

SUMMARY

This article is an attempt to give an insight in the practical use of movement-therapy concisely.

Movement therapy is a treatment which approaches the psychiatric patient in his being 'man-who-is-moving', is executed by means of movement-patterns offered methodically, on the indication of date obtained from a movement-examination, and is based on a plan of treatment.

There is given a description of the development of the movement-examination after which is given a survey of the indications and the movement-patterns used, and is pointed out the value of that which is experienced while executing these movement-patterns.

Next there is given a reflexion on the evaluation of the results of the treatments. The movement-examination offers great possibilities for clinical research.

RITMETEST ALS UITGANGSPUNT VOOR MUZIEKTHERAPEUTISCHE BENADERING

door CLEMENS HOLTHAUS,

muziektherapeut aan de Sinaï-Kliniek te Amersfoort, (geneesheer-directeur Dr. A. Sunier) en het Psychiatrisch Ziekenhuis Stichting Rosenburg, te Loosduinen, (geneesheer-directeur Dr. J. Bijl)

INLEIDING

Muziektherapie is nog een jonge loot aan de stam van de zgn. culturele therapieën. Ofschoon de belangstelling dienaangaande in de laatste jaren sterk is toegenomen, is er, blijkens publikaties¹ en voordrachten², toch nog pas weinig gevonden dat 'houvast' biedt. Er zijn hiervoor een aantal redenen op te sommen, die merkwaardigerwijze eigenlijk alle tot één punt te herleiden zijn, nl. muziek leeft slechts zolang zij klinkt, of met andere woorden: muziek wordt gecomponeerd, gereproduceerd en beluisterd, in de eerste plaats: in de tijd. In alle drie genoemde stadia is zij in-wording en hiermee wordt bij alle betrokkenen een beroep gedaan op zeer bijzondere faculteiten. Natuurlijk is in de muziek niet alleen de tijdsfactor aanwezig, maar noodzakelijkerwijze óók de ruimtefactor.

¹ Zie bijv. a) H. R. Teirich — *Musik in der Medizin*, Stuttgart 1958, waarin 18 bijdragen van verschillende medewerkers; b) Elly Pieroen-Roodvoets — *Muziektherapie*, Streven, A'dam mei 1966, pag. 745; c) Mej. E. Slotemaker de Bruïne — *Muziektherapie in Wenen*, Ministerie van Cultuur enz. juni 1966; d) Nancy van der Elst — *Muziektherapie in Amerika*, Mens en Melodie 1965, nr. 4.

² Op het 3e Internationale Colloquium der SIPE in Freudenstadt 1965 was één voordracht over muziektherapie; in 1966 weliswaar vier, doch zij openden geen bijzondere perspectieven.

(Tijd en ruimte zijn, zoals bekend sinds Klages,³ immers alleen maar kenbaar: dank zij elkaar). Maar het verschil tussen muziek en, (als ik de naamgeving even mag beperken): schilderen, tekenen en boetseren, is gelegen in het zwaartepunt. Dit ligt bij muziek dus in de tijdsfactor (in het dynamische zouden we kunnen zeggen) en bij de andere (zoiest aangeduide) groep in de ruimtefactor (in het statische zouden we kunnen zeggen). Populair, maar onvolledig uitgedrukt: 'het ene moet je voelen, het andere kun je vastpakken'.

Dit geeft direct al een selectie t.a.v. de geïnteresseerden in de muziektherapie. Wie muziek alléén kan accepteren mits deze op zuiver wetenschappelijke basis staat, stelt eigenlijk als onmogelijke voorwaarde, dat het dynamische hem in statische vorm zal worden gepresenteerd; (want hij wil het nu eenmaal, net als een tekening, graag kunnen vastpakken, neerleggen op zijn bureau en op kunnen bergen in een zindelijk mapje). Wie niet-wetenschappelijk is ingesteld (bijv. de musicus, die zijn krachten op de muziektherapie beproeft), neemt misschien wel door zijn aanleg en scholing een wereld-van-uitingen waar bij een patiënt, maar hij kan ze nóch in zinvol verband plaatsen, nóch ze verbaal ook maar enigszins praktisch-bruikbaar omschrijven.

Voordrachten en publikaties door muzikaal-geïnteresseerde psychiaters of door -psychologen verricht, vertonen merkwaardigerwijze juist het omgekeerde beeld: in hun leven-van-alledag gewend zuiver wetenschappelijk te denken, munten zij, t.a.v. muziektherapeutische ont-hullingen daarentegen uit in ongecontroleerde gevoelsontladingen en dienovereenkomstige argumenten.

Wanneer anderzijds de therapeutisch-werkzame musicus zich (op welke wijze dan ook) in de openbaarheid stort, dan doet hij dat bij voorkeur op basis van een aantal zéér boude beweringen, die hij dan voor wetenschappelijk houdt, maar die waarschijnlijk hoofdzakelijk ingegeven zijn door een negatieve zienswijze, nl. dat de psychiater een heel-grote-domoor zou zijn.

Nóch het één, nóch het ander is bepaald een vruchtbare voedingsbodem voor samenwerking en opbouw te noemen. Komen beide partijen (met de grootste argwaan) te zamen, dan is het gesprek eigenlijk te herleiden tot twee thema's:

1. de musicus: geef me maar een lijst van ziekteverschijnselen, die ik kan gaan aanpakken; (waarschijnlijk verwacht hij dan een soort dieetlijstje);

2. de psychiater: vertel me nu eens exact wat dat muziekmaken van u eigenlijk doet bij een patiënt; (hij zou met evenveel kans op succes kunnen vragen: wat gaat er nu precies in u om, wanneer u een liefdesverklaring afsteekt?).

³ L. Klages — *Vom Wesen des Rhythmus*, Kampen 1933.

