

Muziek-gecentreerde muziektherapie binnen het behandelprogramma psychotische stoornissen

- productbeschrijving en bijsluiter -

Martijn Derrix

Groot praktijkproject

4^e jaar deeltijd, creatieve therapie, muziek (6910525)

Consulent: Han Kurstjens

Beoordelaar: Kees Buurman

Datum: 23 oktober 2011

Inhoud

Inleiding	p.3
Deel I: Productbeschrijving	p.4
Zorgprogramma	p.5
Prototype werkvorm	p.5
Rationale	p.5
Indicaties	p.6
Contra-indicaties	p.6
Doelen	p.6
Interventies	p.6
Randvoorwaarden	p.7
Subtypen	p.7
Behandelduur en frequentie	p.7
Eindtermen	p.7
Deel II: Productbijsluiter	p.8
Praktische toelichting	p.9
Een product vanuit de praktijk	p.9
Product of module?	p.9
De route van een product	p.9
Het raamwerk	p.10
Theoretische toelichting	p.12
Muziek-gecentreerde muziektherapie	p.12
Improvisatie	p.13
Muziek en vitality affects	p.14
De doelgroep	p.15
Onderzoek	p.15
Muziek-gecentreerd werken in de praktijk	p.17
Interventies	p.17
Literatuur en bronnen	p.21

Inleiding

Tijdens de afstudeerfase van mijn opleiding creatieve therapie muziek besloot ik dat ik mijn kennis over, en mijn ervaring met muziektherapie binnen het behandelprogramma psychotische stoornissen wilde gaan uitwerken in een product of module. Hierna ben ik mijzelf verder gaan verdiepen in de definities van producten en modules. Ik kwam na wikken en wegen tot de slotsom dat wat ik wilde beschrijven een product is en geen module (ik kom hier in deel II op terug). Naast de grote lijn van een product wilde ik ook meer inzicht geven in mijn werkwijze en in muziek-gecentreerde muziektherapie in het algemeen. Omdat een product de grote lijn beschrijft kan ik mij voorstellen dat verwijzers, andere geïnteresseerden die zelf niet met muziek werken of muziektherapeuten die volgens een andere methode werken, behoefte hebben aan een verdieping. Dit heeft mij doen besluiten om bij het product een bijsluiter te schrijven welke inzicht geeft in het ontstaan en de achtergrond van het product en het werken met dit product in de praktijk. Dit schrijven heb ik daarom onderverdeeld in twee delen. Deel I is de productbeschrijving zoals deze in een zorg- of behandelprogramma kan worden opgenomen, deze staat op zichzelf ten opzichte van deel II. Deel II is de bijsluiter, deze kan worden toegevoegd aan deel I maar dit is niet per se noodzakelijk. Omdat deel II een bijsluiter is, en geen boek, probeer ik alle onderwerpen kernachtig te beschrijven. In deel II ga ik eerst in op de ontwikkeling van het product, vervolgens licht ik het raamwerk van het product toe en geef ik een theoretische toelichting bij de rationale, waarna ik afsluit met muziek-gecentreerd werken in de praktijk.

Deel I

Productbeschrijving

Muziek-gecentreerde muziektherapie binnen het behandelprogramma psychotische stoornissen

- Productbeschrijving -

Zorgprogramma

Psychotische stoornissen.

Prototype werkvorm

Pragmatisch structurerend.

Rationale

Doordat het denken, voelen en handelen van patiënten met een psychotische stoornis zoals schizofrenie verstoord is hebben zij vaak moeite om tot handelen te komen, sociale contacten te leggen en/of zich verbaal uit te drukken. Met name in een klinische setting is de motivatie om deel te nemen aan een therapieprogramma vaak beperkt. Improvisatie en het maken van popmuziek wordt vaak als plezierig ervaren waardoor de motivatie tot deelname toeneemt. Door op deze manier aan te sluiten bij de doelgroep en therapeutische interventies vooral in het medium te laten plaatsvinden wordt het mogelijk om tot een echt en betrokken spel te komen (musicing, Aigen, p.65-68). Door te focussen op musicing en te komen tot musicing wordt er gewerkt aan klinische doelen (Aigen, p.56, 67, 93-94).

Musicing vraagt overgave en musicing is een betrokken, intuïtief, niet-cognitief en non-verbaal spel, waarbij het 'denken over' muziek maken niet aan de orde is. Musicing vindt plaats in het 'hier en nu'. In het present moment (Stern, p.129-130) worden de dynamische gevoelsprocessen ervaren waarvan wij ons niet cognitief bewust zijn maar die ons denken, voelen en handelen wel beïnvloeden (forms of vitality, vitality affects: Stern, p. 3-17; Smeijsters 2006, p.96; Smeijsters, 2008b, p.88-89)¹. Kenmerkend voor vitality affects zijn de parameters die analogie hebben met muzikale parameters zoals: versnellen, vertragen, ritme, vorm, etc. (Stern, p.82-84; Smeijsters 2006, p.96; Smeijsters, 2008b, p.230). Door tot musicing te komen en de analogie tussen muzikale parameters en vitality affects vindt de verbinding tussen denken, voelen en handelen binnen de muziek-gecentreerde methode plaats.

Door het spelen van popsongs met een eenvoudige structuur (bijvoorbeeld: 'Beat it' van Michael Jackson) is het, ook zonder eerdere muzikale ervaring, mogelijk om deze in één zitting te kunnen spelen (en te zingen) en hierbij een beetje het gevoel te krijgen ook een 'Michael Jackson' te kunnen zijn waardoor succeservaringen worden opgedaan. Door het juiste muzikale kader te kiezen wordt het binnen de structuur van dergelijke popsongs mogelijk om improvisatie elementen toe te voegen. Door deze improvisaties binnen het kader van een popsong, vergelijkbare gekaderde improvisaties, vrije improvisaties of door het zelf maken van een (pop)song wordt het mogelijk zichzelf uit te drukken in het medium muziek. In improvisatie wordt het authentieke zelf hoorbaar (Kurstjens, 2005, p.147-148; McFerran, p.142; Priestley, p.297).

Muziek maken en het spelen van improvisaties in het bijzonder vraagt om samenspel. Een betrokken samenspel vraagt naar elkaar te luisteren, met elkaar samen te werken, muzikaal contact aan te gaan en actief te handelen. Door binnen muziektherapie actief te handelen wordt men actief bij elkaar betrokken. Door hierin succeservaringen op te doen draagt dit bij aan een positiever zelfbeeld en empowerment.

