

---

# N=1

---

Onderzoeksopzet effectevaluatie  
kortdurende individuele actieve  
muziektherapie bij depressie met een  
systemische N=1 benadering

---

Auteur : S. Aalbers  
Opleiding : Master of Arts Therapie, Heerlen  
Datum : 30 november 2012  
Docent : Annemiek Vink  
Adviseur : Marinus Spreen

---

# Inhoudsopgave

## Inleiding 2

Aanleiding en relevantie

Probleemstelling

Doelstellingen

Vraagstellingen

Deelvragen

Hypothesen

Definiëring van begrippen

## Methode 8

Het onderzoekstype

Het onderzoeksdesign

## Onderzoekspopulatie 9

Inclusiecriteria

Exclusiecriteria

## Meetinstrumenten 9

## Procedure 10

## Data-analyse 13

## Planning 14

## Literatuur 15

## Inleiding

### Aanleiding en klinische relevantie

Depressie komt veel voor en vormt een maatschappelijk probleem. Jaarlijks worden 738.000 mensen in Nederland depressief (Meijer, Smit, Schoemaker en Cuijpers, 2006). Ongeveer één op de vijf mensen wordt gedurende zijn of haar leven depressief. Mensen lopen risico op het ontwikkelen van een depressie door een combinatie van factoren, namelijk geslacht en leeftijd, individuele kwetsbaarheid, erfelijkheid, sociale en omgevingsfactoren en levensgebeurtenissen (Trimbos-Instituut, 2012). De gevolgen die een depressie heeft voor de persoon in kwestie zijn groot en spelen zich af op vrijwel alle domeinen van het leven (Huysen, Schene, Sabbe en Spinhoven, 2012). Depressie zorgt voor hoge zorgkosten. Met 773 miljoen per jaar vormt depressiviteit 1,1% van de totale kosten aan zorg in Nederland (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2012). Depressie is daarmee één van de duurdere ziekten. Depressie kost nog eens 953 miljoen aan ziekteverzuim (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012).

Effectieve behandelingen voor depressie zijn het voeren van gesprekken, vaak in combinatie met medicatie (Trimbos-Instituut, 2012). Niet iedere cliënt is echter in staat om te verwoorden wat er in hem omgaat (Smeijsters, 2006). Muziektherapie kan voor deze mensen een alternatief bieden (Erkillä et al., 2011). Er is nog weinig bekend over het gebruik van actieve muziektherapie bij depressie. Onlangs is met behulp van een Random Controlled Trial voor het eerst aangetoond dat actieve muziektherapie effectief is bij depressie en bijdraagt aan het verminderen van angstklachten, verbeteren van de stemming en verbeteren van het algeheel functioneren (Erkillä et al., 2011). In dit onderzoek bestond de muziektherapeutische behandeling uit 20 individuele sessies. Door het aantal sessies is deze behandeling relatief gezien duur voor cliënten, zeker wanneer deze cliënten behandeling ontvangen in een zelfstandig gevestigde muziektherapiepraktijk. Cliënten moeten dan vaak zelf hun behandeling betalen en aanvullende verzekeringen zijn niet toereikend om deze kosten te dekken.

Onderzoek lijkt uit te wijzen dat kortdurende interventies effectief zijn bij de behandeling van patiënten met een mild tot matig ernstige depressie (Huysen et al., 2012). Kortdurende actieve individuele muziektherapie zou een betaalbaar alternatief kunnen zijn voor de eerder genoemde individuele behandeling van 20 sessies. Het is onbekend of kortdurende actieve individuele muziektherapie toegepast wordt en effectief is.

Om de effectiviteit van kortdurende actieve individuele muziektherapie te onderzoeken zou een RCT toegepast kunnen worden. Een RCT is namelijk de gouden standaard (Kuiper, Verhoef, De Louw en Cox, 2011). Sommige situaties lenen zich er echter minder voor om de gouden standaard toe te passen, zoals in dit onderzoek. Het onderzoek wordt namelijk uitgevoerd in een zelfstandige praktijk. Een dubbelblinde opzet is in deze context praktisch niet uitvoerbaar, omdat de behandelaar altijd weet welke behandeling geboden wordt. Enkelblind levert andere problemen op: de cliënt komt voor behandeling en in het kader van onderzoek is de muziektherapeut verplicht om de cliënt te informeren dat hij deelneemt aan onderzoek (informed consent). Ook randomisatie levert problemen op, zowel op patiëntniveau als op instellingsniveau. Een controlegroep is niet te organiseren en behandeling wordt door verschillende instellingen toegepast, waardoor onderling verschillen kunnen ontstaan in behandelaanbod en effectiviteit. Dit vertroebelt de resultaten van onderzoek (De Beurs en

Barendrecht, 2008). Daarnaast is het moeilijk om in de context van de Master voldoende aantallen te genereren. Om een middelgroot effect aan te kunnen tonen zijn minstens 50 personen nodig in de experimentele arm of conditie (Kazdin en Bass in De Beurs en Barendregt, 2008). Hierdoor is het moeilijk om betekenisvolle effecten aan te kunnen tonen.

