

Stille kennis

Over interventies en bewust en onbewust handelen

Als therapeut zet ik tijdens een sessie voortdurend interventies in. Deze kunnen in de vorm van een concrete werkwijze tot uitdrukking komen, maar ook in hoe ik me gedraag, wat ik zeg, hoe ik iets zeg en de manier waarop ik handel. De meeste van deze interventies voer ik niet bewust uit. Wat bepaalt mijn handelen in het contact met de cliënt?

In dit artikel ...

- ... de zoektocht naar het antwoord op de vraag wanneer en waardoor therapeutisch contact kan ontstaan;
- ... de aspecten die een rol spelen in het contact tussen therapeut en cliënt;
- ... wat bepaalt het handelen van de therapeut?

Inleiding

In dit artikel wil ik vanuit mijn achtergrond als muziektherapeut in de ouderenzorg, supervisor en coach onderzoeken welke ingrediënten en interventies in de therapeutische relatie met mijn cliënten een rol spelen om therapeutisch contact te kunnen laten ontstaan. Ik zal in dit artikel een voorbeeldcasus steeds terug laten komen en relevante literatuur uit therapie- en supervisiepraktijk daaraan verbinden.

Christel

Christel is een tachtigjarige vrouw, die zelf problemen met haar geheugen aangeeft. Zij woont samen met haar echtgenoot en deze benoemt dat de ziekte van Alzheimer geconstateerd is. Haar dochter en man denken dat zij muziektherapie moet krijgen, omdat zij emotioneel is onder haar diagnose en zij dan haar emoties op de piano zou kunnen uiten. Ik zit met Christel en haar man om de tafel om te bespreken wat muziektherapie voor hen zou kunnen betekenen. Christel heeft echter zelf maar één wens, namelijk noten leren lezen. Dit geeft zij op zeer besliste toon en duidelijk aan. Haar echtgenoot probeert mij duidelijk te maken dat dit waarschijnlijk onbegonnen werk is vanwege haar slechte geheugen. Zelf heb ik er ook zo mijn vraagtekens bij of dat gaat lukken, maar tot mijn grote verbazing hoor ik mezelf zeggen: "Als uw grootste wens is noten te leren lezen, dan zal ik mijn best doen om u dat te leren." De vrouw stemt in met het starten van de muziektherapie. Als doel hebben we afgesproken een poging te doen om noten te leren lezen om haar geheugen te trainen en te ontdekken hoe zij haar emoties in het pianospel tot uiting kan brengen.

Aansluiten

De beslissing om deze vrouw zogenaamd pianoles te geven had ik in een fractie van een seconde genomen. Hoe kwam ik tot dit besluit? Ik zocht aansluiting bij het punt waarop

de cliënt zich op dat moment bevond en ging in op haar nadrukkelijke wens. Daarmee liet ik blijken haar als mens serieus te nemen en haar behoefte te hebben gehoord. Een eerste blijk van waardering voor haar als persoon met al haar wensen en behoeften. Christel kon zich op deze manier openstellen voor het contact met mij. Maar waarom koos ik ervoor om aan te sluiten? Welke rol spelen mijn denkkaders in mijn handelen?

Empathie

Ik handelde empathisch. Maar wat is empathie eigenlijk? Empathie wordt over het algemeen gezien als een belangrijke voorwaarde voor de therapeutische relatie. Men spreekt ook gemakkelijk over het empathisch vermogen van de therapeut. Het woord 'empathie' komt van het Griekse woord 'empathia' en betekent zoveel als 'invoelen'. Afstemmen op de cliënt wordt actief door therapeuten ingezet om de cliënt empathisch te begrijpen en contact te maken. Bij dit invoelen van de therapeut in de gemoedstoestand van de cliënt begint de empathische interactie, en dus mogelijk ook het therapeutische contact. Empathie wordt in de muziektherapie- en supervisieliteratuur op verschillende andere manieren beschreven en omschreven.