Uit de meta-analyse van Gold et al. (p. 7-9; Timmer en de Haan, p.337) blijkt het positieve effect van muziektherapie op de 'global state', de 'mental state', de negatieve symptomen

¹ Stern (p.40-41) spreekt tegenwoordig van 'forms of vitality' in plaats van 'vitality affects', ik gebruik in dit schrijven de term 'vitality affects' omdat deze in de Nederlandse literatuur het meest gangbaar is.

(SANS-score) en het sociale functioneren². Uit deze meta-analyse blijkt dat het belangrijk lijkt te zijn dat er minimaal twintig zittingen hebben plaatsgevonden. Uit het gerandomiseerd onderzoek van Ulrich (2005, p.48) blijkt een significante vermindering van het aantal negatieve symptomen op de subschaal (SANS) 'sociale terugtrekking of verminderde plezierbeleving (anhedonie)' en voor de totale schaal en de subschaal 'gebrekkige aandacht en concentratie (oplettendheid)'. Deze effecten werden door Ulrich voornamelijk gemeten bij schizofrenie en in mindere mate bij drugsgeïnduceerde psychoses of schizo-affectieve psychoses. Deze resultaten komen overeen met de resultaten uit de gerandomiseerde studies van Tang et al. (1994) en Yang et al. (1998) (Ulrich, 2005, p.56). Ook uit de onderzoeksresultaten van het gerandomiseerde onderzoek van Talwar et al. (p.406) blijkt een significante verbetering van algemene en negatieve symptomen (PANSS-score)³.

Indicaties

Patiënten met één of meerdere van de volgende klachten:

- Inactiviteit
- Beperkte sociale vaardigheden
- Moeite met zelfstandig functioneren
- Een afgevlakt affect
- Een laag zelfbeeld

Contra-indicaties

- Crisis
- Ernstig storend gedrag
- Een overgevoeligheid voor prikkels, met name geluid

Doelen

Algemeen:

- Empowerment, het (her)ontdekken en toepassen van de eigen kracht.

Specifiek:

- Het verbeteren van het actief handelen
- Het verhogen van het activiteitsniveau
- Het verbeteren van de sociale vaardigheden
- Het komen tot een positiever zelfbeeld
- Het (her)ontdekken van de eigen gevoelens
- Het kunnen beleven van positieve ervaringen
- Het ervaren van resultaat van eigen handelen en de hierbij horende voldoening

Interventies

De rol van de therapeut:

Een coachende, steunende, bekrachtende, accepterende en empathische attitude, waarbij succeservaringen worden gestimuleerd. De therapeutische relatie is een 'muzikale' relatie (Aigen, p.119-120), de therapeut is actief betrokken bij het spel, therapeutische interventies vinden veelal in het medium plaats.

Activiteit:

Actieve muziektherapie aan de hand van een muziek-gecentreerde methode in de vorm van: het spelen van popsongs, het spelen van vrije improvisaties, het spelen van voorgestructureerde improvisaties, het zelf schrijven, maken en uitvoeren van een lied/popsong.

² SANS: Scale for the Assessment of Negative Symptoms

³ PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

Materiaal:

Een muziekrimte met een ruime keuze aan instrumenten waaronder instrumenten die in de popmuziek worden gebruikt.

Randvoorwaarden

- Een groepsgrootte van minimaal drie en maximaal acht deelnemers.
- De muzikale vaardigheden van de muziektherapeut dienen bij deze werkwijze behoorlijk ontwikkeld te zijn.

Subtypen

- Een prototypisch steunende variant
- Een individuele variant

Behandelduur en frequentie

Gedurende minimaal 20 zittingen (Gold et al., p.7-9; Timmer en de Haan, p.337) vindt er wekelijks een zitting plaats van anderhalf uur.

Eindtermen

Er is verbetering opgetreden op één of meerdere van de volgende punten:

- De patiënt is beter in staat tot actief handelen
- De patiënt is actiever betrokken bij anderen
- De patiënt heeft succeservaringen opgedaan in het samenwerken met anderen
- De patiënt is in staat contacten te leggen
- De patiënt heeft een positiever zelfbeeld
- De patiënt kan zijn/haar eigen gevoelens benoemen
- De patiënt heeft positieve ervaringen kunnen beleven
- De patiënt heeft voldoening van het eigen handelen kunnen ervaren

Deel II

Productbijsluiter

Muziek-gecentreerde muziektherapie binnen het behandelprogramma psychotische stoornissen

- productbijsluiter -

Praktische toelichting

Een product vanuit de praktijk

Misschien lijkt het logisch, toch wil ik benadrukken dat dit product is ontwikkeld vanuit de praktijk. Eerst was er de praktijk, daarna het product (en niet andersom). In feite is de kennis en ervaring die ik de afgelopen negen jaar met het werken met deze doelgroep heb opgedaan uitgemond in dit product. Doordat ik anderhalf jaar geleden mijn studie muziektherapie heb hervat, heb ik mijn kennis die voor een bepaald gedeelte nog impliciet was meer expliciet kunnen maken (deze studie heb ik ooit afgebroken, waarna ik aan het conservatorium contrabas ben gaan studeren). Hierdoor heb ik mijn methode meer kunnen articuleren.

Vooraf het jaar voor en tijdens dit schrijven heb ik veel over mijn werkwijze met deze doelgroep nagedacht, ik heb hierover gelezen, ik heb hierover geschreven en ik heb steeds mijn werkwijze geëvalueerd. Het product is dus gebaseerd op reflectieve practice welke ik onderbouw door middel van literatuur en andere bronnen.

Product of module?

In het werkveld worden de termen product en module nogal eens door elkaar gebruikt en er worden hiervoor verschillende definities gebruikt. Ik ga uit van de definities zoals deze door de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) wordt beschreven en zoals deze zijn vastgelegd in het Trimbos onderzoek 'Vakwerk' (van der Kamp, p.7): *“Een product is een beschrijving in grote lijnen van een vraag-aanbod-combinatie volgens het ‘Vakwerk’-protocol en met name bedoeld voor verwijzers. Een module is een tot in detail uitgewerkt product volgens de handleiding moduleontwikkeling en met name bedoeld voor vakgenoten”*.

Ik ben tot de keuze voor productontwikkeling gekomen omdat ik enerzijds 'iets' wilde ontwikkelen dat opgenomen kon worden binnen het behandelprogramma psychotische stoornissen binnen de GGz-instelling waar ik werkzaam ben (GGz Centraal), dus een schrijven voor verwijzers. Anderzijds is het zo dat deze manier van werken niet tot in details is vast te leggen. Werken met improvisatie betekent immers ook dat niet elke sessie van tevoren vastligt. Soms verloopt een zitting naar gelang waar de muziek deze heenvoert. Thema's zijn niet helemaal van tevoren vast te leggen. Ook is het zo dat de behandelduur binnen dit behandelprogramma relatief lang kan zijn, een module vind ik persoonlijk meer passen bij kortdurende programma's (bijvoorbeeld tien zittingen). Deze overwegingen tezamen maakten dat ik gekozen heb voor productontwikkeling en niet voor de ontwikkeling van een module.

