of geen leervermogen t.g.v. CVA
* als mensen (grote) geheugenproblemen krijgen, oefenen helpt dan niet of nauwelijks.
* als er geen reactie blijkt na een aantal keer geprobeerd te hebben

**Muziek**

* Als iemand snel overprikkeld is door geluiden en muziek.
* Helemaal geen affiniteit met zingen hebben of daar een hekel aan heeft,
* geen affiniteit met muziek hebben
* geen gevoel voor melodie en ritme hebben (bij globale afasie)
* Niet willen zingen.
* niet een melodie over kunnen nemen,
* niet kunnen schakelen tussen verschillende liedjes en zinnen (weet niet hoe dat officieel heet…).
* Geen vermogen tot herkennen van verschillende klanken ( auditieve verwerking)

**Motivatie**

* Client geeft op omdat inmiddels de non-verbale communicatie met partner eigen en vertrouwd is ( "waarom moeilijk doen als het makkelijk kan?").
* onvoldoende motivatie, geen motivatie om te oefenen naast de therapie,
* cliënt geeft het op omdat hij / zij niet genoegen neemt met enkele uitingen
* cliënt die te perfectionistisch is.

Geen mogelijkheid hebben om thuis (met iemand anders) te oefenen.

**Bijlage 10**

**Namen van SMTA behandelaren die meegewerkt hebben aan het onderzoek naar de SMTA behandeling bij mensen met chronische globale afasie**

AS = Annemiek Stulp-van Eeten, logopedist bij Esdégé-Reigersdaal, Alkmaar

EH = Ester Hegeman muziektherapeut bij Opella, Ede

IK = Inke Krudde muziektherapeut, praktijk voor spraakmuziektherapie, Amersfoort

JH = Joost Hurkmans klinisch linguïst en SMTA docent bij Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag

MB = Marlies Brandt muziektherapeut bij Atlant, Beekbergen

MG = Mirjam Groot-Jebbink-Loedeman muziektherapeut, Hartmelodie, Ermelo

MV = Martine Verkade, logopedist bij Zorgspectrum, Houten   
Elder, behandel- en expertisecentrum van Zorgspectrum

PK = Piet Koek muziektherapeut en docent SMTA bij Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag

RV = Rob Volbeda muziektherapeut bij Zorgspectrum, Houten

SG = Selma Giling ‎Logopedist bij Revalidatiecentrum Het Roessingh, Enschede

SZ = Simone Zwart muziektherapeut bij Zonnehuisgroep Noord, Groningen

TG = Tineke Geurtsen, muziektherapeut bij Sophia Revalidatie, Den Haag

YH = Yolanda Hulscher muziekagoog bij Esdégé-Reigersdaal, Alkmaar

**Bijlage 11**

**Verantwoording Gedragscode hantering**

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs dienen het professionele en maatschappelijk belang

Chronische afasie als gevolg van een CVA is een groot probleem. Per jaar krijgen ongeveer 48.000 mensen een CVA , hiervan krijgt ongeveer 20% ten gevolge daarvan een afasie. Naar schatting hebben in Nederland ongeveer 30.000 mensen afasie. Van alle mensen die afasie hebben, geeft 90% aan dat zij vinden dat afasie te weinig bekend is bij het grote publiek ([www.afasie.nl](http://www.afasie.nl) , geraadpleegd 25 mei 2015).   
Afasie heeft zeer grote gevolgen voor de cliënten in kwestie en leidt dikwijls tot depressie. Globale afasie, wanneer iemand enkel een betekenisloos stopwoord kan zeggen, is de meest ernstige vorm van afasie. Niet alleen degenen die het treft lijden hieronder maar ook de omgeving: de partner, de kinderen, andere familieleden, vrienden, kennissen.   
Onderzoek naar criteria voor een succesvolle behandeling van chronische globale afasie dient een groot professioneel en maatschappelijk belang.

Volgens de bedenkers van SMTA kan deze vorm van behandelen alleen gedaan worden door een muziektherapeut samen met een logopedist die beiden de SMTA cursus hebben gevolgd. Positieve resultaten van SMTA behandelingen zorgen voor een positieve profilering van muziektherapeuten.

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn respectvol

Voor dit onderzoek heb zijn alle protocollen zo goed mogelijk nagevolgd. Voor toestemming voor een SMTA behandeling is toestemming gevraagd aan dhr. Jansen en alle betrokkenen.

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn zorgvuldig

Bij citaten uit de literatuur is waar mogelijk gerefereerd naar de bron. Antwoorden van SMTA behandelaren op vragenlijsten en uitspraken in interviews zijn zo compleet en zorgvuldig mogelijk geformuleerd, met referentie naar de persoon in kwestie.

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn integer

Het onderzoek met rapportages en analyse van de resultaten is zo transparant mogelijk uitgevoerd, waarbij het hele proces navolgbaar is door vrijwel alle aspecten van het onderzoeksproces in de bijlages bij te voegen.

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag

Tijdens de presentatie van het onderzoek op de studentenconferentie, en in alle andere situaties waarin vragen gesteld kunnen worden over dit onderzoek, zal ik trachten mij te verantwoorden voor alle keuzes die gemaakt zijn tijdens het werken aan dit onderzoek.

Ludger Stuijt

25 mei 2015