Muziektherapeuten zouden er baat bij kunnen hebben om te zoeken naar alternatieve vormen van onderzoek. Een single case design (N=1) biedt in deze context een alternatief en is de moeite waard om uit te proberen. Een single case design is relatief snel en kleinschalig uit te voeren. De uitkomsten geven een eerste idee of een nieuwe interventie potentieel werkzaam is (De Beurs en Barendregt, 2008). Een aantal n=1 designs kan een goed traject zijn om een nieuwe behandeling te introduceren. Een casestudie kan in dit geval de functie hebben van vooronderzoek (Swanborn, 2008). Historisch gezien heeft de intensieve single case design een vooraanstaande plaats ingenomen binnen de psychologie en psychiatrie (Barlow, Nock en Hersen, 2009). Goed opgezette single case studies zijn wetenschappelijk gezien gerespecteerde onderzoeksdesigns. De American Psychological Association (APA) accepteert bijvoorbeeld expliciet bewijs verkregen uit single case experimentele designs. Meer dan negen single case designs worden aangemerkt als 'well established treatments'. Drie of meer N=1 studies voldoen als 'probably efficacious treatments' (Chambless in Beurs en Barendregt, 2008). Ook de Cochrane Collaboration accepteert bewijs uit single case designs (Davies, Howells en Johns in Beurs en Barendregt, 2008).

In de dagelijkse praktijk van de zelfstandig gevestigde muziektherapeut doet zich nog een ander probleem voor: muziektherapeuten moeten kunnen aantonen of hun behandeling effectief is. Zij hebben gereedschap nodig om dit te kunnen bepalen (Spren, 2009). Op dit moment hebben zelfstandig gevestigde muziektherapeuten onvoldoende methoden beschikbaar om effecten van muziektherapie op het verminderen van depressieve klachten op een betrouwbare manier te evalueren. In een tijd waarbij het belangrijk is dat er evidence based gewerkt wordt, is dit een lastig dilemma. Muziektherapeuten zouden er baat bij hebben wanneer dit probleem opgelost zou zijn. Zij kunnen dan zorg beter evalueren en verantwoorden ten opzichte van cliënt, verwijzer en zorgverzekeraar.

Een systemische N=1 benadering, waarbij zowel de cliënt, de betrokken behandelaars als ook het informele netwerk van de cliënt (familie, burens, vrienden) effecten evalueren met behulp van gevalideerde depressie vragenlijsten, biedt misschien een mogelijkheid hiervoor. In de dagelijkse praktijk kan een behandelaar via deze methode namelijk een inschatting maken van de sterkte van verandering van een cliënt waarbij de cliënt zijn eigen norm is. Er wordt met deze benadering gemeten hoe sterk de verandering is ten opzichte van het beginniveau van dezelfde cliënt. Op deze manier kan de behandelaar inschatten of de verandering ook als betekenisvol (significant) beschouwd kan worden ten opzichte van het beginniveau van de cliënt. Gemeld moet worden dat een evaluatiesysteem waarbij de cliënt zijn eigen norm is, naast standaardmethoden specifieke statistische methoden vereist. De ontwikkeling van formele statistische methoden voor N=1 studies staat in de kinderschoenen (Spren en Bogaerts, 2012).

Wanneer netwerken van professionals werken met N=1 methode zouden zij op een snelle manier data kunnen genereren en in deze context de effectiviteit van muziektherapie aantonen (Barlow, Nock en Hersen, 2009). Zo worden grotere aantallen gegenereerd en wordt toegewerkt naar 'well established treatments'.

Wanneer blijkt dat het principe van een systemische N=1 benadering werkt om effecten te meten en te evalueren, dan zou deze methode (naast onderzoeksdoeleinden) ook gebruikt kunnen worden om in de dagelijkse praktijk behandeling met cliënten en verwijzers te evalueren. De methode biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de door de participanten ervaren knelpunten en oplossingen. Er kan met andere woorden met behulp van deze methode geprofiteerd worden om een optimaal ontwerp of optimale beleidsstrategie op te stellen door een organisatie (Swanborn, 2008). Effectiviteit wordt gezien als een belangrijk criterium om de bruikbaarheid van een behandeling te evalueren. Evans (2003) stelt echter dat er breder gekeken moet worden bij de evaluatie van een methode om tot uitspraken te komen over de inzet daarvan. Hij hanteert het standpunt dat er drie essentiële criteria zijn waar een methode aan moet voldoen, namelijk: De methode is effectief (effectiviteit), de methode is bruikbaar voor de cliënt (geschiktheid) en de methode is uitvoerbaar in een bepaalde context (toepasbaarheid). Tot op heden is hier binnen de muziektherapie geen onderzoek naar gedaan. Bovenstaande leidt tot de volgende probleemstelling:

### Probleemstelling

Depressie komt veel voor en vormt een maatschappelijk probleem. Kortdurende behandelingen lijken effectief om depressie te behandelen en zijn betaalbaar. Praten en medicatie zijn effectief gebleken, maar niet iedere cliënt praat gemakkelijk over zijn problemen. Kortdurende actieve individuele muziektherapie zou voor deze mensen een alternatief kunnen bieden. Deze behandeling is echter nieuw en het is onbekend wat het effect is van zo'n kortdurende interventie voor deze doelgroep. RCT's zijn de gouden standaard om effecten van muziektherapeutische behandeling aan te tonen. In de context van een zelfstandige praktijk lukt het niet om te voldoen aan de eisen die gesteld worden aan een RCT. Muziektherapeuten zouden over kunnen stappen naar een ander design. Een goed opgezette single case design is wetenschappelijk gezien een gerespecteerd onderzoeksdesign en kan als voorstudie een alternatief bieden voor een RCT. Daarnaast zou een n=1 benadering voor zelfstandig gevestigde muziektherapeuten een methode kunnen zijn om in de dagelijkse praktijk te hanteren om effecten te evalueren. Door stapeling van N=1 kan op termijn de effectiviteit beter aangetoond worden. Er kan op dit moment geen uitspraak gedaan worden of de methode bruikbaar en toepasbaar is binnen de zelfstandig gevestigde muziektherapiepraktijk, omdat niet bekend is of de methode voldoet aan de drie criteria van Evans, namelijk: effectiviteit, geschiktheid en toepasbaarheid.