Veel verder dan dit gesprek komt men waarschijnlijk niet en zo-doende drijft de musicus-in-de-psychiatrie gewoon een 'éénmanswinkeltje voor zichzelf', daarbij ten onrechte opgekropt met de zekerheid, dat het overtuigende falen zijnerzijds op rekening komt van de behandelende arts; (voor hem persoonlijk wel een bevrijdende gedachte, maar als positieve leidraad toch beslist onvoldoende...) Ondertussen denkt de psychiater vermoedelijk wel: 'och ja, zo'n muziektherapie hoort er tegenwoordig óók zo'n beetje bij', (maar hij neemt ondertussen toch wel degelijk een verantwoording op zijn schouders erbij).

Het is wel aan te nemen, dat beiden onvervulbare eisen stellen ten opzichte van de taakbepaling.

Misschien is het wel zó, dat: als de arts werkelijk in staat was in bijzonderheden te omschrijven wat hij precies van de muziektherapeut verwachtte, dit dan tevens inhield, dat hij hem niet nodig zou hebben; en als de musicus inderdaad exact wist wat muziek was en op de mens uitrichtte, hij dan geen kunstenaar meer was, maar een nuchtere technicus.

Het leek mij nodig de probleemstelling eerst vanuit deze hoek te belichten, omdat er m.i. uiteindelijk toch maar één mogelijkheid lijkt de aangeduide impasse te omzeilen, nl. door gewoon aan het werk te gaan in de muziektherapie en vervolgens aan de hand van de verrichte observaties te trachten vanuit de muziek tot de psychopathologie te komen, en niet andersom.

Want waarom kan de arts aan de muziektherapeut geen lijstje van werkzaamheden verstrekken? Omdat de verschijnselen per diagnose de arts ongetwijfeld wel bekend zullen zijn, maar toch iedere patiënt verschillend zal reageren, zowel in het diagnostisch patroon, als op de behandeling.

Nu moet ik hier, noodgedwongen, een zijsprong maken naar de medische kant, natuurlijk niet met de arrogante pretentie onthullende noviteiten naar voren te brengen, maar alleen om tot een bepaalde taakbegrenzing te kunnen komen. Ik kies hiertoe het volgende beeld.

Stel u voor, dat op de bovenste verdieping van een huis de waterleidingsbuis stuk gaat, zodat de vloer blank komt te staan, en ik vraag u dan: waar denkt u nu, dat het plafond van de lagere verdieping zal gaan lekken? Het is zonder twijfel een vraag, die in eerste instantie slechts met een wedervraag te beantwoorden is, nl. welk huis wordt er eigenlijk bedoeld? Evenzo, maar nu in de psycho-pathologie, zou ik kunnen vragen: wanneer iemand die-en-die diagnose heeft (waarvan de ziektebeelden dus bekend zijn), hóe zal die patiënt zich dan gedragen en waarop zal hij reageren? Allereerst zal men dan ook de begrijpelijke wedervraag stellen: over welke patiënt wordt er eigenlijk gesproken?

Zoals nu bij de lekkage de zwakke plekken bepalend zullen zijn

voor het doorlaten van het water en de sterke plekken droog zullen blijven (per huis dus verschillend), evenzo zal de persoonlijkheidsstructuur van de zieke mens bepalend zijn voor zijn gedragingen (óók al zullen er wel overeenkomsten en verschillen per diagnose zijn). Zijn er wél gaten in het plafond (dat is in ons beeld: zwakke plekken-in-aanleg), maar er is geen overstroming (vertaald: geen ziekte), dan hoeft er nog van geen enkel probleem sprake te zijn, zolang de buizen immers maar heel blijven. Zo gaat dit beeld ook op voor de mens; als een gezonde mens faalt in bepaalde test-situaties, dan behoeft dat voor hem nog geen enkel merkbaar nadeel te betekenen (hij kan zich daarbij uitstekend voelen!), maar in de ziekte zouden de pathologische uitingen zich wellicht juist op deze tekorten het sterkst kunnen manifesteren. De ziekte 'passeert' a.h.w. de menselijke eigenschappen en wordt er specifiek door gekleurd. De zwakke eigenschappen bezwijken het eerst, de sterke kunnen daarentegen een therapeutische aanpak mogelijk maken.

De arts mag dan ook niet zonder meer naar muzikale proeven verlangen, die alle gezonden wél kunnen verrichten en alle zieken niet; (men zou in dat geval immers kunnen overgaan tot de aanschaf van een genezende-computer!). Want bepalend is, naast de persoonlijkheids- en karakterstructuur, in hoge mate: de situatie.⁴ Het is hier nu, dat de muziektherapie om te beginnen een belangrijke plaats zou kunnen gaan innemen in het diagnostisch veld, zoals ik hoop in het navolgende te kunnen aantonen; en dat dit tevens het uitgangspunt zou kunnen zijn voor een gerichte-muziektherapie, zal dan hopenlijk ook aanvaardbaar blijken.

Ik ben mij er terdege van bewust de medische kant in hoge mate gesimplificeerd te hebben, doch opzet van deze mankende vergelijking was slechts de aandacht te vestigen op drie factoren, die de basis voor het navolgende zullen gaan vormen:

1. de eigen aanleg,
2. het contact,
3. de situatie.

Om ze te kunnen bespreken, heb ik ze onderscheiden van elkaar, maar in feite zijn ze natuurlijk steeds verweven.

HISTORISCH OVERZICHT

Allereerst een kort overzicht van de weg, die wij tot dusver (dat is in pl.m. 8 jaar) hebben afgelegd, niet echter dan nadat ik u bevrijd heb van de onjuiste gedachte, dat het persoonlijk voornaamwoord 'wij' als pluralis majestatis gebezigd zou worden. Alle er-

⁴ Anna Freud stelde, dat veranderde sociale omstandigheden (= situatieve veranderingen) zonder dat bij betrokkenen iets wezenlijks veranderd is, volkomen andere beelden (prestaties) kunnen oproepen. — uit het hoofd samengevat.

varingen en onderzoeken heb ik nl. verricht in samenwerking met mevrouw dr. Salomé; een ideale samenwerking, waarvan ik niet alleen gewaag als een vanzelfsprekende hommage tegenover een partner, maar die ook inhoudt, dat een grondige wetenschappelijke basis vanaf de aanvang steeds aanwezig was.