De route van een product

De FVB beschrijft een route om van productontwikkeling naar een evidence-based vraag-aanbod-combinatie te komen. Deze route kent de vier volgende fases waarbij de eerste twee fases momenteel een speerpunt zijn binnen het beleid van de FVB (van der Kamp, p.26):

- *Fase A: Een product in ontwikkeling.*
Een beschrijving van een vraag-aanbod combinatie volgens het vakwerk-model (op de inhoud van het vakwerk-model kom ik terug in de volgende paragraaf).

- *Fase B: Accordering en publicatie door de FVB.*
De beschrijving wordt ter accordering aan de Commissie Product en Moduleontwikkeling (CPMO) voorgelegd. Deze wordt na accordering gepubliceerd in het Tijdschrift voor Vaktherapie.
- *Fase C: Een product brengen naar consensus.*
De beschrijving wordt aangescherpt en gevalideerd door inhoudelijke deskundigen uit het werkveld, of die verbonden zijn aan kenniscentra of opleidingen. Er wordt toegewerkt naar consensus ten aanzien van 'best-practise'.
- *Fase D: Een product in onderzoek.*
Om te komen tot een 'evidence-based' product vindt in de laatste fase effectonderzoek van de beschreven vraag-aanbod-combinatie plaats.

Ik heb gekozen voor een productbeschrijving in fase A omdat deze fase minstens de gehele periode van het afstudeertraject zal duren. Het product naar een volgende fase brengen kan eventueel plaatsvinden na het afstudeertraject.

Het raamwerk

Het raamwerk van het vakwerk-model is als volgt (van der Kamp, p.8-9; van der Beek, p.1-7):

- *Zorgprogramma*
Een indeling naar aanleiding van de indeling van het werkveld door het ministerie van WVS, zoals: stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie/psychose, etc. (van der Kamp, p.10).
- *Prototype werkvorm*
Een indeling in therapiecategorieën uit het vakwerkonderzoek die analoog zijn aan de indelingen van De Jonghe (De Jonghe in van der Kamp, p.10-11; van der Beek, p.3), namelijk:
 - 1) Steunend (gericht op het creëren van ontspanning en veiligheid, het handhaven van het evenwicht, het doel is niet direct therapeutisch wel worden therapeutische technieken gebruikt).
 - 2) Pragmatisch-structurerend (gericht op herstel van het evenwicht en het beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis, pragmatisch in de zin van het gebruik van een veelheid van technieken waarbij rekening wordt gehouden met de beperkte tijd en mogelijkheden van de patiënt).
 - 3) Directief klachtgericht (gericht op klachtenreductie en meestal kortdurend, veelal wordt gewerkt aan de hand van protocollen).
 - 4) Focaal inzichtgevend (er wordt gewerkt met een focus en begrensde mogelijkheden in tijd. Doelen zijn inzicht en verwerking van een specifiek probleem)
 - 5) Inzichtgevend plus (de patiënt bepaalt zijn eigen tempo met als doel inzicht in de aard en oorzaken van de problematiek waardoor geleidelijk een persoonlijkheidstransformatie kan optreden).
- *Rationale*
Deze legt de verbinding tussen de hulpvraag van de patiënt en het aanbod van de therapeut. Centraal hierbij staat waarop het aanbod werkt voor de hulpvraag. Zo mogelijk wordt hierbij verwezen naar theoretische referentiekaders of naar wetenschappelijke evidentie.

- *Indicaties*
Voor welke (sub)doelgroep binnen het zorgprogramma is het product bedoeld. Een verwijzer moet hiermee kunnen beslissen of het product geschikt is voor een bepaalde patiënt. De indicatie gaat uit van de startsituatie van de patiënt.
- *Contra-indicaties*
Een verwijzing naar een subgroep binnen de geïndiceerde doelgroep waarvoor het product minder of niet geschikt is.
- *Doelen*
De richting en de effecten die door middel van het product nagestreefd worden.
- *Interventies*
De manier waarop de doelen verwezenlijkt worden. Deze kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën: De rol van de therapeut, de activiteit in grote lijnen, materiaal (wanneer er specifiek materiaal nodig is).
- *Randvoorwaarden*
Minimaal noodzakelijke randvoorwaarden om het product te kunnen aanbieden. Dit zijn geen vanzelfsprekende kwalificaties zoals de competenties van de therapeut, of de setting (tenzij dit een dwingend karakter heeft).
- *Subtypen*
Eventuele variaties van het beschreven product.
- *Behandelduur en frequentie*
De behandelduur van het product, alsmede het aantal sessies per week en de duur van deze sessies.
- *Eindtermen*
Het einddoel dat bij voorkeur wordt beschreven in meetbare dan wel observeerbare grootheden en dat aansluit bij de eerder genoemde doelen.

Theoretische toelichting

Muziek-gecentreerde muziektherapie

De primaire focus binnen de muziek-gecentreerde muziektherapie richt zich op het opdoen van ervaringen, en het bieden van mogelijkheden tot expressie, die specifiek en uniek voor muziek zijn. Wat door of in de muziek bereikt wordt kan niet op een andere manier worden bereikt omdat de muzikale ervaring en de muzikale expressie voorop staat. Omdat muziek maken een menselijke activiteit en ervaring is en wanneer er muzikale betrokkenheid is, kunnen er vaardigheden ontwikkeld worden en kunnen klinische doelen bereikt worden. Klinische doelen en muzikale doelen hangen hierbij nauw met elkaar samen (Aigen, p.56, 67, 93-94).

Met muzikale doelen bedoel ik hier dus geen normatieve muzikale doelen zoals het zo goed mogelijk leren bespelen van een instrument maar muzikale doelen die bijdragen aan muzikale ervaring en expressie. Bijvoorbeeld: Om te werken aan de behandeldoelen uit de productbeschrijving zal het eerste muzikale doel zijn om tot spel te komen. Een volgende stap kan zijn: Het uitbreiden van de muzikale ervaring door middel van uitproberen van andere instrumenten. Een vervolgstap kan zich daarentegen ook richten op het gebruik van juist één instrument. De mechanismes van het therapeutisch proces binnen een muziek-gecentreerde werkwijze vinden zoveel mogelijk plaats door middel van de kracht, ervaringen, processen en de structuur van de muziek zelf (Aigen, p.51).

