

IETS WAT BLIJFT ALS ALLES VERDWIJNT



Kwalitatieve effectevaluatie over wat beeldende therapie kan bijdragen aan de behandeling van ouderen met dementie.

Naam, studentnummer: Felicitas Tauer, 492614

Onderzoeksbegeleider: Bettina Klein

Opdrachtgever: NaarHuisToe, Herveld

HAN Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Nijmegen, juni 2015

*“Wat niet kan worden geheeld
moet worden gestreeld”*

Joost van den Vondel 1587-1679

Samenvatting

Er is tegenwoordig veel aandacht voor dementie in de media en in de wetenschappen. Volgens recent onderzoek kunnen non-verbale therapieën een belangrijke rol spelen in de behandeling van mensen met dementie. Aan de hand van praktijkgericht onderzoek (type kwalitatieve effectevaluatie) wordt gekeken naar wat beeldende therapie voor ouderen met dementie kan betekenen. Het doel van het onderzoek is om bij te dragen aan een gefundeerde beeldend therapeutische behandeling voor deze doelgroep. De resultaten zijn verworven door middel van interviews, vragenlijsten en literatuuronderzoek. Volgens de geraadpleegde literatuur, behandelaars en beeldend therapeuten levert beeldende therapie een positieve bijdrage aan de kwaliteit van leven van ouderen met dementie. Deze bijdrage lijkt toegeschreven te kunnen worden aan het creatieve proces, het materiaal en het product. Belangrijke aspecten in de sessie zijn structuur, plezier en contact met andere mensen. Beeldende therapie heeft een positief effect op de kwaliteit van leven van ouderen met dementie en is waarschijnlijk ook een geschikte methode om de achteruitgang van het geheugen tegen te gaan mits de therapie professioneel toegepast wordt. Vooral zintuigelijke stimulatie schijnt belangrijk te zijn. Er is echter vooral vanuit metaniveau naar de behandeling en de behoeftes van ouderen met dementie gekeken. De cliënten zelf werden niet ondervraagd of geobserveerd. In een vervolgonderzoek zou de focus op het cliëntperspectief kunnen worden gelegd. Er zijn nog andere mogelijkheden voor een vervolgonderzoek, bijvoorbeeld door te kijken of beeldend werk als diagnostisch instrument voor dementie ingezet kan worden. Uit de voorliggende onderzoeksresultaten zou bovendien een methodische richtlijn voor de beeldend therapeutische behandeling opgemaakt kunnen worden.

Inhoudsopgave

1. <u>Inleiding</u>	1
1.1 <u>Aanleiding</u>	1
1.2 <u>Inleiding</u>	1
1.3 <u>Definitie van relevante begrippen</u>	2
1.4 <u>Doelstelling</u>	4
1.5 <u>Vraag en Deelvragen</u>	4
2. <u>Methode</u>	5
2.1 <u>Onderzoeksbenadering</u>	5
2.2 <u>Onderzoeksuitvoering</u>	5
2.3 <u>Onderzoekspopulatie</u>	6
2.4 <u>Dataverzameling</u>	7
2.5 <u>Dataanalyse</u>	7
2.6 <u>Verantwoording</u>	8
3. <u>Resultaten</u>	9
3.1 <u>Vakliteratuur</u>	9
3.2 <u>Neuro-wetenschap en beeldende therapie</u>	12
3.3 <u>Beeldende therapeuten</u>	15
3.4 <u>Andere behandelaars</u>	18
4. <u>Discussie</u>	20
5. <u>Conclusie</u>	22
6. <u>Aanbeveling</u>	24
7. <u>Referenties</u>	25
8. <u>Bijlagen</u>	29

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Tegenwoordig is er veel aandacht in de media en in de wetenschap voor dementie. In westerse geïndustrialiseerde landen is sprake van 'vergrijzing' in de maatschappij. Mensen worden steeds ouder waardoor het aantal mensen met dementie stijgt. Steeds meer mensen komen er direct of indirect mee in aanraking waardoor de gevoeligheid voor de levenskwaliteit in de ouderenzorg toeneemt. In de loop van de 20^e eeuw veranderde de zorg voor 'seniele' ouderen van verwaarlozing naar persoonsgerichte zorg (Neuvel, 2014). Er is meer aandacht voor levensfase gerelateerde thema's en behoeftes van ouderen. Het is in het belang van verzorgenden en van de maatschappij om het stijgend aantal van mensen met dementie passende en effectieve therapie aan te kunnen bieden. Een non-verbale therapie zou mogelijk aan de kwaliteit van leven kunnen bijdragen. Ook omdat bij dementie vaak afasie optreedt waardoor de mogelijkheid verbaal te communiceren afneemt.