Wij zijn dan begonnen met een poging om te komen tot een analyse van de muzikale aanleg. Misschien hadden wij ook op een ander punt kunnen beginnen, maar dit lag toevallig in de ontwikkeling der dingen.

Er ontstond een, laat ik zeggen, muziektest, die de volgende zes rubrieken omvatte: het ritmisch gevoel, het metrisch gevoel, het muzikale gehoor, het muzikale geheugen, het gevoel voor muzikale logica, en de stemmingsvatbaarheid. De proeven peilden niet het vermogen naar technische dispositie voor een of ander instrument, daar dit niet relevant werd geacht. Een vragenlijst informeerde naar muzikale ervaring en muzikale belangstelling en naar eventuele muzikaal-erfelijke invloeden. Na uitwerking leverde deze test een vrij betrouwbaar gebleken beeld van de potentiële muzikaliteit van de proefpersoon.⁵

Bij het afnemen van deze test en in het bijzonder bij ritmeproeven, (die in verband met het proefschrift van mevr. Salomé⁶ ongeveer gelijktijdig op 'Wolfheze' werden genomen), bleek reeds, dat er wat betreft de prestaties eigenlijk al een ruwe selectie gemaakt kon worden tussen gezond en psychisch-gestoord. Bovendien deed zich in steeds toenemende mate de behoefte gevoelen de specifiek-muzikale eigenschappen te elimineren van de algemeen-menselijke, waardoor dus ook vanzelf de pathologische uitingen duidelijker naar voren zouden springen. Daarnaast werd nog overwogen, dat het ritme minder-cultuurgebonden is en minder in het specifiek-muzikale vlak ligt dan bijv. de melodie en — wat van groot praktisch belang is — dat hierbij met een minimum aan technieken kan worden volstaan. Kort en goed, na vele proeven, zowel met zieken als gezonden, ontstond tenslotte een ritmetest, die ik vandaag met u wilde bespreken. (De naam ritmetest is eigenlijk niet geheel op zijn plaats. Hij werd echter toch gekozen om zijn bruikbaarheid en ter onderscheiding van de zojuist genoemde muziektest.)

RITMETEST: ALGEMEEN

De ritmetest is ondergebracht in 10 rubrieken die, naast een aantal informatieve vragen, te zamen 34 proeven omvatten. Hij wordt in precies 30 minuten afgenomen.

⁵ Er werden enige honderden tests afgenomen.

⁶ A. B. P. Salomé-Finkelstein — *Het openliggen bij lijders aan schizofrenie*, A'dam 1963, hoofdst. 5: De tikproef.

Zoals reeds werd aangeduid, wordt de p.p. afgetast op:

1. *de eigen aard* (waaronder tevens eventuele bewegingsstoornissen der handen vallen, alsmede het creatieve vermogen);
2. *het vermogen tot contact* (de 'relatie' of de sociale factor);
3. *de reacties op situatieve veranderingen* (dit laatste is ingevlochten in de vorige twee groepen en hoort grotendeels thuis onder het begrip: 'dialog').

Wij zijn er ons ten eerste van bewust, dat vrijwel alle proeven voor aanzienlijke verbetering en verfijning vatbaar zijn. Het leek ons echter nodig op zeker ogenblik een (misschien voorlopige) vorm te kiezen om praktische ervaringen op te doen. Te dien einde hebben mevr. Salomé en ik een klein jaar geleden in de Sinaï-Kliniek een experiment opgezet, waarvan de bescheiden resultaten in het documentatieblad van de Nederlandse Vereniging voor Creatieve en Expressieve Therapie⁷ zijn opgenomen, waarvan ik hier een zeer korte samenvatting zal geven.

Opzet was in eerste instantie tot een zekere ijking te komen, waartoe de ritmetest parallel werd gebruikt met een gestandaardizeerde psychologische test (Wartegg). Er werd ook getracht reeds provisorisch het eventuele therapeutische effect na te gaan van het muziektherapeutisch werken met een deel van deze mensen, doch dit valt buiten deze bespreking. Gezien het beginstadium, waarin de onderhavige test momenteel verkeert, is het voorlopig niet mogelijk een geheel afgerond en volledig geïnterpreteerd beeld te leveren. Er is echter reeds een respectabel aantal perspectieven aan het licht gekomen, die vrijwel stuk voor stuk tot verder onderzoek uitnodigen. Naast de observaties en voorlopige conclusies onzerzijds, wordt er dan nog een aantal vermeld, dat nog niet verder uitgewerkt is, doch mogelijk toch reeds inspirerend zou kunnen werken op in deze richting geïnteresseerden. Ik stel mij thans voor de diverse rubrieken stuk voor stuk door te lopen en ze toe te lichten met vermelding van onze eigen observaties.

BESPREKING RITMETEST

1e proef: het eigen tempo — Alle proeven worden afgenomen met behulp van zgn. tamtams, waarvoor wijzelf gewone houten- of plastic buizen gebruiken die, met één vel bespannen, tussen de knieën geplaatst worden. (Ook voor de therapie zijn het eigenlijk de enige instrumenten, die wij gebruiken). Zowel de p.p. als de p.l. hebben ieder zo'n tamtam. De p.l. gaat zodanig zitten, dat zijn handen niet zichtbaar zijn, om het visuele element uit te sluiten.

⁷ A. B. P. Salomé-Finkelstein en Clemens Holthaus — *Poging muziektherapeutische gegevens experimenteel toegankelijk te doen worden*. Documentatiebladen van de Ned. Ver. voor expressieve en creatieve therapie, sept. 1966.