### Doelstellingen

Bovenstaande probleemstelling leidt tot de formulering van de volgende onderstaande doelstellingen:

#### Doelstelling 1

De muziektherapeut in de zelfstandig gevestigde praktijk kan met behulp van kortdurende actieve individuele muziektherapie een bijdrage leveren aan het verminderen van depressieve klachten. De muziektherapeut kan naar cliënt, psycholoog, psychotherapeut, psychiater en zorgverzekeraar het behandelaanbod onderbouwen met onderzoek. De muziektherapeut heeft een betaalbaar behandelaanbod ter beschikking. De kans op financiering door zorgverzekeraar kan daardoor mogelijk vergroot worden. Het onderzoek draagt bij aan professionalisering van het beroep muziektherapeut.

### Doelstelling 2

De muziektherapeut in de zelfstandig gevestigde praktijk heeft met N=1 een methode beschikbaar om de effecten van kortdurende actieve groepsmuziektherapie bij cliënten met depressieve klachten te meten en te evalueren. Deze methode is bruikbaar en toepasbaar.

### Vraagstellingen

Bovenstaande probleemstelling en doelstellingen leiden tot de volgende twee vraagstellingen:

#### Vraagstelling 1

Leidt kortdurende actieve individuele muziektherapie tot een vermindering van depressieve klachten?

#### Vraagstelling 2

Voldoet de N=1 methode aan de drie criteria (effectiviteit, bruikbaarheid en toepasbaarheid) van het model van Evans voor gebruik in de zelfstandige muziektherapiepraktijk?

### Deelvragen

1. Zijn depressieve klachten na behandeling met behulp van kortdurende actieve individuele muziektherapie verminderd volgens de cliënt?
2. Zijn depressieve klachten na behandeling met behulp van kortdurende actieve individuele muziektherapie verminderd volgens het formele netwerk?
3. Zijn depressieve klachten na behandeling met behulp van kortdurende actieve individuele muziektherapie verminderd volgens het informele netwerk?
4. Zijn verminderingen in de depressieve klachten door kortdurende individuele muziektherapie op een betrouwbare manier te meten met behulp van de systemische N=1 methode?
5. Hoe ervaren cliënten en het netwerk (formeel en informeel) de bruikbaarheid en toepasbaarheid van systemische N=1 methode?

### Hypothesen

1. De verwachting is dat bij deelnemende cliënten kortdurende actieve individuele muziektherapie bijdraagt aan het verminderen van hun depressieve klachten.

Wanneer er significant verschil aangetoond kan worden met behulp van uitkomsten op de IDS, wordt de hypothese geaccepteerd.

2. De verwachting is dat de N=1 methode voldoet aan de drie criteria van Evans (effectiviteit, bruikbaarheid en toepasbaarheid).

Wanneer uit het 'effect' onderzoek, de survey onder cliënten, en (in)formele netwerkleden en aantekeningen uit het logboek blijkt dat de N=1methode voldoet aan de drie criteria van Evans, namelijk: effectiviteit meten, bruikbaarheid en toepasbaarheid wordt de hypothese geaccepteerd.

### Definiëring van begrippen

#### Depressie

Een cliënt lijdt aan een depressie wanneer hij gedurende ten minste twee weken, bijna elke dag en bovendien gedurende het grootste deel van de dag last heeft van minimaal vijf van de volgende symptomen: gedepimeerde stemming gedurende het grootste deel van de dag, duidelijke daling van belangstelling in aangename activiteiten, veranderende eetlust en duidelijke gewichtstoename of

gewichtsverlies, verstoord slaappatroon of slapeloosheid of meer slapen dan normaal, veranderingen in activiteitsniveaus, rusteloosheid of zich beduidend langzamer bewegen dan normaal/ vrijwel alle dagen vermoeidheid of energieverlies, gevoelens van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid en/of vrees, verminderde capaciteit om zich te concentreren of besluiten te nemen en het denken over dood of zelfmoord (Koster van Groos, 2005). Niet alle symptomen hoeven aanwezig te zijn. Essentieel voor de diagnose zijn de depressieve stemming en het verlies van interesse of plezier in bijna alle activiteiten. Deze twee symptomen vormen de kernverschijnselen van de depressie. De verschijnselen hebben tot gevolg dat iemand duidelijk minder goed gaat functioneren, zowel op het werk als privé (Depressie, 2012). In het kader van dit onderzoek zijn cliënten met een lichte tot ernstige depressie geïncludeerd.

#### *Lichte, matige of ernstige depressie*

Depressie kan in een lichte, matige, ernstige of zeer ernstige vorm voorkomen (Depressie, 2012). Of iemand in het kader van dit onderzoek een lichte, matige, of ernstige depressie heeft wordt bepaald aan de hand van uitkomsten op de IDS. Er is sprake van een lichte tot ernstige depressie wanneer de cliënt op de IDS een totaalscore heeft van 14 tot 39.

#### *Operationele definitie depressie*

De kenmerken van depressieve klachten worden gemeten met behulp van de score op de IDS. Afhankelijke variabelen zijn: inslaapstoornis, doorslaapstoornis, vroeg ontwaken, hypersomnia, sombere stemming, prikkelbare stemming, angstige of gespannen stemming, beïnvloedbaarheid van de stemming, stemming in de loop van de dag, kwaliteit van de stemming, verminderde eetlust, toegenomen eetlust, gewichtsafname, gewichtstoename, concentratie/besluitvaardigheid, zelfbeeld, toekomstverwachting, suicidegedachten, algemene interesse, energie/vermoeibaarheid, plezier en genieten, belangstelling voor seks, psychomotorische retardatie, psychomotorische agitatie, lichamelijke klachten, vegetatieve klachten, paniek/fobische klachten, stoelgang, interpersoonlijke gevoeligheid en zwaar gevoel/lichamelijk energie.