In de vorige alinea schreef ik over muzikale betrokkenheid, Aigen (p.65-68) noemt deze muzikale betrokkenheid 'musicing'. Hij verwijst hierbij naar Elliot die deze term in 1995 beschreef. Musicing vraagt overgave en musicing is een betrokken, intuïtief, niet-cognitief en non-verbaal spel, waarbij het 'denken over' muziek maken niet aan de orde is. Musicing vindt plaats in het 'hier en nu' (present moment, Stern, p.129-130). Aigen (p.65) noemt musicing de kern, de eerste focus, van een muziek-gecentreerde benadering. Musicing is in feite een 'flow experience', en deze ervaring kan leiden tot een betere en/of meer complexe zelf organisatie (Aigen, p.67, verwijst hierbij naar een onderzoek van Csikszentmihalyi uit 1990). Flow experiences doen zich voor wanneer bewuste kennis en kracht in een doelgerichte activiteit samenkomen (Aigen, p.67). Aigen (p.65) beschrijft dat muziek niet iets is dat we weten, maar iets is dat we vaak doen met impliciete kennis. Musicing activeert kennis, deze kennis is vaak impliciet oftewel 'kennis-in-actie' (Aigen, p.66). Musicing is meer dan alleen motorisch of sensorisch reageren met instrumenten (Aigen, p.66). Er is een onderscheid tussen kennis over muziek zoals musici dat hebben en muzikale kennis. Dit laatste, muzikale kennis gaat meer over de vaardigheid om betrokken met muziek bezig te zijn en samen betrokken te kunnen musiceren (Aigen, p.66). Dit betrokken kunnen musiceren gaat niet alleen over de patiënt maar ook over de muziektherapeut (Aigen, p.67). Naar mijn mening kan de term musicing misschien het best worden toegelicht aan de hand van de begrippen muziek maken en musiceren. Muziek maken kan alleen een motorisch en/of sensorisch reageren zijn, musiceren gaat verder dan dat. Musiceren is ook het spelen met overgave, passie en concentratie. Tijdens de afgelopen jaren, wanneer ik met deze doelgroep werkte, ontdekte ik dat er momenten waren dat het leek alsof er inderdaad voornamelijk motorisch werd gereageerd. Zoiets als muziek maken omdat we op dat moment muziek aan het maken zijn. Maar er waren ook momenten dat er met overgave, passie en concentratie gespeeld werd. Deelnemers beaamden dit na afloop ook vaak. Soms wat minder direct, door bijvoorbeeld tegen elkaar te zeggen: "Goed gespeeld man!". Dit zijn de momenten die Aigen bedoelt met musicing.

Aigen (p.81-90) beschrijft een aantal waarden in relatie tot musicing die hierbij centraal staan:

- *Musicing vereist een begrip van stilte* (p.82).
- *Musicing vereist luisteren* (p.83).
- *Musicing verbindt het individuele met het gemeenschappelijke* (p.85).
- *Musicing vraagt overgave* (p.87).

- *Musicing cultiveert een respect voor ambacht* (p.88). Hiermee bedoelt Aigen dat mentale capaciteiten zoals focus, creativiteit en kennis worden verbonden met fysieke capaciteiten en motorische vaardigheden.
- *Muziek creëert verbinding* (p.89).

Aigen beschrijft zijn rationale, de praktijk en de implicaties van muziek-gecentreerde muziektherapie aan de hand van een aantal onderwerpen die ik niet allemaal zal uitdiepen maar die ik toch even wil noemen (p.91-127):

- *De muzikale ervaring van de patiënt staat voorop* (p.92). Aigen beschrijft dat in klinische groepen patiënten vaak deelnemen om muziek te maken, niet omdat zij op dat moment aan hun behandeldoelen willen werken (dit hoeft niet altijd zo te zijn).
- *Muzikale doelen zijn klinische doelen* (p.93-94).
- *De primaire focus is het vergroten van de betrokkenheid van de patiënt met de muziek* (p.94).
- *De overeenkomst tussen het persoonlijke proces en muzikale ontwikkeling* (p.95-96).
- *De intrinsieke beloning van muzikale deelname* (p.96-109).
- *De ervaring van het muzikale proces is de therapie* (p.109-110).
- *Interventies worden geleid door muzikale eigenschappen* (p.110-112).
- *Muziek als een autonome klinische kracht* (p.112-114).
- *Klinische processen worden muzikaal geanalyseerd* (p.114-116).
- *Therapie kan product gericht zijn* (p.116-117).
- *Muzikale processen hoeven niet per definitie verbaal besproken te worden* (p.117-119).
- *De therapeutische relatie is een muzikale relatie* (p.119-120).
- *Muziek-gecentreerd denken omarmt holisme* (p.120-122).
- *Generalisatie is niet per definitie nodig om de therapie te evalueren* (p.122-127). Met generalisatie bedoelt hij het functioneren buiten de therapieruimte of op andere gebieden.

Improvisatie

Improvisatie neemt een belangrijke plaats in binnen dit behandelproduct. Vrijwel alle aangeboden activiteiten bevatten een element dat met improvisatie te maken heeft. Naast dat improvisatie het mogelijk maakt dat iedereen mee kan doen, kan de functie van improvisatie worden samengevat als het bieden van een open, vrije muzikale ruimte waarbij het authentieke zelf, de directe uiting van de identiteit en de eigen gevoelens zijn uit te drukken, en waarbij deze hoorbaar worden. Kurstjens schrijft (2005, p.147): *“zoals gezegd plaatst de improvisatie de cliënt in een open ruimte, hij is teruggeworpen op zichzelf. Wat hoorbaar wordt, is de directe uiting van de identiteit van de cliënt. De muzikale vormgeving is een directe parallel van het algehele functioneren. De muzikale uiting in de improvisatie maakt hoorbaar hoe iemand in het leven staat. Er is sprake van analogie, verwantschap, de expressie van de state of being in de muziek en de herkenning in de muziek hoe dingen lopen en vastlopen. In de wijze waarop de cliënt klanken structureert, is hoorbaar hoe hij handelt, hoe hij omgaat met gevoelens en hoe hij communiceert”*. Hierbij zijn drie hoofdcategorieën te onderscheiden: vormgeving, interactie en affect (Kurstjens, 2005, p.147-149, p.154). De functie van vormgeving is hierbij: exploreren, proberen, experimenteren, in beweging komen, de beleving van de eigen vormgeving begrijpen in het contact met anderen. De functie van interactie is hierbij: sociaal contact, assertiviteit en communicatie. De functie van affect is hierbij: (weer) contact maken met gevoelens en expressie, het vormgeven aan gevoelens (Kurstjens, 2005, p.149).