Als eerste opdracht wordt gevraagd met één hand (naar keuze) in een regelmatig tempo op de tamtam te slaan, teneinde tot vaststelling van het eigen-tempo te komen. Ik wil hierbij de aandacht op een belangrijk uitgangspunt vestigen. Elke musicus weet, dat ieder tempo (dat is dus de snelheid waarmee een muziekstuk wordt uitgevoerd) zijn eigen expressie dwingend voorschrijft. Wie hieraan mocht twifelen, stel ik voor een lied als bijv. 'Stille Nacht', (dat een uitgesproken, geijkte sfeer heeft), eens tweemaal sneller uit te voeren en ook eens tweemaal langzamer. Het zal beslist niemand hierbij gelukken dezelfde sfeer op te roepen. In het snelle zal het lied vrolijk en dansend worden, in het langzame noodzakelijkerwijze: sentimenteel.⁸

Zo ligt het ook met subtiële tempoveranderingen; de grootmeesters der muzikale interpretatie wéten, dat het gekozen tempo bepalend is voor hun expressiemogelijkheden. Nu is het niét zo, dat we kunnen stellen, dat wie een snel eigen-tempo heeft een oppervlakkige natuur is, en wie een langzaam tempo heeft, lui of sentimenteel zou zijn. Er zijn natuurlijk nog andere, uiterst gecompliceerde factoren, die ik voor het gemak hier de dieptefactoren zal noemen, maar die buiten deze beschouwing moeten vallen.

Los gezien hiervan nu, is de hypothese onzerzijds, dat ieder mens van nature zijn eigen tempo heeft en, theoretisch gesproken, daaraan te herkennen zou zijn. Dit zou, volgens onze redenering, eigenlijk al een zekere gepredisposeerdheid inhouden, (zoals, vergelijken-derwijze, ook de manier van rijden van de meeste automobilisten voor een belangrijk deel terug te voeren is op het merk van auto, waarin zij rijden).

In het kort, naar aanleiding dus van het onderzoek naar het eigen-tempo, een paar voorlopige observaties:

1. *defect-schizofrenen* hebben vaak een hoge, steeds oplopende snelheid, die zich lijkt te verliezen in de leegte. Zij komen nooit terug naar een langzamer tempo;
2. *epileptici* zijn vaak onbeheerst en plomp in hun bewegingen; het lijkt alsof zij in hun tempo 'achter zichzelf aanlopen';
3. *neurotici* zijn bijzonder onregelmatig in hun tempo; zij zwalken vaak tussen vlug en langzaam heen en weer;
4. *melancholici* zijn gewoonlijk rustig, tam en kleurloos; een gebrek aan vitaliteit valt direct op.

Bij deze proef worden twee dingen gechecked: de snelheid (die met behulp van een metronoom exact is vast te stellen) en de regelmaat. Andere observaties worden in een toegevoegde beschrijving verwerkt.

⁸ Zie ook: Jos Smits van Waesberghe — *Het motorisch-ritmische in groepsgebed en cantilatie*, gedachten over structuren en tempo's in de muzische expressie, Gregoriusblad, jaarg. 90, nr. 1.

2e proef: verdraagt de p.p. benadering? — Dit is een zeer eenvoudige proef, die toch noodzakelijk is. De p.l. slaat (onzichtbaar steeds) op zijn eigen tamtam in het tempo van de p.p. Een enkele keer slechts weigert de p.p. dit, niet verbaal, maar in ontsappingsmanoeuvres die duidelijk als zodanig herkenbaar zijn. Het zijn dezelfde mensen, die niet verdragen, dat men hun pas overneemt bij het lopen. Zij springen dan steeds uit de pas en willen het liefst iets achter lopen. Het is hierbij of ze hun ware aard willen verbergen.

Conclusie: wanneer de p.p. de benadering niet verdraagt, is hij, zolang zijn negatieve instelling voortduurt, ongeschikt voor muziektherapie en zeker niet 'bereikbaar' met de volgende proeven. Een falen bij de hierna komende proeven is dus mogelijk te wijten aan gebrek aan bereidheid en niet of minder aan onvermogen.

3e proef: a) het omschakelen naar andere tempi — Als proef ook zeer eenvoudig te realiseren. De p.l. slaat achtereenvolgens verschillende tempi en nodigt de p.p. uit tot meedoen; er wordt echter vóór iedere tempowisseling gestopt. Wanneer wij als juist aannemen, dat ieder mens zijn eigen-tempo van nature heeft, (met zijn dienovereenkomstige mogelijkheden), dan betekent het vermogen tot overnemen van andermans tempo dus eigenlijk: het vermogen tot afstand doen van het eigene. Dit kan een onvermogen zijn van binnen-uit, of, laat ons zeggen, door een technische indispositie.

Observatie: pas in een zeer vergevorderd stadium van schizofrenie blijkt de mens vastgeketend te zijn aan zijn eigen-tempo; muziektherapie moet in deze gevallen dan ook steeds vanuit het eigen tempo begonnen worden. Het realiseren van een ander tempo dan het eigene, kan in deze gevallen een reëel therapeutisch winstpunt genoemd worden, want betekent: een bevrijding uit het isolement. Onder hetzelfde hoofdstuk valt:

3 b): de aanpassing aan geleidelijkheid-wisselende tempi — Is ongeveer eender als de vorige proef, doch nu wordt ononderbroken tussen snel en langzaam gemoduleerd.

Observatie: vaak blijkt een positief vermogen tot het overnemen van andere tempi, doch een remming bij geleidelijke wisselingen, dit in het bijzonder bij: van snel naar langzaam gaand. (Merkwaardigerwijze niet andersom; van langzaam naar snel gaand is klaarblijkelijk gemakkelijker! Dit stemt overigens wél overeen met de ervaringen uit het normale muzikaleven: gewoonlijk worden tempi opgejaagd, slechts zelden wordt eraan 'getrokken'.) Onverwacht, doch zeer apert is hierbij, dat geleidelijke wisselingen ook moeilijker blijken te zijn dan plotselinge. Het vermogen als zodanig is terug te voeren op het begrip 'aanpassing', met nadruk op de tijdsfactor.