■ Meevibreren

In de Duitstalige muziektherapieliteratuur komt men vaak het woord 'mitschwingen' (vertaling: resoneren) of 'einschwingen' (inslingeren) tegen. Muthesius et al. (2010) schrijven zelfs over 'ankoppeln' (aankoppelen). 'To tune into' noemt Pavlicevic (1997) het. Over 'meevibreren' spreekt Beelen (in gesprek 2012). Met deze begrippen probeert men duidelijk te maken dat er een interactie ontstaat tussen twee mensen, tussen cliënt en therapeut. De therapeut gaat 'doorvoelen' (begrip uit de haptonomie, zie Gerritse, 2002), invoelen, waarnemen hoe het met de cliënt gaat. Kennelijk is een mens ertoe in staat zich een (emotionele) voorstelling te maken van de belevingswereld van een andere mens. Zelf kan ik me dat het beste voorstellen wanneer ik aan het slaan van een gong denk. Meestal zijn de trillingen van het geluid dat de gongslag voortbrengt gemakkelijk te voelen, en wanneer je er een glas water in de buurt houdt, zijn de trillingen in het water ook te zien. Zo maak ik me mijn eigen voorstelling van 'mitschwingen', resoneren. Ik laat mijn eigen lichaam dan resoneren door de 'trillingen' die de ander uitstraalt. Ik laat me 'aanraken' (Heijst, 2006) door de gemoedstoestand van de ander. Ik kan me dan ook voorstellen dat je als mens in staat bent om de muziek van je cliënt als het ware te voelen, te horen en te zien en deze muziek in je te laten klinken en te bepalen welke muziek jij moet improviseren om in te kunnen spelen op de muziek van je cliënt.

Als muziektherapeut ben ik opgeleid om de muziek van de cliënt te horen, vorm te geven, te begrijpen, te begeleiden en te

leiden. Bruscia (1987) heeft dit vertaald naar de improvisatietechnieken. Dit helpt om expliciet te maken welke interventies binnen de muzikale improvisatie plaats kunnen gaan vinden. Ook in het buitenmuzikale zijn deze principes te vinden.

■ Afstemmen

Ook buiten de muziektherapieliteratuur is er aandacht voor aansluiten en afstemmen. Volgens ontwikkelingspsycholoog Stern (1994, 2010) is het afstemmen een menselijke eigenschap die reeds in de moeder-kindrelatie aanwezig is. Een moeder communiceert met haar baby door gebruik te maken van de 'vitality affects' en de 'vitality form'. Stern (2010): "The prosody of speech consisting of melody, stress, volume modulation, vocal tension, et cetera creates forms of vitality. These let the listener know that the speaker is a living person and what is really meant by say in word at the moment." (p. 122) "The focus is on the vitality forms of how the patient expresses himself, not the strict sense of the words." (p. 123)

■ Spiegelneuronen

Rizzolatti en Gallese hebben in 1996 een meer biologisch-neurologische verklaring voor empathie gevonden. Zij ontdekten de spiegelneuronen. Deze ontdekking was bijzonder, omdat zij bewezen dat het zien van een beweging bij een ander persoon, maakt dat bij de toeschouwer dezelfde hersengebieden actief zijn. Later heeft onderzoek (Laurie et al., 2003) uitgewezen, dat de spiegelneuronen ook een belangrijk fysiologisch gegeven zijn bij het elkaar begrijpen, of het empathisch invoelen in de ander.

■ Rapport maken

Bij het neurolinguïstisch programmeren (NLP, Derks & Hollander, 1996) spreekt men van 'rapport maken'. Bij NLP wordt geëxpliciteerd hoe je als hulpverlener goed contact (rapport) kunt vinden bij je cliënt. Binnen NLP wordt rapport gezien als een voorwaarde om aan 'veranderingswerk' te kunnen beginnen. NLP'ers stemmen hun lichaamshouding, hun gebaren, hun ademhalingstempo, -ritme, -plaats en -amplitude, hun spreektoon, -volume, -tempo en -ritme, hun emotionele uitdrukking en hun denkstijl bewust af op de uitingen van de cliënt. Rapport ontstaat op grond van herkenning en 'hetzelfde zijn'.