#### *Muziektherapie*

Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden om verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie te bewerkstelligen op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied (Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie, 2009).

#### *Actieve muziektherapie*

Actieve muziektherapie is een handelingsgerichte en ervaringsgerichte therapie waarbij het beïnvloeden van het handelen en de beleving in de muziek vooropstaat, waarbij patronen hoorbaar worden in de muzikale improvisatie en via muziektherapeutische interventies een verandering kunnen ondergaan (Smeijsters, 2006).

#### *Muzikale improvisatie*

Onder muzikale improvisatie wordt iedere combinatie van geluid en geluid gecreëerd in een structuur met een begin en een eind (Wigram, 2004)

### *N=1 benadering*

Een N=1 benadering is een patiëntgerichte benadering waarin het leidende principe is, dat gedragsverandering van een patiënt vergeleken en formeel getoetst wordt met eerder gedrag van dezelfde patiënt en minder ten opzichte van normgroepen. Eerder gedrag van de patiënt is zijn eigen norm(groep) (Spreeen en Bogaerts, 2012).

### *Systemische N=1 benadering*

N=1 benadering waarbij de cliënt en zijn formele en informele netwerkleden, geselecteerd via een sociaal netwerkanalyse, gevalideerde vragenlijsten invullen voor en na een interventie met als doel het begeleiden van het behandelproces en het meten van effecten van de interventie. De basis van deze benadering is dat de cliënt en het formele en informele netwerk worden gebruikt om een interventie te toetsen (Spreeen, 2009).

### *N=1 interventie methodiek*

De basiswerkwijze van de N=1 interventie methodiek gaat uit van 6 stappen (Spreeen, 2009):

1. De behandelaar stelt de problematiek van de cliënt vast (diagnose).
2. De behandelaar beslist op basis van de gestelde problematiek welke hypothese en interventie hij gaat toetsen.
3. De behandelaar kiest met welk instrument hij dit gaat meten en met welke personen uit het netwerk van de cliënt hij dit instrument gaat invullen.
4. De netwerkleden vullen voor de daadwerkelijke interventieperiode onafhankelijk van elkaar de lijst in.
5. De netwerkleden vullen na de interventieperiode opnieuw onafhankelijk van elkaar de lijst in.
6. De behandelaar beslist vervolgens op grond van de resultaten of de interventie succesvol is geweest.

### *Formele netwerkleden*

Alle behandelaars die betrokken zijn bij de behandeling van een specifieke cliënt (Spreeen, 2009).

### *Informele netwerkleden*

Mensen die in het dagelijks leven betrokken zijn bij de cliënt. Zij hebben zicht op het dagelijks functioneren van de cliënt en kunnen met behulp van een vragenlijst dit functioneren evalueren (Spreeen, 2009).

### *Effectiviteit*

Met effectiviteit van een methode wordt bedoeld of de methode in staat is om de beoogde resultaten te meten. Zaken die hierbij volgens Evans (2003) een rol spelen, zijn: de werkzaamheid van de methode, de voor- en nadelen van een methode en degene die profiteert van het gebruik van de methode.

### *Bruikbaarheid*

Met bruikbaarheid wordt in de context van behandeling en onderzoek bedoeld wat de impact van een interventie is vanuit het perspectief van de cliënt. Bruikbaarheid van de methode heeft betrekking op vragen als: wat is de ervaring van de cliënt, welke gezondheidskwesaties zijn voor hem of haar van belang, ervaart de cliënt de uitkomsten als gunstig (Evans, 2003)?



### Toepasbaarheid

Toepasbaarheid heeft betrekking op de bredere context waarin de methode gehanteerd wordt om te bepalen of de methode kan worden uitgevoerd. Relevante vragen zijn onder andere: welke middelen zijn vereist om de interventie succes te implementeren, zal de methode worden geaccepteerd en gebruikt door werknemers in de gezondheidszorg en wat zijn de economische gevolgen van het gebruik van de interventie (Evans, 2003).

## Methode

Bovenstaande hypothesen worden getoetst door praktijkgericht onderzoek te doen. Op systematische wijze worden gegevens verzameld, geanalyseerd en kunnen hypothesen aanvaard worden en conclusies getrokken worden (Bakker & Van Buuren, 2009). Hieronder staat beschreven welke methode hiervoor gehanteerd wordt.

### Het onderzoekstype

Er is gekozen voor een *toetsend pilot onderzoek*. Bovenstaande theorie of ook wel hypothese wordt getoetst (Bakker & van Buuren, 2009). Er wordt onderzocht of de muziektherapeutische interventie bijdraagt aan klachtenvermindering. In het bijzonder wordt onderzocht of de N=1 methode voldoet aan de drie eisen van Evans, namelijk effectiviteit meten, bruikbaarheid en toepasbaarheid.

In dit N=1 design is sprake van een combinatie van *kwantitatieve en kwalitatieve opzet*. De eerste vraagstelling wordt kwantitatief benaderd. Hier worden effecten onderzocht en gemeten. Gegevens worden verzameld met behulp van vragenlijsten waarbij de afhankelijke variabelen vervolgens in getallen uitgedrukt worden (Bakker & van Buuren, 2009).