4e proef: onderzoek naar het structuringsvermogen — Dit vermogen tot vormgeving is terug te voeren op het beschikken over polariteiten. Wanneer we uitgaan van de bekende gedachte dat de mens 'zich zijn wereld schept', dus structuur geeft aan datgene, wat reeds aanwezig is, dan betekent dat in de eerste plaats de noodzaak om de beschikking te hebben over polariteiten; (zonder tegenstellingen is nl. geen enkele structuur denkbaar). Er worden hier onderzocht de tegenstellingen: kort — lang, en verderop ook: sterk — zacht.

Ik kan de belangwekkende vraag niet beantwoorden of het eventuele onvermogen hiertoe een gevolg of een oorzaak van de ziekte is, doch het lijkt mij een probleem, dat met meer toegespitste proeven op te lossen moet zijn. Uit de praktijk blijkt, dat het falen hierbij gewoonlijk een stadium is van schizofrenie en, voor zover de ervaringen thans strekken, vaak hand-in-hand gaat met de zgn. stereotypie. (Als dit juist mocht blijken, dan is stereotypie dus te herleiden tot een gestoord structuringsvermogen en verdwijnt dit verschijnsel wanneer men erin slaagt het structuringsvermogen te revalideren).

In de praktijk omvatten de proeven het vermogen tot het realiseren van rustpauzes en van ritmische patronen. Dit laatste appeleert dan aan de polariteiten: kort — lang.

Ik moet nu een zeer belangrijk element toelichten dat, bij gebrek aan een betere benaming, aangeduid is met het woord: 'weerbaarheid'. Het komt praktisch neer op het gelijktijdig gebruik van een tweede ritme, te spelen door de p.l., dat tegenover het eerste geplaatst wordt en dat in feite dan een situatie-verandering betekent. De mogelijkheden hiervan zijn onvoorstelbaar groot en ze worden door ons beschouwd als het belangrijkste therapeutische hulpmiddel.⁹ Een eenvoudig beeld ter inleidende verklaring hiervan:

Iemand speelt bijv. prachtig piano, mits hij alleen is; hij doet dit ook nog vrij goed in de familiekring, doch hij faalt volledig bij openbaar optreden. Veranderd is hierbij slechts: de situatie.

Wanneer dus van nu af aan gesproken wordt van 'weerbaarheid', dan betekent dat steeds een naast elkaar plaatsen van, laat ons zeggen, de prestaties buiten het (momentane) contact, en een meting van dezelfde functies in het contact. Hieruit zijn belangrijke conclusies te trekken, waarvan ik de volgende noem:

(1) wanneer iemand generlei reacties vertoont op een contrastritme, dan kan het zijn dat hij over veel weerbaarheid beschikt; het kan echter óók zijn dat hij dermate autistisch is, dat hij het contrastritme eenvoudig niet waarneemt. (In het begin van onze proefnemingen heeft dit soms tot verkeerde conclusies geleid. De p.l. moet deze

⁹ A. B. P. Salomé-Finkelstein en Clemens Holthaus — *Culturele therapieën en toegepaste muziektherapie in de psychiatrie*, Geneesk. Gids 1965, nrs. 16 en 17.

mogelijkheid peilen, door met kleine temposchommelingen te werken, waaruit een eventueel ontbreken van het contact onmiddellijk duidelijk wordt);

(2) wanneer iemand buiten het contact al faalt (dus zonder dat er van een contrastritme sprake is), dan kan hij zonder meer niet structureren. Er moet dan tot een onvolgroeid of geatrofieerd vermogen geconcludeerd worden (het laatste blijkt overigens, therapeutisch gesproken, vaak nog voor enige revalidatie vatbaar);

(3) wanneer iemand speciaal in het contact faalt, dan kan dat verschillende oorzaken hebben. Ik wil, hoewel ik mij op gevaarlijk terrein begeef, enkele waarnemingen vermelden:

(a) wanneer er, door het stadium van de ziekte, een onvermogen is ontstaan tot het zich-afsluiten van akoestische prikkels, dan rangschik ik dit onder bepaalde fundamentele-stoornissen (ik ben overigens direct bereid dit woord weer prijs te geven; ik zoek alleen naar een onderscheiding);

(b) wanneer dit niet het geval is — dus wanneer de p.p. zich wel kan afsluiten, wat heel duidelijk blijkt bij de zgn. selectieproeven, zie 8e proef — en hij faalt toch in het contact, dan rangschik ik dit onder bepaalde regulatieve-stoornissen, die overwegend van karakterologische-neurotische aard zijn.

Als we dit bezien in het licht van de bekende uitspraak, dat schizofrenie in de eerste plaats een vormprobleem is en de neurose een inhoudsprobleem, dan zal duidelijk zijn, dat via deze proeven vaak de vinger gelegd zal kunnen worden op de grensdiagnosen: schizofrenie of neurose. Een kwetsbaar punt zal hierbij voorlopig blijven of de p.l. wel juist geobserveerd heeft, want de verschillen liggen vaak uiterst subtiel. Hopelijk zullen de waarnemingsmethoden echter nog verbeterd kunnen worden.

Er worden nog vele andere observaties verricht, die deels op andere diagnosen wijzen of, in het algemeen, bepaalde karaktereigenschappen onthullen. Ik noem alleen maar: schuwheid, onzekerheid, minder- of juist méér kracht door weerstand, agressieve geldingsdrang, ruwheid, onbeheerste spierbewegingen, e.d. Zij zullen misschien niet van wetenschappelijke waarde zijn, doch wel van belang voor de manier van aanpak in de therapie.