Als therapeut ga ik er wel van uit dat mijn cliënten niet altijd in staat zijn of bereid zijn zich in mij als therapeut in te leven, met als gevolg dat de interactie mogelijk eenzijdig is. Dit betekent voor mij als therapeut dat ik meer gerichte interventies moet inzetten om toch het contact met mijn cliënt op een voor hem haalbaar niveau op te bouwen. Net als een moeder die kindergeluiden maakt om op het niveau van haar kind in te spelen in plaats van in volledige zinnen te praten.

Dit gegeven vraagt om aanpassingen in mijn manier van therapeutisch contact leggen op het niveau van mijn cliënt.

Christel

Het feit dat Christel zei: "Ik wil..." maakte dat ik even energiek reageerde. De vastberadenheid van de cliënte (voor mij vooral hoorbaar in haar stemklank en woordkeuze) maakte dat ik ook vastberaden, met dezelfde energie reageerde. In de uiting "Ik wil noten leren lezen" heb ik gehoord dat Christel een grote behoefte aan autonomie en zelfbeschikking heeft. Door dit te voelen en haar de regie ook daadwerkelijk in handen te geven, kon er een empathische klik ontstaan. Empathie zou je dus kunnen omschrijven als het je willen en kunnen laten raken door je cliënt en daarop kunnen reageren in je houding, reactie, klank en harmonie. Empathie, afstemming, lijkt een belangrijke voorwaarde te zijn voor het kunnen starten van therapie. Is aan deze voorwaarde voldaan, dan betekent dit nog niet dat er ook sprake is van therapie. Therapie betekent namelijk dat er een verandering tot stand zou moeten komen.

Gelijkwaardigheid

Hoe kan verandering optreden en wie of wat bepaalt of er verandering op gaat treden? Is het de therapeut of de cliënt? Tijdens mijn opleiding tot supervisor was het centrale begrip steeds subject-subject (Marianne Banning, in gesprek 2010). Dat wil zeggen dat supervisant en supervisor gelijkwaardig zijn. Samen bepalen zij de weg die gegaan wordt. De supervisor neemt de supervisant serieus. Voor sommige van mijn supervisie-klasgenoten was dit erg vernieuwend. Vooral in de opleidingswereld leek het beeld te heersen dat de leraar boven de leerling staat. Ik geloof dat muziektherapie, in ieder geval zoals ik het vak versta, deze gelijkwaardigheidsgedachte al van oudsher in zich heeft. Ik ben immers als muziektherapeut erop getraind om de wensen van de cliënt voor zo ver mogelijk in mijn therapie op te nemen en steeds samen te vertrekken bij wat de cliënt wél kan. Ik werk 'resource'-georiënteerd in plaats van 'deficit'-georiënteerd. Dat juist is hetgeen dat de communicatie tussen muziektherapeuten en andere behandelaars soms moeilijk maakt. Ik was dan ook aangenaam verrast dat er een stroming in de verpleegkunde voor dementie blijkt te bestaan die juist uitgaat van de presentie in het hulpverlenende contact (presentietheorie, Baart, 2005). De relatie moet centraal staan, dan wordt goede zorg mogelijk. In de medische wereld is men geneigd om te vertrekken bij wat allemaal niet meer kan. Als muziektherapeut vertrek ik bij wat de cliënt wel kan. Dat is juist het bijzondere aan muziektherapie. Ik probeer mijn cliënt als gelijkwaardig mens te bejegenen.

Als ik naar Christel kijk, dan is duidelijk dat zij een ding wel heel goed kan, namelijk aangeven wat zij wil. De regie zo

veel mogelijk in eigen handen houden is haar sterke kant en daarmee mijn vertrekpunt. Ik had er natuurlijk ook voor kunnen kiezen om te zeggen: "Mevrouw, u heeft dementie, ik denk niet dat het haalbaar is dat u noten gaat leren lezen...", maar dat zou behalve confronterend waarschijnlijk ook daartoe hebben geleid dat deze cliënte zich niet serieus genomen had gevoeld en dat ik haar in feite niet gelijkwaardig (subject-subject) had bejegend.