Ook NaarHuisToe, een dagbesteding voor ouderen met dementie gevestigd in Herveld, is erin geïnteresseerd om hun gasten een werkzame therapie aan te bieden. De onderzoeksvraag komt van de daar werkzame beeldende therapeute. Zij heeft afgelopen jaar onderzoek gedaan naar thematisch werken in de behandeling voor ouderen met dementie (Heide, Visscher en Reijnen, 2014). De onderzoekers concludeerden dat er weinig bekend is over thematisch werken binnen beeldende therapie met dementerende ouderen. De opdrachtgever zou graag willen weten wat een gangbaar en theoretisch gefundeerd behandelaanbod zou kunnen zijn. Ze doen daarom de aanbeveling om breder onderzoek te doen naar beeldende therapie met dementerende ouderen.

1.2 Inleiding

Symptomen van dementie zijn geheugenstoornissen, problemen met taal en denken en soms ook veranderingen in karakter en gedrag (alzheimer-nederland.nl). Hoewel er geen behandeling is om de geheugenstoornis tegen te gaan kunnen medicijnen en het toepassen van psychotherapie het verloop wel vertragen (Trimbos, 2010). Omdat dementie samengaat met taalfunctie-stoornis komen non-verbale therapieën meer onder de aandacht. Hersenonderzoek ondersteunt de inzet van therapieën die de zintuigen en daarmee de hersenen prikkelen. Als een dergelijke therapie in een vroeg ziektestadium zou beginnen, zou eventueel het ziekteproces afgeremd kunnen worden (Levine Madori, 2012). Dat zou een positieve werking op ziektekosten, zorglast en de kwaliteit van leven van de getroffen en zijn omgeving betekenen.

Een recent onderzoek over beeldende therapie en Alzheimer (Chancellor, Chatterjee & Duncanson, 2013) concludeert dat beeldende therapie voordelen heeft ten opzicht van verbale therapieën maar dat er ook nog weinig bekend is over de werkzame factoren. Ook case studies rapporteren een positief effect. Er zijn mogelijkheden om de effectiviteit van non-verbale interventies aan te tonen. Echter, er ontbreekt nog onderbouwing, of een "best practice" waar behandelaars zich aan kunnen oriënteren.

Dit onderzoek gaat in op de vraag naar een bredere onderbouwing van beeldende therapie voor mensen met dementie. Vakspecifieke literatuur zal een aanwijzing geven over wat beeldende therapie voor deze doelgroep kan betekenen. Omdat de oorzaak voor het dementiesyndroom in de hersenen ligt, zal ook literatuur over beeldend werken en breinfuncties aangehaald worden. Daarna wordt gekeken naar hoe beeldend therapeuten in Nederland met deze doelgroep werken en welke elementen in de behandeling ze als effectief beschouwen. Daarnaast is geïnventariseerd welke veranderingen collega's van de geïnterviewde beeldend therapeuten waarnemen bij de cliënten die beeldende therapie hebben gevolgd. Zij vertellen over hun visie op beeldende therapie in de behandeling van ouderen met dementie. Uit de resultaten zal een indicatie voortkomen van wat beeldende therapie aan de behandeling voor ouderen met dementie kan bijdragen.

1.3 Definitie van relevante begrippen

Er zullen in het kort sommige begrippen worden toegelicht die als voor dit onderzoeksverslag relevant zijn. Het gaat om dementie, ouderen en kwaliteit van leven

Een neurocognitieve stoornis

In de DSM-5™ is het begrip dementie vervangen door het overkoepelende begrip neurocognitieve stoornis. Dit begrip beschrijft een hersenaandoening die een uitval van hersenfuncties tot gevolg heeft (American Psychiatric Association, 2013). Zowel in literatuur als ook in de praktijk spreekt men van *dementie*. De term *neurocognitieve stoornis* wordt nauwelijks gebruikt. Daarom is in dit onderzoek ervoor gekozen om het dementiebegrip volgens de DSM-IV™ te behouden.