De tweede vraagstelling wordt kwalitatief benaderd. Met behulp van een korte survey wordt naar meningen van cliënt, formele en informeel netwerkleden gevraagd over de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de N=1 benadering. De muziektherapeut wordt uitgesloten van deze survey. Zij houdt een logboek bij om eigen bevindingen rondom bruikbaarheid en toepasbaarheid te beschrijven.

Verder is er op basis van het onderzoeksdesign sprake van *quasi experimenteel onderzoek*. De onderzoeker verandert namelijk iets in de onderzoeksgroep, doordat zij ingrijpt met behulp van een interventie (Bakker & van Buuren, 2009). Omdat er sprake is van een toetsend pilot onderzoek, is minder relevant dat er sprake is van een voorselectie van proefpersonen. Het onderzoek heeft namelijk in eerste instantie niet tot doel om te generaliseren naar grote groepen.

Tot slot is er sprake van *evaluatief onderzoek*. Het effect van de interventie muziektherapie en bruikbaarheid van N=1 worden namelijk geëvalueerd (Bakker & van Buuren, 2009). Dit gebeurt aan de hand van de drie criteria van Evans met behulp van een korte survey.

### Het onderzoeksdesign

Er wordt gebruik gemaakt van een *gestapeld ABA design*, waarbij er sprake is van een 0-meting (A), een muziektherapeutische interventie gegeven wordt aan cliënten met een lichte tot ernstige depressie (B) en er vervolgens een na-meting plaatsvindt (A). Iedere deelnemer wordt opgevat als *N=1*. Door stapeling van N=1 is groepsvergelijking mogelijk. Een N=1 benadering is volgens Spreen en Bogaerts (2012) een cliëntgerichte benadering, waarin gedragsverandering van een cliënt vergeleken en formeel getoetst wordt met eerder gedrag van dezelfde cliënt en minder ten opzichte van normgroepen; eerder

gedrag van de cliënt is zijn eigen norm (groep). Er is met andere woorden sprake van de vergelijking tussen een voor- en een nameting. Gedurende de muziektherapeutische interventie wordt bewust niet na iedere sessie gemeten, om te voorkomen dat een leereffect uitgaat van het invullen van de vragenlijsten. Voor het beantwoorden van alle deelvragen wordt gebruik gemaakt van de principes van N=1 systemische benadering.

## Onderzoekspopulatie

### Inclusiecriteria

De volgende cliënten vallen onder de onderzoekspopulatie: Cliënten met lichte tot ernstige depressieve klachten van 18 tot 65 jaar. Dit betekent dat er op de IDS een score is van 14 tot en met 38. Angst- en persoonlijkheidsproblematiek worden geïnccludeerd, omdat de dagelijkse praktijk is dat comorbiditeit eerder regel is dan uitzondering (Huyser, Schene, Sabbe en Spinhoven, 2012). Uit onderzoek blijkt dat cliënten met As II problematiek goed reageren op behandeling op As I. Er dient rekening gehouden te worden met het gegeven dat zij meer klachten hebben en trager reageren op behandeling (Velsen, 2002). Cliënten worden geïnccludeerd ongeacht hun medicatie status en mogen medicatie gebruiken tijdens het onderzoek. Cliënten hoeven geen muzikale vaardigheden of andere muzikale achtergrond te hebben om deel te nemen.

### Exclusiecriteria

Cliënten die geëxcludeerd worden van dit onderzoek zijn: cliënten met autisme, ernstige psychotische problematiek, ernstige verslavingsproblematiek, dementiële problematiek, een verstandelijke beperking, cliënten zonder informeel netwerk en cliënten die de Nederlandse taal niet beheersen.

## Meetinstrumenten

### Diagnostiek

Cliënten worden vanuit verschillende praktijken aangemeld voor onderzoek en deelname aan behandeling. Cliënten kunnen ook zichzelf aanmelden bij de muziektherapiepraktijk. Om te komen tot een uniforme wijze van diagnose worden alle deelnemende cliënten voorafgaand aan de 0-meting uitgenodigd om deel te nemen aan een kortdurend, gestructureerd klinisch interview (MINI). De MINI wordt internationaal regelmatig gebruikt om depressie vast te stellen in het kader van onderzoek. Diagnostiek met de MINI gebeurt bij praktijken van psychiaters en psychologenpraktijk de Vaart. Cliënten die zichzelf aanmelden bij de muziektherapiepraktijk worden uitgenodigd voor diagnostiek door psychologenpraktijk de Vaart. De MINI wordt afgenomen door een daartoe getrainde professional. Wanneer de Mini afgenomen is, kan vervolgens op een betrouwbare manier de ernst van de depressie gemeten worden met behulp van een daarvoor geschikt meetinstrument.

### Demografische gegevens cliënt / intakegesprek

Wanneer de cliënt gediagnosticeerd is, maakt de cliënt in een intakegesprek kennis met de muziektherapeut. De muziektherapeut inventariseert in dit gesprek eerst de demografische gegevens. Er wordt gevraagd naar geboortedatum, geslacht, schoolopleiding en beroep. Ook wordt gevraagd naar

de duur van de klachten, recidive, comorbiditeit, medicatie, andere behandeling en eerdere muziektherapeutische behandeling. In dit gesprek zal de muziektherapeut ook de IDS afnemen. Op basis van het kennismakingsgesprek, MINI en IDS wordt de definitieve onderzoekspopulatie beschreven en wordt geïnventariseerd en beschreven of er verschillen zijn in de onderzoekspopulatie. De demografische gegevens gelden als onafhankelijke variabelen en kunnen van invloed zijn op het therapieeffect. Zij dienen meegenomen te worden bij het beschrijven van de onderzoekspopulatie en het formuleren van conclusie, discussie en aanbevelingen in het eindartikel.