McFerran (p.141-142) schrijft over improvisatie dat het is alsof je in een vrije muzikale ruimte stapt. Het unieke aan muziek in vergelijking met taal, is dat het mogelijk is om communicatie en betekenisgeving flexibeler te benaderen. Zonder specifieke verbale boodschappen komt onvermijdelijk het authentieke zelf boven.

Priestley (p.127, 297) beschrijft de kracht van geïmproviseerde muziek. Het biedt de ruimte om de eigen gevoelens uit te drukken in plaats die van de componist. Hoe iemand zich

uitdrukt in improvisatie is te vergelijken met de karakteristiek van een handschrift. Patiënten die geen ervaring hebben met musiceren, hebben toch hun eigen muzikale structuur en vorm. Mensen zullen namelijk altijd proberen een structuur te zoeken en structuur aan te brengen, dit geeft veiligheid en richting.

Muziek en vitality affects

Muziek ervaren is geen expliciet weten maar iets dat vaak op impliciete kennis berust (Aigen, p.65, p.252; Honing, 2009, p.31, p.72). Een muziekstuk is meer dan een architectonische compositie. In muziekstukken worden betekenissen en emoties overgedragen. Eenzelfde compositie kan hierdoor elke keer andere accenten en nuances hebben. Dit maakt dat muziek in principe niet-talig en onverwoordbaar is (Honing, 2009, p.33-34). Met muziek worden onze cognitieve functies, zoals waarneming, geheugen, aandacht en verwachting, uitgedaagd (Honing, 2009, p.35; Honing, Herder en Swaab, 2011).

In dit hoofdstuk heb ik al het belang van 'musicing' in een muziek-gecentreerde methode beschreven. Musicing is een 'flow experience' (Aigen, p.67). Een 'flow experience' die zich in het present moment (Stern, p.129-130) afspeelt is misschien wel te vergelijken met een 'dynamic form of vitality' (vitality affects) zoals Stern (p.3-17) deze beschrijft⁴. Stern (p.40-41) heeft in zijn ontwikkelingspsychologie vitality affects voor het eerst beschreven naar aanleiding van zijn observaties (1971, 1977) naar de allereerste communicatie tussen ouder en baby die door geluid en gebaar waarnemen welke psychische processen zich in de ander afspelen (Smeijsters, 2006, p.96; Smeijsters, 2008b, p.87-90). Vitality affects zijn de dynamische gevoelsprocessen die zich in ieder mens afspelen en die in het present moment worden ervaren. Van deze processen zijn wij ons niet cognitief bewust maar zij beïnvloeden wel ons denken, voelen en handelen (Stern, p.3-17; Smeijsters 2006, p.96; Smeijsters, 2008b, p.88-89). Naast gevoelsprocessen wordt ook de manier waarop de mens denkt (snel, langzaam, chaotisch, gestructureerd, etc.) of handelt (impulsief, doordacht, planmatig, etc.) gekenmerkt door dergelijke processen (Smeijsters, 2008b, p.88-89). De volgende termen geven misschien wel een beter begrip van vitality affects: exploderend, aanzwellend, krachtig, intens, glijdend, zwak, duwend, versnellen, uitdovend, etc. (Stern, p.7). Kenmerkend voor deze voorbeelden en vitality affects in het algemeen zijn de parameters die analogie hebben met muzikale parameters zoals: versnellen, vertragen, ritme, vorm, dynamiek, etc. (Stern, p.82-84; Smeijsters 2006, p.96; Smeijsters, 2008b, p.230). Stern (p.82-83) schrijft dat de muziek als kunstvorm in de loop der eeuwen zelfs een systeem heeft bedacht om vitality affects te beschrijven. Denk aan dynamische tekens zoals piano of forte om intensiteit te beschrijven, crescendo om een verandering in intensiteit te beschrijven, staccato, legato, bogen om de 'flow' aan te geven, allegro, etc.

Door muziek te ontdekken en te ervaren, en door de analogie in de parameters van muziek en vitality affects, is het mogelijk om (andere) vitality affects te ervaren in het 'hier en nu'. Hierdoor kunnen patiënten ontdekken hoe het is om anders te voelen en te handelen (Smeijsters, 2008b, p.230-231). *"Ons voelen, denken en handelen is een samenspel van de parameters die we in de muziek terugvinden. Daardoor is het mogelijk het denken, voelen en handelen in de muziek te laten weerklinken. Muziek brengt de vitality affects tot klank. Als de mens zijn muzikale vormgeving verandert, verandert zijn denken, voelen en handelen"* (Smeijsters, 2006, p.96). *"in de theorie van Stern omtrent de a-modale (muzikale) parameters, is essentieel dat daardoor transformatie van de ene naar de andere modaliteit mogelijk is. Het psychische vindt een uitdrukking in het muzikale en andersom. Muzikale processen zijn analoog aan psychische processen. In de muziek maakt de cliënt dit hoorbaar. De expressie van de cliënt in de muziektherapie is verwant aan zijn expressie in andere levenssituaties. De muziek van de cliënt gaat niet over 'iets anders', maar laat 'live' horen hoe de cliënt is en handelt"* (Kurstjens en Baerends, 2006, p.142).

⁴ Stern (p40-41?) spreekt tegenwoordig van 'forms of vitality' in plaats van 'vitality affects', ik gebruik in dit schrijven de term 'vitality affects' omdat deze in de Nederlandse literatuur het meest gangbaar is.

De doelgroep

Over deze doelgroep is al veel geschreven, in deze paragraaf wil ik dan ook niet ingaan op de achtergronden en symptomen van psychotische stoornissen. Wel wil ik inzicht geven waarom ik een muziek-gecentreerde methode zo passend vind voor deze doelgroep.

Enkele jaren geleden gaf ik al muziekactiviteiten aan deze doelgroep en hierbij merkte ik dat samen muziek maken voor een aantal patiënten moeilijk was. Toen ik destijds werd gevraagd om aan deze doelgroep ook een verbale sociale vaardigheidstraining te geven, merkte ik hoeveel moeilijker zij deze verbale training vonden. Sommige van deze patiënten hebben ontzettend veel moeite om zichzelf verbaal uit te drukken. Ik besepte toen dat het leek alsof het een aantal van deze patiënten makkelijker afgaat om muziek te maken dan om zich verbaal uit te drukken. Zoals ik in dit hoofdstuk al eerder schreef constateerde ik dat er bij het muziek maken sessies waren waarbij er een hele positieve 'state of mind' bij de groep ontstond (musicing). Wanneer we tot musicing komen is het niet per se erg als men na afloop misschien niet goed kan vertalen hoe de muziek is ervaren, musicing en de muzikale ervaring kan voor deze doelgroep namelijk een behandeldoel op zich zijn.