Dementie

Dementie is een syndroom, een verzamelbegrip voor symptomen die veroorzaakt worden door een verstoorde informatieverwerking in de hersenen (Alzheimer Nederland, 2015). De verschillende oorzaken voor dementie hebben allemaal het afsterven van hersencellen tot gevolg. Daardoor treden een aantal typische kenmerken op. De aandoening is chronisch en verloopt progressief (American Psychiatric Association, 2013). Verschijnselen zijn een achteruitgang van het cognitief vermogen en gedragsverandering. We gebruiken vaak zes categorieën van dementie: ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie, Lewy body dementie, dementie op jonge leeftijd en andere aandoeningen (Trimbos, 2010).

In dit verslag wordt een algemeen dementiebegrip gehanteerd die de genoemde categorieën omvat, behalve dementie op jonge leeftijd. Het ziekteverloop wisselt van persoon tot persoon maar kan grof in de volgende stadia ingedeeld worden. Elk stadium brengt andere aandachtspunten voor de therapie met zich mee.

Beginnende dementie

Kenmerkend voor deze fase is de achteruitgang van de cognitie (Hoeveling, 1995, p.18). In het beginstadium valt de achteruitgang van het kortetermijngeheugen en een toenemende verwardheid op. Dit uit zich in vergeetachtigheid, moeite met beslissingen maken, moeite met overzicht houden en het verlies van het tijdsbesef. Mensen kunnen angstig en onzeker zijn. Ook

depressieve klachten komen voor (Fonds Psychische Gezondheid, 2008; Alzheimer Nederland, 2015).

Voortgaande dementie

In de volgende fase neemt verwardheid en vergeetachtigheid toe. De getroffen persoon heeft meer ondersteuning nodig met alledaagse bezigheden. Ze heeft toenemend moeite zich te oriënteren en kan achterdochtig, boos of agressief gedrag vertonen. Ook het karakter kan veranderen. Vaak zijn mensen in dit stadium onrustig en hebben een onregelmatig dag- en nachtritme (Fonds Psychische Gezondheid, 2008). In de fase van voortgaande dementie staat de emotionele beleving voorop (Hoeveling, 1995, p.20) wat zich in heftig wisselende emoties kan uiten (Menzen, 2004, p.17).

Vergevorderde dementie

In de derde fase gaan cognitieve, lichamelijke- en taalfuncties achteruit. Mensen herkennen voorwerpen of zelfs naasten niet meer, zijn de oriëntatie kwijt en hebben moeite met bewegen. Ze zijn hulpbehoevend bij alledaagse bezigheden en bij persoonlijke verzorging (Alzheimer Nederland, 2015). Fatsoensnormen vallen weg. Mensen gebruiken bijvoorbeeld grove taal of kleden zich in gezelschap uit (Fonds Psychische Gezondheid, 2008). Omdat woorden voor gevoelens ontbreken, worden deze in dit stadium geuit via de psychomotoriek (Hoeveling, 1995, p.22).

Het eindstadium van dementie

In de laatste fase van de dementie bepaalt de zintuiglijke ervaring de beleving. De patiënt keert in zichzelf. Hij is gevoelig voor sfeer en zintuiglijke invloeden en heeft behoefte aan veiligheid (Fonds Psychische Gezondheid, 2008).¹

Ouderen

Ouderdom is de grootste risicofactor om dementie te krijgen. Van de mensen van 85 jaar en ouder heeft 40% dementie (www.informatieoverdementie.nl). Omdat ouderen het grootste gedeelte van de patiëntenpopulatie uitmaken, legt dit onderzoek de focus op deze leeftijdsgroep. Er is gekozen voor een leeftijdsgrens van 65 jaar om de groep *ouderen* te definiëren (WHO, 2015).

Ouderen hebben andere gebreken en er spelen andere thema's dan bij mensen die dementie op jonge leeftijd krijgen. Naast persoonlijke rijpheid komt een proces van aftakeling op gang. Vergeetachtigheid, weinig energie, lichamelijke gebreken, somberheid en eenzaamheid zijn problemen die aan leeftijd gerelateerd kunnen zijn (Fonds psychische gezondheid, 2010). De psychologie van de oudere cliënt richt zich op terugkijken, onthechten, adaptie aan gebreken en de omkering van de generatierol (Voorwinden-Duurkoop, 1994, p.12). De behandelaar moet in de omgang met ouderen rekening houden met somatiek. Ouderdomsklachten kunnen psychosomatische klachten veroorzaken en andersom. Een behandeling van een ouder mens met dementie richt zich dus niet alleen op de behandeling van een uitvallend geheugen maar ook op psychosociaal welbevinden. Het begrip *kwaliteit van leven* heeft een belangrijke rol in de behandeling van ouderen met dementie.