#### [Inventory of Depressive Symptomatology \(IDS\)](#)

De IDS is een interviewschaal, welke wordt ingezet om de ernst van de depressie te meten: licht (14-21), matig (22-30), ernstig (31-38) en zeer ernstig (39 en hoger). Er is gekozen voor de IDS, omdat dit instrument zowel een observatieversie (IDS-C) als een zelfinvulversie (IDS-SR) heeft (Dingemans en Nolen, 2004). Hierdoor is dit instrument geschikt om in te zetten binnen een N=1 design: zowel de cliënt als het informele en formele netwerk kunnen een gevalideerde vragenlijst invullen. Een ander argument voor de IDS is dat het instrument in het Nederlands beschikbaar is en internationaal (ook in Nederland) uitgebreid onderzocht. Een laatste en belangrijk argument voor de keuze van dit instrument is dat de IDS het enige instrument is dat een 100% score heeft ten opzichte van de DSM-IV-criteria van de 'depressieve episode' en van de subclassificaties met melancholische of met atypische kenmerken. De dekking scoort op alle drie schalen 'zeer goed' (Nolen en Dingemans, 2004).

De IDS heeft 30 items die gescoord worden op een 4-punts Likert schaal met schaalankerpunten. 0-13 betekent niet depressief, 14-21 betekent licht depressief, 22-30 betekent matig depressief, 31-38 betekent ernstig depressief en groter dan 35 betekent zeer ernstig depressief.

De volgende items worden gescoord: inslaapstoornis, doorslaapstoornis, vroeg ontwaken, hypersomnia, sombere stemming, prikkelbare stemming, angstige of gespannen stemming, beïnvloedbaarheid van de stemming, stemming in de loop van de dag, kwaliteit van de stemming, verminderde eetlust, toegenomen eetlust, gewichtsafname, gewichtstoename, concentratie/besluitvaardigheid, zelfbeeld, toekomstverwachting, suïcidegedachten, algemene interesse, energie/vermoeibaarheid, plezier en genieten, belangstelling voor seks, psychomotorische retardatie, psychomotorische agitatie, lichamelijke klachten, vegetatieve klachten, paniek/fobische klachten, stoelgang, interpersoonlijke gevoeligheid en zwaar gevoel/lichamelijk energie.

De totaalscore komt tot stand door alle items op te tellen. (Nolen en Dingemans, 2004).

Door zowel de cliënt als ook informele en formele netwerkleden van de cliënt te laten scoren op de IDS is het mogelijk om de uitkomsten van alle respondenten met elkaar te vergelijken.

## Procedure

### [Medisch ethisch](#)

Vooraf is uitgezocht of het onderzoek voorgelegd dient te worden aan de medisch ethische commissie. Daarvoor is via de website van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) (2012) een stappensysteem/schema doorlopen, waaruit blijkt dat het niet nodig is om het onderzoek aan de MEC voor te leggen. Het onderzoek voldoet namelijk niet aan de twee genoemde criteria. Dit standpunt is besproken met de directeur van eerste lijns psychologenpraktijk de Vaart mw. G. Steenbergen en Lector Dr. M. Spreen van Stenden Hogeschool Leeuwarden. Naar aanleiding van deze stappen is

besloten om hier verder geen stappen in te ondernemen. Aangedragen argumenten zijn: er is sprake van een standaardbehandeling, cliënten doen op vrijwillige basis mee, zij zijn wilsbekwaam en worden niet onderworpen aan emotioneel belastende en lange vragenlijsten.

#### Vragenlijsten

Als vragenlijst wordt gebruik gemaakt van de IDS. Deze wordt ingezet als 0-meting en eindmeting. De cliënt vult de IDS-SR in. De muziektherapeut, behandelend psycholoog en psychiater (formele netwerkleden) en overige mensen uit het systeem (informele netwerkleden) vullen de IDS-C in. Verder wordt een korte survey opgesteld om te onderzoeken of de N=1 methode voldoet aan de drie criteria van Evans en daarmee een bruikbare methode kan zijn voor muziektherapeuten in de zelfstandige praktijk om behandeling aan te sturen en effecten van de behandeling te evalueren.

#### Werving cliënten

Cliënten worden vanaf half december 2012 tot en met eind april 2013 geworven via psychologenpraktijk de Vaart te Assen en drie zelfstandig gevestigde psychiaters uit Assen. Cliënten kunnen zichzelf ook aanmelden. Ook wordt er geworven via een advertentie in de lokale krant. Informatie naar verwijzers gebeurt mondeling en schriftelijk via een brief en kopie onderzoeksvoorstel. De eerste gesprekken met verwijzers vinden inmiddels plaats en zijn omstreeks mei 2012 gestart.

#### Informereren cliënt

Cliënten krijgen informatie over behandeling en onderzoek via een kennismakingsgesprek door de muziektherapeut. Zij worden in dit gesprek mondeling en schriftelijk geïnformeerd. Schriftelijke informatie gebeurt door middel van een folder over de muziektherapeutische behandeling en een brief over het onderzoek. Zij tekenen voor akkoord voor het onderzoek (informed consent) en doen op vrijwillige basis mee. Zij betalen voor de behandeling conform standaardprocedure (vergoeding via de aanvullende verzekering, zelf betalen voor de behandeling of betaling verloopt via DBC).