Voor het geval dat de praktische techniek zojuist niet duidelijk genoeg mocht zijn geworden, geef ik nog de volgende toelichting:

1. de p.p. krijgt opdracht een bepaalde ritmische figuur uit te voeren;
2. de p.l. stelt hier verschillende ritmen tegenover.

Beide ritmen zijn oneindig te variëren, maar worden altijd zó gekozen, dat zij samenvoegbaar, of zo men wil, verzoenbaar zijn. De opdracht is dus altijd redelijkerwijze te vervullen.

De enorme hoeveelheid mogelijkheden in de dialoog, die hierbij ontstaat, kan ik samenvatten onder drie noemers: aktiverend, passiverend en, als tussenvorm, regulerend.

Hiermee is dan tevens de mogelijkheid van therapie aangeduid, nl. helpend, beteugelend, en de tussenvorm: spelend.¹⁰

Nog één belangrijke observatie wil ik tot slot van deze proef vermelden. Soms is de p.p. met de handen niet meer in staat tot het structureren, d.w.z. tot het realiseren van rustpauzes, doch blijkt hij dit nog wél te kunnen met de benen, dus in de beweging. Hieruit volgen twee overwegingen:

1. dat de beenbewegingen ergens anders gecentraliseerd zijn dan de handbewegingen;
2. dat het dementeringsproces verloopt van de hogere- naar de lagere vermogens.

Conclusie I: hier is dus een duidelijk bewijs, dat een handbeweging een hoger vermogen is dan een beenbeweging; daarom zullen bijv. katatone stoornissen zich het eerst in de handbewegingen manifesteren.

Conclusie II: met de bewegingstherapie kan men nog tot contacten komen, wanneer andere therapieën tekort schieten.¹¹

5e en 6e proef: het coördinatievermogen der handen — De p.p. krijgt tot opdracht met beide handen, in afwisseling, op de tamtam te slaan. Ik noem dit de balansslag, door de associatie met een weegschaal. Het tempo is vrij.

Er is vaak een duidelijk onvermogen te signaleren deze beweging correct uit te voeren en wel in het bijzonder bij stoornissen van katatone aard. Men ziet dan dat de relatie tussen de handbewegingen gestoord is en dat de p.p. als het ware afwisselend per-hand denkt en niet per-combinatie van handen.

In ernstige gevallen is de alternerende beweging in het geheel niet meer mogelijk. Wanneer nu blijkt, dat de p.p. wél in staat is tot: (a) met de handen-afzonderlijk te slaan en (b) óók met twee handen-gelijktijdig te slaan, maar (c) niet correct afwisselend kan slaan, dan moet van een relatiestoornis tussen de handen-onderling gesproken worden, die niet met spierfuncties of zo te maken heeft. Anders gezegd: hier gaat het om een (primaire) vermogensstoornis en niet om een (secundaire) uitvoeringsstoornis. Het spreekt vanzelf, dat ik niet in staat ben deze stoornis nader te lokaliceren, doch ik wilde wel als bijzondere observatie vermelden, dat niet zelden de p.p. wél correct de balansslag kan uitvoeren, doch faalt wanneer de p.l. een contrastritme laat horen. Het auditieve contact beïnvloedt klaarblijkelijk de bewegingsfunctie.¹¹ Dit lijkt mij een diepgaand onderwerp voor nader onderzoek.

¹⁰ A. B. P. Salomé-Finkelstein — *Beweging en muziek als onmiddellijk werkelijkheidsgegevens*, Geref. Psychologische Studievereniging 1964, nr. 15.

¹¹ W. Tränkle — *Ueber die anregende und entspannende Wirkung von Musik*, bijdrage in *Musik in der Medizin* (zie voren) bericht, dat hoge tonen (zonder verdere muzikale samenhang) aantoonbare spierspanningen oproepen, in tegenstelling tot lage tonen, die spierontspannend zouden werken.

Het is niet altijd zo, dat katatone stoornissen bij de zojuist besproken proef aan het licht treden. Er zijn, voor zover tot nu toe bekend, drie uitzonderingen:

1. wanneer het een beginnende schizofrenie betreft (vaak ziet men de katatone verschijnselen bij een volgende 'Schub' wèl optreden; men weet dan, dat er achteruitgang is te boeken);
2. wanneer de p.p. zich van het contact heeft afgesloten, m.a.w. wanneer hij autistisch- of in ieder geval onbereikbaar is;
3. wanneer de bewegingen vóór de ziekte al geautomatiseerd werden en in een ander, nog niet aangetast centrum zijn komen te liggen.

Dit laatste komt nogal eens voor, vooral bij degenen, die een instrument hebben leren bespelen. Tot nader onderzoek hiervan is er nog een tweede proef, t.w. een aantal opdrachten (om met de handen uit te voeren) volgens onbekend patroon. Bijvoorbeeld: 3x rechts — 1x links; 2x links — 1x rechts; en zo nog enige andere onregelmatige vormen, opgebouwd van kleine- naar grotere structuren. Soms ziet men het falen pas bij de grotere structuren optreden; dan wordt daarmee tevens een gebrek aan spankracht gesignaleerd.

Er moet op den duur een schaal op te stellen zijn, waarmee gemeten kan worden bij welke lengte van opdracht de spankracht ontoereikend blijkt; de aansluiting voor therapie ligt dan voor de hand: opvoeren van de weerbaarheid en geleidelijke vergroting der aangeboden structuren.

7e proef: onderzoek naar het dynamisch schakeringsvermogen — Ook deze proef valt onder het begrip: polariteiten. Aan de p.p. wordt verzocht met één hand (en later ook met de handen afwisselend) achtereenvolgens: zo-sterk-mogelijk en zo-zacht-mogelijk te slaan. De waardering, die een schatting is van de p.l., wordt uitgedrukt in twee cijfers tussen 10 en 1, die resp. uitdrukken: zo sterk- en zo zacht als redelijkerwijze mogelijk geacht wordt. De visuele observatie van de p.l. speelt hierbij dus een grote rol. Zijn de twee cijfers ongeveer gelijk, dan is er een gering vermogen tot schakering.