Ook bemerkte ik de afgelopen jaren dat er binnen deze doelgroep een aantal patiënten zijn die op een heel typische manier muziek maken. Zij hebben grote moeite om muzikaal in te voegen, ook bij bijvoorbeeld een eenvoudig ritme. Zij kunnen gemakkelijk langs de anderen heen spelen, iets dat voor veel anderen van nature juist moeilijk is (mijn ervaring is dat mensen van nature geneigd zijn om in dezelfde cadans te gaan spelen). Vaak komt de motoriek ook enigszins stram over. Hier is vaak een relatie hoorbaar tussen symptomen zoals negatieve symptomen, catatonie of desorganisatie en het spel.

Binnen deze doelgroep en met name binnen een klinische setting is er een relatief grote groep waarbij de motivatie om deel te nemen aan een therapieprogramma vaak beperkt is. Meestal is bij hen de motivatie om deel te nemen aan muziektherapie de muziek zelf en niet de 'therapie'. Door muzikaal aan te sluiten bij de doelgroep neemt de motivatie tot deelname toe. Dit betekent dat de therapie ook product gericht kan zijn, product gericht werken kan bijdragen aan musicing, musicing draagt bij aan het therapeutisch proces.

In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat bij deze doelgroep verhoudingsgewijs de aandacht meer op de muziek gericht is, er wordt meer actieve muziektherapie toegepast dan bij bijvoorbeeld stemmings- en angststoornissen (Smeijsters, 2008a, p.188).

Onderzoek

Naast kwalitatief onderzoek waarvan mij momenteel geen onderzoeksresultaten bekend zijn, zijn er wereldwijd een aantal kwantitatieve onderzoeken naar muziektherapie voor de doelgroep psychotische stoornissen gedaan. Van een aantal onderzoeken vat ik hier de onderzoeksresultaten in het kort samen.

Timmer en De Haan (p.337) beschrijven globaal de uitkomsten van een meta-analyse door Gold et al (p. 7-9) uit 2005. Hierbij werd een positief effect gemeten op de 'global state', de 'mental state', negatieve symptomen en het sociale functioneren. Deze resultaten zijn gevonden bij patiënten die klinisch werden behandeld, na het volgen van muziektherapie gedurende één tot drie maanden. Het lijkt hierbij van belang te zijn dat er voldoende sessies hebben plaatsgevonden (minimaal 20). Wel is het hierbij onduidelijk welke factoren van belang zijn, bijvoorbeeld: de dosis-effect relatie, luisteren naar muziek of actief muziek maken, discussiëren over het proces, de groep en de therapeut.

Het gerandomiseerde onderzoek van Ulrich (2005, p.56) wijst op een significant effect van de behandeling op de aanwezigheid van negatieve symptomen. Ook uit de onderzoeksresultaten van het gerandomiseerde onderzoek van Talwar et al. (p.406) blijkt een significante verbetering van algemene en negatieve symptomen. Deze effecten werden door Ulrich voornamelijk gemeten bij schizofrenie en in mindere mate bij drugsgeïnduceerde psychoses of schizo-affectieve psychoses. Dit komt overeen met de onderzoeksresultaten van Tang e.a. uit 1994 en Yang e.a. uit 1998 (Ulrich, 2005, p.56). Op het gebied van psychosociale oriëntatie en psychosociale gedragingen rapporteerden patiënten zelf een positief effect. Dit werd overigens niet gedeeld door verpleegkundigen die de patiënten tijdens hun opname geobserveerd hadden (Ulrich, 2005, p.57). Patiënten rapporteerden dat

muziektherapie bijdraagt aan het verbeteren van hun symptomen, en het contact maken met anderen. Ook werd de muziektherapie als prettig ervaren (Ulrich, 2005, p.58). Ulrich (2005, p.67) concludeert dat het zinvol lijkt om muziektherapie voor schizofrene patiënten ook in te zetten in klinieken waar dit tot nu toe niet werd aangeboden. Ulrich en Isermann (2006, p.191) noemen als effect van muziektherapie ook nog het welzijn en daarmee het verhogen van de kwaliteit van leven.

Muziek-gecentreerd werken in de praktijk

Interventies

Om een indruk te geven van muziek-gecentreerd werken in de praktijk benoem ik hier kort een aantal interventies en ik geef hierbij een korte toelichting. Eerst beschrijf ik een aantal interventies aan de hand van activiteiten. Vervolgens beschrijf ik een aantal therapeutische interventies die in het medium plaatsvinden. Alle activiteiten maken gebruik van improvisatie of hebben tenminste een element van improvisatie in zich. Hoewel het misschien maar enkele activiteiten lijken, zijn er talloze variaties mogelijk waardoor zij voldoende materiaal en mogelijkheden bieden voor de gehele behandelduur.

Activiteiten:

- *Het spelen van popsongs*

Het spelen van popsongs biedt veel ingangen. Patiënten die veel structuur nodig hebben kunnen een duidelijke rol toegewezen krijgen, anderen hebben door improvisatie toe te voegen meer muzikale vrijheid. Het nummer 'Beat it' van Michael Jackson dat ik in de rationale noem is hier een goed voorbeeld van. Het nummer bestaat uit drie akkoorden maar is terug te brengen naar twee akkoorden. In de toonsoort d mineur zijn dit de akkoorden Dm en C. Dit maakt het mogelijk om op de structuur van dit nummer te improviseren met pentatonische instrumenten. Wanneer er gekozen wordt voor de toonsoort es mineur kunnen alle zwarte toetsen van de piano gebruikt worden. Door het spelen van steeds alleen de twee grondtonen is de baspartij een duidelijke gestructureerde rol. Dit geldt ook voor de drums, hier kan ook een voorgestructureerd ritme aangeboden worden. Het kan ook een bewuste keus zijn om deze rollen minder of niet voor te structureren. Deze activiteit is ook goed te combineren met zang. Op deze of vergelijkbare akkoordcadensen zijn vele popnummers geschreven, deze zijn allen op een vergelijkbare manier tijdens de muziektherapie in te zetten. Het spelen van herkenbare popsongs geeft patiënten vaak een positief gevoel, hierdoor worden succeservaringen opgedaan.

- *Het spelen in stijlen*

Naast het spelen van popsongs is het spelen en improviseren in een bepaalde stijl een activiteit die goed kan aansluiten bij de doelgroep, Wigram noemt deze interventie extemporizing (p.113-117). Veelal nemen patiënten cd's mee naar de muziektherapie. Aan de hand hiervan kan besloten worden om in de stijl van de cd een improvisatie, of een eigen popsong/lied te maken. Dit kan goed aansluiten bij een thema als identiteit, bijvoorbeeld iemand die niet in Nederland is geboren kan een muziekfragment uit het land van herkomst laten horen, dit kan een aanleiding zijn tot het spelen van de betreffende muziekstijl (bijvoorbeeld salsa). Daarnaast zijn er allerlei andere stijlen als kader voor improvisatie mogelijk, denk aan: blues, rap, reggae, Andre Rieu, kinderliedjes, etc.