#### Diagnostiek, meten van de ernst van depressie, onderzoek naar de bruikbaarheid van N=1 benadering.

- Psychiatrisch onderzoek en intake bij binnenkomst in psychiatrische praktijk en psychologenpraktijk vinden plaats om een diagnose te stellen.
- De MINI wordt afgenomen, zodra cliënt aangemeld wordt voor het onderzoek, met als doel het uniform vaststellen van de diagnose depressie.
- De IDS-SR wordt door de cliënt afgenomen een week voorafgaand aan de behandeling (0-meting). Daarna volgen vijf muziektherapiesessies. Een week na de laatste behandelsessie vindt opnieuw een meting plaats met de IDS-SR (nameting). Er is voor gekozen om deze meting een week na behandeling te doen, om te voorkomen dat resultaten ongewenst positief beïnvloed worden door het effect van de laatste behandelsessie.
- De IDS-C wordt afgenomen door formele (alle bij de behandeling betrokken behandelaars) en informele (familie, vrienden, buren) netwerkleden in de week voorafgaand aan de behandeling (0-meting). Daarna vinden 5 muziektherapiesessies plaats. Een week na de behandeling vindt opnieuw een meting plaats (eindmeting). Deze meting vindt een week na de behandeling plaats om te voorkomen dat de resultaten ongewenst positief beïnvloed worden door het effect van de laatste behandelsessie.

- De cliënt en informele netwerkleden worden een week na eindmeting op de IDS gevraagd om een gesloten vragenlijst (korte survey) in te vullen om de bruikbaarheid van de N=1 methode te evalueren. De vragenlijst wordt schriftelijk met gesloten vragen afgenomen (met uitzondering van de laatste vraag (heeft u nog opmerkingen)).  
Formele netwerkleden (met uitzondering van de muziektherapeut) wordt een week na de eindmeting op de IDS gevraagd om een gesloten vragenlijst (korte survey) in te vullen om de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de N=1 methode te evalueren. De vragenlijst wordt schriftelijk afgenomen met gesloten vragen (met uitzondering van de laatste vraag (heeft u nog opmerkingen)). Deze vragenlijst wordt ontwikkeld en is indien mogelijk gebaseerd op bestaand onderzoek. Zodra het onderzoeksvoorstel goedgekeurd is, wordt deze vragenlijst onder begeleiding van Dr. M. Spreen opgesteld.
- De muziektherapeut rapporteert gedurende het onderzoek met behulp van een logboek de bruikbaarheid en toepasbaarheid van N=1 methode.

## N

De onderzoekspopulatie bestaat uit drie tot vijf cliënten.

### Start, tijdstip en duur van de interventie

De interventie kan starten vanaf begin februari tot uiterlijk 1 mei 2013 en bestaat uit 5 sessies. Deze sessies vinden wekelijks plaats op een vast afgesproken tijdstip. Elke sessie duurt een uur. Het tijdstip op de dag en in het jaar zijn onafhankelijke variabelen. Zij kunnen van invloed zijn op de resultaten en dienen meegenomen te worden in de beschrijving van de interventie en het formuleren van de conclusie, discussie en aanbevelingen.

### Interventie

De interventie bestaat uit vijf sessies actieve individuele muziektherapie van één uur. In de behandeling staat het samen improviseren centraal. De muziektherapeut speelt mee. Er wordt focaal inzichtgevend gewerkt vanuit de cliëntgerichte benadering en het analoge proces model (Smeijsters, 2006). De muziektherapeut hanteert muziektherapeutische technieken die gefaseerd ingezet worden met als doel af te stemmen, te structureren, te ontlocken en verandering te beïnvloeden. Technieken die daarvoor gebruikt worden zijn empathische technieken, structurerende technieken, ontlockende technieken en technieken om een nieuwe richting in te slaan (Bruscia, 1987). Als muzikale technieken zet de muziektherapeut daar ritmische improvisatie, melodische improvisatie, akkoord improvisatie en dissonante improvisatie voor in (Wigram, 2004). Tijdens de improvisatie wordt gebruik gemaakt van akoestische instrumenten (drums, basgitaar, bigbom, gitaar, piano, xylofoon, metallofoon, klein ongestemd slagwerk en strijkinstrumenten (contrabas, cello, altviool, viool)). De muziektherapeut bepaalt haar keuze voor therapeutische en muzikale techniek op basis van de problematiek, mogelijkheden en voorkeur van de cliënt. In de eerste sessie hanteert de muziektherapeut empathische, en structurerende technieken. De sessies daaropvolgend zullen gericht zijn op het ontlocken van nieuw gedrag en beleving en het inslaan van nieuwe richtingen. De muziektherapeut gebruikt daartoe ontlockende muziektherapeutische technieken en muziektherapeutische technieken om een nieuwe richting in te slaan. Improvisaties worden met de cliënt voorbesproken of nabesproken. Proces en resultaten worden wekelijks mondeling geëvalueerd. In de eerste sessie is de evaluatie gericht op het krijgen van inzicht in het huidige gedrag en beleving. In de tweede sessie is de

evaluatie gericht op het stimuleren van ander gedrag en andere beleving in de muziektherapiesessie. Vanaf de derde sessie wordt de evaluatie ingezet met als doel de cliënt te stimuleren thuis te oefenen met ander gedrag, ter vermindering van zijn depressieve klachten in het dagelijks leven.

## Data-analyse

### Statistische analyse

De zelfrapportage lijsten worden geanalyseerd met behulp van de McNemar Change Toets. Een verandering wordt getoetst op een significantieniveau van  $p$  is kleiner of gelijk aan 0.05, zoals beschreven in Spreen en Bogaerts (2012) en Spreen en Stam (2012).

De observatielijsten van de netwerkliden worden geanalyseerd met behulp van de  $p$  plus parameter zoals beschreven in Spreen en Bogaerts (2012). De plus parameter is betekenisvol indien deze groter is dan 0.65.