Wanneer de p.p. (voor resp. sterk en zacht) bijv. de cijfers 9—8 als waardering krijgt, dan duidt dit op een ander soort karakter dan bijv. de cijfers 3—2.

In het eerste geval is te denken aan een overmaat aan geldingsdrang, maar het kan óók een gebrek aan spierbeheersing zijn; in het tweede zou sprake kunnen zijn van een wegschuiling of een 'Mangel an Antrieb'. Er komt weliswaar een aanvechtbare intuïtiefactor aan te pas, maar artsen geven tot mijn troost toe, dat vaak ook bij hun diagnoses de intuïtie een rol speelt! Zoals gezegd, is de waardering dus een schatting, doch ondanks de rela-

tieve waarde hiervan vormt het een belangrijke schakel in het totaalbeeld van de karakterstructuur. Hoewel allerminst gestandaardiseerd, zijn er reeds duidelijke overeenkomsten per diagnose aanwijsbaar.

8e proef: het selecteringsvermogen uit constanten — De p.l. slaat (onzichtbaar) in een constante snelheid op zijn tamtam, een ononderbroken stroom dus van even-lange en even-sterke tikken, en geeft de p.p. opdracht tot het produceren van bijv. 1 tik op de 8 van de p.l. Wanneer de p.p., ondanks eventuele hulp, hiertoe niet in staat blijkt en hij gaat duidelijk mee-, of hij tendeert duidelijk naar hetzelfde te doen als de p.l., dan kan hij dus niet selecteren uit constanten, of, zoals men ook zou kunnen zeggen: hij ligt open voor akoestische prikkels. Voldoet de p.p. tot zover aan de opdracht, dan gaat de p.l. van tempo wisselen en varieert hij geleidelijk tussen snel en langzaam, en wel zodanig, dat het volgen mogelijk geacht wordt. Hiermede wordt een beroep gedaan op het vermogen tot transfereren, een psychologisch begrip uit het leerproces. Zoals bekend, behoeft de mens niet alles te leren, maar leert hij alleen bepaalde principes. Heeft hij bijv. geleerd, hoe een stoel gemaakt moet worden, dan kan hij ook een tafel maken. Bij deze proef is sprake van een gelijkblijvende opdracht bij een wisselend tempo, wat o.i. een volkomen nieuwe toestand betekent die een beroep doet op het vermogen tot transfereren. Volgens mevrouw Salomé wordt het vermogen tot transfereren speciaal bij schizofrenie spoedig aangetast, maar zulks komt eveneens in neurotische gevallen voor. Bovendien kunnen in het algemeen tijdelijke regulatiestoornissen debet zijn aan het onvermogen tot transfereren. Beslissend voor de eindconclusie is dus: vergelijking met de resultaten van de andere proeven.

Ook bij deze proef valt het op, dat sneller-worden gemakkelijker is dan langzamer-worden, welk laatste nl. méér spankracht veronderstelt.

De proef als geheel bestaat uit 4 onderdelen, die van kleine- naar grotere structuren gaan en die zowel het simpele 'op tijd in de stroom springen' als het correct plaatsen van een uitgesproken 'Gestalt' omvatten. De proeven zijn een voortreffelijke waardemeter om het verloop van de therapie af te tasten.

9e proef: betreft het imitatievermogen en het spelelement — Er wordt bij deze proef gebruik gemaakt van zgn. complementaire-ritmicken, die a.h.w. 'dakpansgewijze' aan elkaar sluiten. Zowel de p.p. als de p.l. heeft eenzelfde ritme, zij het op een verschillend tijdstip. Te zamen vormen beide ritmen een totaliteit en bieden mogelijkheid tot de volgende waarnemingen:

1. heeft de p.p. imitatievermogen? (hierbij wordt opgemerkt, dat

de p.l. zowel in sterkte als in snelheid varieert);
2. komt de p.p. tot versmelting met de p.l.? (dit appeleert dan aan het dialogerende spelelement en betreft dus de sociale factor). De observaties zijn vele en liggen vrijwel alle in het beschrijvende vlak. Zowel het onvermogen als de weigering, met de meest subtiële tussentinten, wordt gemakkelijk binnen het tijdsverloop van één minuut waargenomen. Het onder woorden brengen van de vaak zeer fijne nuances stelt de p.l. overigens nogal eens voor problemen.

Tot de waarnemingen horen ook begrippen als:

de p.p. toont bereidheid leiding te aanvaarden, of wijst deze juist af; hij is vatbaar voor sportieve spanning, of blijft juist inert; hij heeft gevoel voor humor, of blijft onder alle omstandigheden stug;

hij reageert flitsend, traag of gevat; en zo meer.

10e proef: het creatieve vermogen — Deze laatste proef is onderverdeeld in twee vormen:

- a) het creatief vermogen bij gegeven vorm; en
- b) de vrije fantasie.

De totstandkoming van de eerste proef heeft nogal wat hoofdbrekens gekost. Uiteindelijk is de definitieve vorm gewoon vanuit het praktisch experimenteren gegroeid. Mogelijk zijn er veel betere proeven te bedenken, de onze is echter uiterst simpel en voldoet uitstekend aan de verwachtingen.

Het komt erop neer, dat in een niet te korte en niet te lange ritmische structuur twee tellen rust worden opengelaten, die zeker wel op tien verschillende manieren ingevuld zouden kunnen worden. Het gegeven motief wordt een aantal malen herhaald, tot zekerheid is verkregen dat de p.p. het volledig omvat, m.a.w. dat hij het begin en het einde van de rustpauzes duidelijk als dwingend voelt. Zijn fantasie moet zich dus ontladen in het verloop van deze twee tellen en zodoende wordt van 'gegeven vorm' gesproken. Vanzelfsprekend is er een instructie aan verbonden, die niet voor tweerelei uitleg vatbaar is.