Gelijkwaardigheid is de basis om überhaupt tot verandering te kunnen komen (het fundament van het huis dat therapie heet: Derks & Hollander, 1996), maar therapie zelf gaat over verandering.

Verandering

Therapie betekent verandering. Als ik terugkijk op voorgaande overwegingen dan betekent verandering binnen therapie logischerwijs dat in de relatie tussen cliënt en therapeut iets gebeurt waardoor de cliënt iets kan leren of ervaren dat hem/haar verder helpt en dat zo dus tot verandering leidt. Tussen cliënt en therapeut betekent voor mij ook dat de verandering binnen de ervaring in het medium kan plaatsvinden. De therapeut is immers meestal diegene die een werkvorm zo inricht dat de cliënt een ervaring opdoet, waarvan hij/zij kan leren.

Christel is het na veel tijd en moeite gelukt om het systeem van noten te begrijpen. Het werd echter tijdens onze sessies steeds duidelijker waar het voor haar eigenlijk om gaat: niet om het noten kunnen lezen, maar om eigenwaarde, onafhankelijkheid en regie. In de afgelopen tijd had deze vrouw diverse hulpverleners ontmoet die haar allemaal hadden verteld dat zij dement is en binnenkort steeds minder zou kunnen onthouden. Deze vrouw had als coping verdringing gekozen. Zij wilde de boodschap niet horen en nam een hoge mate van façadegedrag aan (passend bij de eerste fase van rouwverwerking). Het leren notenlezen confronteerde haar met de diagnose. Tijdens de sessies kon zij zelf benoemen dat het niet gemakkelijk is met de diagnose dementie te leven. Zij had bedacht dat het 'oefenen van de hersenen' door iets te doen wat zij altijd al had gewild, ook de rest van haar geheugen zou terugkomen. Toen dit eenmaal uitgesproken was, kon ik als therapeut de leiding nemen en hebben we afgesproken dat het leren omgaan met de ziekte en tegelijkertijd kijken wat zij dan wel kan leren op de piano, nu de meeste aandacht zou moeten krijgen.

Drie fases

Verandering is in deze voorbeeldcasus duidelijk aan de orde. Een proces is op gang gekomen. Als ik de weg van deze cliënte in de relatie met mij moet beschrijven, dan hebben wij drie fases gepasseerd:

- 1) zij heeft de regie en ik sluit aan en stem op haar af,
- 2) gelijkwaardigheid en
- 3) zij vertrouwt mij en laat haar eigen regie wat los, waar- door ik als therapeut de regie kan nemen en we tot een nieuwe doelstelling (verandering) kunnen komen.

Ook Strong (1968, in Takens (2001)) geeft aan dat therapie en therapeutisch contact in fases verloopt. Volgens Strong moet met geloofwaardigheid en betrokkenheid worden begonnen, alvorens de boodschap gecommuniceerd kan worden. In mijn ogen gaat het hier om een subject-subject (gelijkwaardige) relatie. Ik ben present, luister naar haar nood, wanneer deze zich vertoont. Ik ben eerlijk, geef aan wat ik denk en zie, maar geef ook perspectief en bepaal in samenspraak met haar een nieuwe richting (doelstelling) in de therapie. De therapie begint dus eigenlijk in de ervaring van het therapeutische contact. Belangrijk is hierbij niet uit het oog te verliezen dat, ondanks deze gelijkwaardigheid, hier sprake blijft van een functionele, asymmetrische therapielatie van de cliënt die een vraag heeft en de therapeut die daarbij helpt. "The overall idea is for therapists to pour themselves empathically as far as is possible and clinically useful into the lived-movement-evoked experience of the patient and begin the dialogue there." (Stern, 2010, p. 128)

Tot slot

Ik heb onderzocht welke ingrediënten en interventies in de therapeutische relatie met mijn cliënten een rol spelen om therapeutisch contact te kunnen laten ontstaan. In mijn eerste reactie was kennelijk sprake van zich tonende 'stille kennis' (tacit knowledge: Baart, 2008), ook intuïtie genoemd. Door deze kennis expliciet te maken heb ik ontdekt dat het opbouwen van therapeutisch contact in drie fases verloopt: aansluiten bij en afstemmen op de cliënt, gelijkwaardigheid, en verandering aanbrengen.