Na het verzamelen van de deelnemers wordt met behulp van een simulatiestudie de kans berekend dat de gevonden verschillen in deze beperkte steekproef in allerlei gesimuleerde RCT omstandigheden voorkomen bij de interventie groep, met andere woorden hoe groot de kans is dat de verschillen toe te dichten zijn aan de interventie. Dit gebeurt onder begeleiding van Dr. M. Spreen, Lector Creatieve Therapie Stenden Hogeschool Leeuwarden. Voor de Data-analyse wordt gebruik gemaakt van SPSS.

### Statistisch programma

Na het verzamelen van de gegevens, met behulp van bestaande en ontwikkelde vragenlijsten wordt in SPSS een gegevensbestand gemaakt. Variabelen worden gedefinieerd en de verzamelde gegevens gecodeerd, ingetypt en opgeslagen in een bestand. De volgende stap is het controleren van de gegevens. Wanneer de gegevens foutloos ingevoerd en ingelezen zijn, wordt per deelvraag een geschikte analysemethode gekozen en start de analyse. Resultaten van de analyses worden zichtbaar gemaakt in tabel of grafiek. Tot slot wordt deze informatie geïnterpreteerd om vast te stellen of de analyse een bevredigend antwoord op de onderzoeksvragen heeft opgeleverd (Huizingh, 2012).

### Artikel

Wanneer de analyse plaatsgevonden heeft en gegevens getoetst zijn, worden conclusies en aanbevelingen geschreven. Ook wordt onderzocht of er literatuur is die de uitkomsten van het onderzoek ondersteunt. Daarna wordt het artikel geschreven conform de eisen van een gekozen tijdschrift. Het artikel wordt geschreven voor publicatie in het Tijdschrift voor Psychiatrie. Tweede keus is het Tijdschrift voor Vaktherapie.

## Planning

		Uren
Sept – Januari 2013	Literatuurstudie	70
	Afbakenen van het onderzoek	30
	Opstellen van het onderzoeksvoorstel	60
	Selecteren en beschrijven behandelproduct	20
	Selecteren meetinstrumenten	30
	Ontwikkelen vragenlijsten	90
December 2012 – begin Mei 2013	Werven van verwijzers en cliënten	40
Februari – Eind mei 2013	Vorbereiden en uitvoeren behandeling	20
	Uitvoeren n=1 onderzoek	80
April-Mei 2013	Data-analyse	120
Juni 2013	Schrijven artikel	50

## Literatuurlijst

- Bakker, E. & Buuren, H. van (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Barlow, H.D., Nock, M.K. & Hersen, M. (2009). *Single Case Experimental Designs. Strategies for Studying Behavior Change*. Boston: Pearson Education.
- Bartels, A.A.J. & Spreen, M. (2012). *Mesdag Wetenschappelijk. Tien jaar wetenschappelijk onderzoek in FPC Dr. S. van Mesdag*. Groningen: Forint.
- Beurs De, E. & Barendregt, M. (2008). *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*. Geraadpleegd op 30 november 2012 via <http://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/methoden-voor-onderzoek-effectiviteit-tbs-behandeling.aspx>
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of Musictherapy*, Illinois: Springfield.
- Depressie (2012). Geraadpleegd op 22 oktober 2012 via <http://www.depressie.org/depressie/diagnose.htm>
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., [...] Gold, C. (2011). *Individual music therapy for depression: randomised controlled trial* [Electronic version]. *The British Journal of Psychiatry*, 99: 132-139.
- Evans, D. (2003). *Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions*. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 77-84.
- Gold, C., Solli, H., Krüger, V. & Lie, S. (2009). *Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis*. *Clin Psychol Rev*, 29: 193–207
- Huizingh, E. (2012). *Inleiding SPSS 20 voor IBM SPSS Statistics*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.
- Koster van Groos, G.A.S. (2005). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. American Psychiatric Association*. Amersfoort: Drukkerij Wilco bv.
- Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K. & Louw de, D. (2011). *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Meijer, S.A., Smit, F. Schoemaker, C.G. & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand: Evidence-based preventie van psychische stoornissen. VTV-Themaraapport*. Bilthoven: RIVM en Trimbos-Instituut.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2012) geraadpleegd op 20 september 2012 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/depressie-samengevat-kopie/>
- NVvMT (2009). *Wat is muziektherapie?* Geraadpleegd op 30 november 2012 via <http://www.nvvmt.nl/index.php/muziektherapie/wat-is-muziektherapie/7-wat-is-muziektherapie.html>
- Smeijsters, H. (red.) (2006). *Handboek muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Spreen, M. (2009). *Lectorale rede*. Geraadpleegd op 30 november 2012 via <http://www.stenden.com/nl/bedrijven/lectoraten/swat/Documents/LR%20stendenboekje%20Rede%20Marinus%20Spreen%20def.pdf>
- Spreen, M. & Bogaerts, S. (2012). *Mesdag Wetenschappelijk. Tien jaar wetenschappelijk onderzoek in FPC Dr. S. van Mesdag*. Groningen: Forint.



- Trimbos-Instituut (2012). Geraadpleegd op 24 november 2012 via  
<http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/oorzaken-en-risicofactoren>
- Trimbos-Instituut (2012). Geraadpleegd op 24 november 2012 via  
[http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn\\_id=88](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=88)
- Velzen, C.J.M. (2002). *Social phobia and personality disorders: comorbidity and treatment issues*.  
Groningen: Grafisch Centrum Rijksuniversiteit Groningen
- Wigram, T. (2004). *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Londen en Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.