- *Drumcirkels en percussie*

Percussieactiviteiten zijn laagdrempelig, deze zijn in goed in te zetten in de fase dat patiënten nog niet zo vertrouwd zijn met actieve muziektherapie. Ook zijn zij goed mogelijk als warming up bij aanvang van de zitting. Meestal wordt er gewerkt vanuit een kring (drumcirkel). Hierin zijn vele variaties mogelijk, ik noem er hier vijf:

- 1) De therapeut of iemand anders speelt een ritme, de groep speelt dit na.
- 2) Eén voor één na wordt er na elkaar ingevallen totdat iedereen speelt, iedereen improviseert verder op zijn voorganger.
- 3) Ritmes met stiltes. De therapeut speelt een ritme waarin een lange rust zit, dit wordt met de groep gespeeld totdat iedereen in de goede cadans zit en de stilte muzikaal voelt. Vervolgens kan deze stilte (rust) worden gebruikt voor improvisatie.

- 4) Muzikale trein (Verburt, p.29). Er wordt een eenvoudige gezamenlijke beat gespeeld, bijvoorbeeld alleen vier kwart noten in een vier kwarts maat. Ieder speelt hiervan om de beurt één noot, het ritme gaat als het ware de groep rond. Dit lijkt eenvoudig maar vergt concentratie en betrokkenheid.
 - 5) Dialogen (Wigram, p.97-106; Verburt, p.69; Stern, p.139). Er wordt door één iemand, of zachtjes door de groep gezamenlijk een eenvoudig ritme gespeeld. Deze beat geeft een basis. Steeds spelen twee mensen een muzikale dialoog met elkaar of met de therapeut. Het basisritme kan eventueel worden weggelaten, maar mijn ervaring is dat deze een goede houvast geeft voor diegenen die een dialoog spelen.
- *Improvisaties met enkele noten*
Dit is een voorgestructureerde improvisatie waarbij maar één, twee of drie noten mogen worden gebruikt (Wigram, p.45-51). Deze interventie is goed bruikbaar wanneer het voor de patiënt(en) lastig is om houvast in het spel te vinden en wanneer het spel verzandt in een chaotisch spel. Met name patiënten die in een manische episode verkeren (bipolaire- of een schizoaffectieve stoornis) hebben nogal eens de neiging tot zeer chaotisch spel, dit kan dan een passende interventie zijn.
 - *Pentatonische improvisaties*
Improviseren middels pentatoniek (een toonladder met vijf tonen) is ook een voorgestructureerde improvisatievorm, echter deze biedt meer vrijheid dan de vorm met één of enkele noten. Naast de zwarte toetsen van toetsinstrumenten of 'zwarte' toetsen van melodische percussie zijn alle pentatonisch gestemde instrumenten bruikbaar. Pentatoniek klinkt snel consonant, het is dus gemakkelijk op elkaar af te stemmen, dit vergroot de kans op een succeservaring. Om de improvisatie meer voor te structureren kan de therapeut kiezen voor een duidelijke grondtoon, dit kan meer houvast geven. Afhankelijk van de gekozen grondtoon kan de improvisatie meer naar een soort blues of pop sfeer gaan, bij een andere grondtoon zal pentatoniek meer een oosterse sfeer krijgen. Het kiezen van een grondtoon kan ook achterwege worden gelaten. Pentatonische improvisaties lenen zich goed voor muzikale dialogen zoals ik deze bij de percussie activiteiten heb beschreven, in dat geval wordt er naast het ritmische element dus ook een melodisch element aan de dialoog toegevoegd.
 - *Vrije improvisaties*
Mijn ervaring met vrije improvisaties is dat deze het beste werken als de groep tenminste enkele zittingen muziektherapie heeft gevolgd. Er zijn dan meestal al een aantal succeservaringen opgedaan en de basis voor het vertrouwen in het eigen muzikale kunnen is gelegd. In principe zijn alle instrumenten hiervoor bruikbaar, hoewel het ene instrument zich hier beter voor leent dan het andere. De volgende instrumenten zijn voor vrije improvisaties in ieder geval goed bruikbaar: ritmische percussie, melodische percussie, toetsinstrumenten zoals de piano, pentatonische instrumenten en het drumstel. De enige mate van voorstructurering die ik meestal aanbreng is aan één iemand te vragen om te beginnen en de groep te vragen één voor één in te vallen. De opdracht hierbij is goed naar elkaar te luisteren en de voorganger enige ruimte te geven alvorens in te vallen. Over het algemeen wordt hierbij verder niks afgesproken over het vervolg van de improvisatie, wanneer iedereen speelt. Het vervolg en de afronding van de improvisatie vindt plaats naar aanleiding van datgene wat zich op dat moment in de muziek afspeelt. Deze activiteit vraagt een hoge mate van muzikale betrokkenheid. Ook is het mogelijk de ene patiënt wat meer structuur te geven dan de andere. Bijvoorbeeld door interventies in het medium te doen (hier ga ik zo verder op in) of door iemand meer voorstructurering te geven (bijvoorbeeld door iemand een bepaald instrument te geven, of een bepaald ritme te laten spelen). Ook kan een thema een goede

inspiratie zijn voor een improvisatie, denk hierbij aan: zomer, winter, een sprookje, vriendschap, etc.

In de rationale van de productbeschrijving benoem ik dat therapeutische interventies zoveel mogelijk in het medium muziek dienen plaats te vinden. Dit is op talloze manieren mogelijk, een aantal van deze therapeutische interventies zijn beschreven door Wigram (p.81-160) en Bruscia (Bruscia in vertaling van van der Berk, p.2-30). Stern (p.139-140) noemt ook een aantal van de door Wigram beschreven therapeutische interventies en Stern legt hierbij de relatie met het ervaren van vitality affects en het bewust inzetten van vitality affects. Bruscia (in van der Berk, p.2-28) deelt deze technieken in een aantal categorieën in:

- Empatische technieken
- Structurerende technieken
- Uitlokkingstechnieken
- Technieken om de leiding terug te nemen en deze in een bepaalde richting te sturen
- Technieken met betrekking tot intimiteit
- Procedurele technieken
- Verwijzingstechnieken
- Technieken om emoties te onderzoeken

Om een indruk te geven hoe dit in de praktijk werkt beschrijf ik hier kort enkele therapeutische interventies in het medium.