Daarvoor neemt de therapeut steeds verschillende houdingen aan en pleegt hij interventies die bij de fase van de therapie passen. Ingrediënten die daarbij nodig zijn, zijn de visie van de therapeut ('resource'-georiënteerd), de stille kennis van de therapeut, het gebruik maken van 'vitality affects', spiegelneuronen, het steeds horen, zien en voelen (afstemmen) van de cliënt, het serieus nemen van de cliënt en op het laatst ook de regie van de verandering in gang zetten. Kortom, een ingewikkelde mix van kleine en grote interventies die binnen een sessie deels bewust en deels onbewust plaatsvinden.

Als je bij de cliënt present blijft, steeds goed luistert en steeds reflecteert op wat je hebt gedaan en wat daarvan het resultaat was, dan zul je als therapeut zien wat je cliënt op dat moment nodig heeft.

De vraag is in hoeverre deze bevindingen vertaalbaar zijn

naar andere cliënten, therapeuten en eventueel andere doelgroepen. Vanuit mijn ervaring weet ik dat dit proces bij mij in ieder geval altijd zo verloopt. Sterker nog, als ik niet voldoende tijd neem om aan te sluiten en af te stemmen, komt de therapie niet goed op gang. Mogelijk is mijn bevinding ook uitdrukking van mijn Rogeriaanse achtergrond.

Ik roep de lezer op om zelf eens na te gaan op welke manier hij contact maakt met zijn cliënten en welke overtuigingen en stille kennis daaraan ten grondslag liggen. Het expliciteren van stille kennis is een instrument om vaktherapie verder te professionaliseren.

Literatuur

- Baart, A. & Vosman, F. (2008). *Aannemelijke zorg*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2005). *Aandacht*. Utrecht: Lemma.
- Banning, M. (in gesprek, 2010).
- Beelen, F. (in gesprek, januari 2012).
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M.-C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G.L. (2003) Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100, 9, 5497-5502.
- Derks, L. & Hollander, J. (1996). *Essenties van NLP*. Utrecht: Servire.
- Gerritse, T.A.C.M. (2002). *Over kleine dingen*. Amsterdam: Reed Business.
- Heijst, A. van (2006). *Menslievende zorg*. Kampen: Klement.
- Muthesius, D., Sonntag, J., Warme, B., Flak, M. (2010). *Musik-Demenz-Begegnung*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Rizzolatti & Gallese (1996) http://nl.wikipedia.org/wiki/Giacomo_Rizzolatti.
- Stern, D. N. (1994). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of Vitality*. Oxford: Oxford University Press.
- Takens, R. J. (2001). *Een vreemde nabij: enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Proefschrift, Vrije Universiteit te Amsterdam.
- Pavlicevic, M. (1997). *Music Therapy in Context*. London: Jessica Kingsley Publishers.

De auteur

Jennifer Zantopp is in 2002 afgestudeerd aan het ArteZ Conservatorium te Enschede. Zij is geregistreerd muziektherapeut (SRVB, NMT), geregistreerd supervisor (LVSC) en coach. Zij is werkzaam in de ouderenzorg in Schiedam en heeft een eigen praktijk als supervisor in Utrecht.

E: jennifer@zantopp.nl

I: www.reflectieklanken.nl

Samenvatting

Middels een casestudy onderzoekt de auteur aan de hand van reflectie en literatuur wat haar redenen voor haar handelen waren in het contact met de cliënt. Centrale vraag is daarbij wat het handelen van de therapeut bepaalt. In het bijzonder wordt het contact maken beschouwd en de reflectie op leiden en volgen in het therapeutische contact. ■