Observaties zijn de volgende:

1. opmerkelijk is de keuze van de meeste p.p. voor hetzelfde ontwerp; (ik acht dit een bewijs voor de bruikbaarheid van de proef);
2. sommigen vergenoegen zich, ondanks aanmoedigingen, met één vondst; (vaak typerend voor hun karakter); anderen vinden er verscheidene;
3. sommigen ontspannen zich bij de gedachte, dat er maar twee tellen inventie van hun verlangd wordt; anderen daarentegen kunnen in deze beperking juist niet tot keuze komen en leveren dan krampachtige, geforceerde vondsten. Deze laatste groep levert vaak belangrijk betere prestaties bij de 'vrije vorm', waarbij de p.p.

bij pianospel van de p.l.¹² vrij op zijn tamtam mag fantaseren. Naast volkomen negatieve resultaten valt er bijna altijd een uitgesproken voorkeur aan te wijzen óf voor de gebonden vorm óf voor de vrije vorm. Er valt over te twisten of deze wetenschap ook waardevol is voor andere levensterreinen; ons is vaak een verrassende correlatie opgevallen! In het dagelijkse leven vertaald, houdt dit het volgende in: de één moet leiding hebben en, in casu, een duidelijk afgebakende taak; de ander moet daarentegen vrijheid en armslag hebben wil hij tot prestaties kunnen komen. Onnodig te vermelden hoe belangrijk deze kennis is voor de therapeutische aanpak: moet men de patiënt zoveel mogelijk vrijheid laten of moet men de opdrachten juist nauwkeurig uitstippelen? Hiermee is de test dan geëindigd.

SLOTBESCHOUWING

De samenvatting van het zojuist besprokene wil ik tot enkele punten beperken.

(1) Ik hoop aangetoond te hebben, dat de zgn. actieve muziektherapie¹³ beslist niet thuishoort in de 'goochel- en toverhoek' van de psychiatrie. Integendeel verwacht ik, dat zij tot een reële component in het behandelings totaal zal uitgroeien; (zulks in tegenstelling tot de grammofoonplatentherapie, die hooguit tot het emotionele beperkt blijft, en dan nog slechts in een gunstig geval!¹⁴

(2) Het is aan de arts om de vele en veelsoortige informaties, die uit de ritmetest naar voren komen, te integreren in het behandelings schema. Het lijkt mij geen geringe taak, doch het zal m.i. zeker de moeite lonen.

(3) Ik meen, dat uit de ritmetest observaties naar voren komen, die nóch uit de gebruikelijke psychologische tests, nóch uit de zgn. creatieve therapieën te distilleren zijn, daar beide onderzoekingsmethoden niet in het dialogerende contact en ook niet in de variabele situatie plaatsvinden.

(4) Bij de schilder- en teken therapieën zijn de observaties ongetwijfeld interessant, maar zoals iedereen weet, rijst gelijktijdig steeds de gerechtvaardigde vraag: wat dóet men nu eigenlijk met deze wijsheid? Bij de ritmetest is de therapeutische aanpak daarentegen een volkomen adequaat antwoord op de observaties.

¹² Dit is de enige proef, waarbij een piano gewenst, doch niet noodzakelijk is.

¹³ Zie ook: Clemens Holthaus — *Aktieve muziektherapie in praktische toepassing*, Voordrachtenreeks 1962, pp. 122-136.

¹⁴ Het is onbegrijpelijk, dat voorstanders van receptieve muziektherapie ook maar enig heil verwachten van het laten beluisteren van gecompliceerde meesterwerken, wanneer zij te doen hebben met patiënten, voor wie een eenvoudige structuur van bijv. 3 impulsen nog te moeilijk is om te omvatten!

(5) De tijd van het zgn. éénmansbedrijf, waarbij de directeur eigenlijk alles deed, is definitief voorbij. Toenemende specialisatie eist allengs meer het delegeren van onderdelen aan 'toeleveringsbedrijven'. De taak van de leider i.c. de arts is in toenemende mate een ordenende en selectieve. Men kan dit als een verarming opvatten, maar het is toch ook een vrijmaking van 'rompslomp' die aan anderen uit te besteden valt.

(6) Patiënten van deze tijd wortelen ook in deze tijd. Therapie moet zich dan ook nooit op starre tradities vastleggen, want de psychopathologie is óók geen museumprodukt van voorbijgeen tijden. De arts wordt, naar ik meen, in zijn leven van alledag al bedolven onder centenaarslasten van de meest uiteenlopende problemen en zorgen. Desondanks wordt dan óók nog van hem verwacht, dat hij naarstig naar nieuwe wegen zal zoeken, die méér bij onze tijd passen. Laat het hem echter een troostrijke gedachte zijn, dat de 'ritmische-toeleveringsindustrie' hem graag met verse krachten terzijde wil staan!

SUMMARY

Because of the fact that above all music is executed in-the-time (in contest to the art of painting and so on, which is performed in-space) it is valued as elusive. Neither the physician nor the musictherapist appear to be in position to come to a well-described working-scheme. From practice a test which consists of 10 parts has been developed, which requires a minimum of skilfulness and which does not require a previous schooling at all. The test is done with simple expedients (two drums) and takes 30 minutes. As a rule it does not produce troubles to healthy people. Because of the fact that the patient cannot solve the problems, it certainly gives a picture of the patient which is specific to him. The picture which is resulting from the test is starting-point for a completely adequate music-therapeutical-method. (This method is not discussed in this article.) The test is entirely discussed and is based on three principles: 1. Character; 2. The capacity of contact; 3. The reactions on situative changes. Especially the reactions on situative changes can access to the music-therapy a completely own position. The fact that music is in the first place a structural vigour, by which people are able to come to their own structure, has to be emphasised. (The receptive music-therapy is only in quest of the emotional)