Therapeutische interventies in het medium:

- Frameworking (Wigram, p.117-121) is het scheppen van een duidelijk kader voor een improvisatie zodat er een duidelijke muzikale structuur ontstaat. Frameworking kan stimulerend en inspirerend werken en wordt soms als empatisch ervaren. Het tokkelen van een duidelijke akkoordcadens op de gitaar is hier een voorbeeld van (bijvoorbeeld: Am, Dm, E7, Am).
- Grounding (Wigram, p.91-97; Stern, p.139) is het geven van een stabiele ondergrond om de patiënt 'hier' te houden. Grounding is het creëren van een muzikaal anker. Dit anker kan zowel ritmisch (rhythmic grounding) als tonaal (tonal grounding) als harmonisch (harmonic grounding) zijn. Deze interventie is bruikbaar bij patiënten met een chaotische, instabiele speelstijl die daardoor het contact met de muziek verliezen. De muziektherapeut speelt bijvoorbeeld een sterk ritme (ritmisch), of hij geeft een duidelijke tonaliteit zoals octaven op de piano (tonaal).
- Containing (Wigram, p.97; Stern, p.139) kan ingezet worden bij een chaotisch en luid spel dat op dat moment wel aansluit bij de behoeften van de patiënt. De muziektherapeut sluit hierbij aan door 'containing' te zijn. De therapeut speelt vertrouwd en sterk genoeg zodat de patiënt hem kan horen. Het spel van de muziektherapeut is ondersteunend en biedt veiligheid, het spel van de muziektherapeut is gestructureerd en volgt een patroon.
- Holding (Bruscia in van den Berk, p.23-24). Het verschaffen van een muzikale begeleiding die meebeweegt met de gevoelens van de patiënt. Dit biedt veiligheid. Deze muzikale structuur wordt niet opgelegd aan de gevoelens van de patiënt, maar deze wordt er eerder van afgeleid. Moeilijke gevoelens kunnen op een niet bedreigende manier worden geuit, tevens is dit een empatische interventie.
- Pacing (Bruscia in van den Berk, p.4-5). Overeenstemmen met het energieniveau van de patiënt. Bijvoorbeeld in de pas gaan spelen met de intensiteit en de snelheid. Deze interventie kan ingezet worden om de patiënt meer fysiek contact met zijn omgeving te leren krijgen en om deze voor te bereiden op de mogelijkheid om naar andere energieniveaus over te stappen.

- Modelling (Bruscia in van den Berk, p.10-11). Het demonstreren van doelgedrag, bijvoorbeeld door het spelen van een muzikaal motief, een instrument, een beweging, etc. Deze interventie kan ingezet worden als er een specifieke respons ontwikkelt dient te worden.
- Transitions (Wigram, p.139-160) zijn therapeutische interventies die te gebruiken zijn om een 'vastzittende' improvisatie te doorbreken. Het spel blijft als het ware in een cirkel vastzitten. Door bijvoorbeeld de puls en het ritme los te laten kan het spel doorbroken worden. Ook kan er gekozen worden om langzaam een facet in de muziek te veranderen, het ritme en de puls blijft gelijk maar geleidelijk wordt de melodie verandert. Een derde mogelijkheid is de muziek in zijn totaliteit te veranderen, dit kan eventueel zo langzaam gebeuren dat dit nauwelijks opvalt. Wigram legt bij deze therapeutische interventies een link tussen veranderingen in het spel tijdens improvisaties en veranderingen die de patiënt ondergaat tijdens het therapeutisch proces. Een muzikaal patroon dat als veilig wordt ervaren kan doorbroken worden zodat de patiënt wordt uitgedaagd nieuwe muzikale wegen in te slaan.

Literatuur en bronnen

- Aigen**, Kenneth (2005). *Music-centered music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Beek**, Rix, van der (2008). *Controlelijst bij het schrijven van producten*. Utrecht; FVB (Commissie Producten en Modulen ontwikkeling).
- Bruscia**, Kenneth (vertaling door Pieter van der Berk) (2001). *64 technieken bij improvisatorische muziektherapie*. Amersfoort.
- Gold**, C, T.O. Heldal, T. Dahle en T. Wigram (2005). *Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses (review)*. The Cochrane Collaboration.
- Honing**, Henkjan (2009). *Iedereen is muzikaal – Wat we weten over het luisteren naar muziek*. Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- Honing**, Henkjan, Erik Scherder en Dick Swaab (2011). Amuzikaal zijn is de grote uitzondering. *De Volkskrant*, 18 juni 2011.
- Kamp**, Jack, van der (2007). *Informatiepakket productontwikkeling*. Utrecht; FVB (Commissie Product- en Moduleontwikkeling).
- Kurstjens**, Han (2005). Improvisatie in de muziektherapie. In: Smeijsters, Henk (red), *Praktijkonderzoek in vaktherapie* (p.135-155). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Kurstjens**, Han en Anneke Baerends (2006). Actieve muziektherapie. In: Smeijsters, Henk (red), *Handboek muziektherapie – Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (p.134-149). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- McFerran**, Katrina (2010). *Adolescents, music and music therapy – Methods and techniques for clinicians, educators and students*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Priestley**, Mary (1994). *Essays on analytical music therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- Smeijsters**, Henk (red.) (2006). *Handboek muziektherapie – Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters**, Henk (2008a). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters**, Henk. (2008b). *De kunsten van het leven - hoe kunst bijdraagt aan een emotioneel leven*. Diemen: Veen magazines.
- Stern**, Daniel (2010). *Forms of vitality – Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Talwar**, Nakul, Mike J. Crawford, Anna maratos, Ula Nur, Orii McDermott en Simon Procter (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia – exploratory randomised controlled trial. *The British Journal of psychiatry* (2006), p.405-409
- Timmer**, D. en L. de Haan (2006). Muziektherapie bij schizofrenie en andere chronische psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 48 (jrg. 2006), p.337.

- Ulrich, G.** (2005). *De toegevoegde waarde van groepsmuziektherapie bij schizofrene patiënten – Een gerandomiseerd onderzoek*. Empirisch afstudeeronderzoek, scriptie, afstudeerrichting gezondheidspsychologie. Open Universiteit Nederland.
- Ulrich, Gunnar en Heiko Isermann** (2006). Schizofrenie. In: Smeijsters, Henk (red), *Handboek muziektherapie – Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (p.183-200). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verburgt, Jack** (2010). *Muziek en schema, schema en muziek – Wat kunnen muziektherapie en schematherapie voor elkaar betekenen?* Nijmegen: Creatieve Therapie Opleiding.
- Wigram, Tony** (2004). *Improvisation – Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.