Kwaliteit van leven

In de neerwaartse ontwikkeling van de laatste levensfase ligt de nadruk op een goede afronding van het leven. Ouderen zijn een kwetsbare doelgroep, meestal in groeiende mate afhankelijk van

¹ Voor verdiepende uitleg over de verschillende vormen van dementie en de oorzaken zie bijlage A.

ondersteuning en verzorging. Ouderen, met of zonder dementie, hebben het recht op een respectvolle bejegening. Daarbij kan horen mensen te waarderen voor wat ze in hun leven hebben meegemaakt. Zingeving en kwaliteit van leven zijn doorslaggevend voor een waardige levensavond.

De World Health Organisation (WHO) definieert kwaliteit van leven als volgt: “Iemands perceptie van zijn positie in het leven in de context van de cultuur en waardesystemen waarin hij leeft, en in relatie tot zijn doelen, verwachtingen, normen, waarden en zorgen” (WHOQOL groep, 1995 geciteerd in Wouters, z.d.). Kwaliteit van leven is een multidimensionaal begrip. Het Nationaal kompas volksgezondheid onderscheidt drie domeinen van de kwaliteit van leven: functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied (2014). Dit verslag hanteert deze domeinen van kwaliteit van leven en houdt rekening met de culturele invloed en subjectiviteit van het begrip zoals door de WHO gedefinieerd.

1.4 Doelstelling

Doelstellingen van dit onderzoek zijn om de vraag van NaarHuisToe naar een betere onderbouwing van de beeldende therapie met ouderen met dementie te beantwoorden. Bovendien kan het bijdragen aan een gefundeerde beeldende therapeutische behandeling voor deze doelgroep.

Uit deze doelstelling komt de volgende onderzoeksvraag voort.

1.5 Vraag

Wat draagt beeldende therapie bij aan de behandeling van ouderen met dementie?

Deelvragen

1. Wat staat in de vakliteratuur over de bijdrage van beeldende therapie in de behandeling voor ouderen met dementie?
2. Wat is het neuro-wetenschappelijk perspectief op beeldende therapie voor ouderen met dementie?
3. Wat zijn kenmerken van de beeldende therapeutische behandeling voor ouderen met dementie volgens beeldend therapeuten?
4. Hoe beoordelen andere behandelaars de waarde van beeldende therapie voor ouderen met dementie?

2. Methode

In het volgende wordt uitgelegd welke onderzoekstechnieken- en methodes gehanteerd zijn. Daarna het verloop van het onderzoek en de stappen die zijn ondernomen om tot een antwoord op de onderzoeksvraag te komen beschreven. Tot slot volgt nog een verantwoording van de onderzoeksopzet en de uitvoering.

2.1 Onderzoeksbenadering

Kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek richt zich op de aard van verschijnselen (Maso, 1987). Dit onderzoek heeft een beschrijvend karakter. Het beschrijft de beeldende therapie met ouderen met dementie, neemt daarin verschillende standpunten in en heeft oog voor de context. Het kernstuk van het onderzoek vormen de interviews met beeldend therapeuten en hun subjectieve zicht op de behandeling.

Kwalitatieve effectevaluatie

Het onderzoekstype is een kwalitatieve effectevaluatie (Migchelbrink, 2008). Evaluerend onderzoek constateert hoe iets wordt gedaan en evalueert en meet wat effectief is (Donk & Lanen, 2011). Verzamelde gegevens over effecten worden getoetst aan de opgestelde behandeldoelen. Effectieve factoren staan wederom in verband met doelen en effecten. Daarom wordt binnen dit onderzoekstype de doelen-middelen-effect-keten (Migchelbrink 2008, p.194) toegepast. Aan de hand daarvan kan de samenhang tussen effecten, effectieve factoren en doelen in kaart worden gebracht.

De uitvoering van de effectevaluatie oriënteert zich aan de resultaatmeting en “learner report” (Migchelbrink, 2008). In de semi-gestructureerde interviews zitten zowel vragen met een metend karakter, bijvoorbeeld over de toestand van cliënten voor en na de therapie, als ook open vragen. Daarom is ook de ‘learner report’ als methode opgenomen. De resultaatmeting worden echter niet, zoals door Migchelbrink geopperd, met de deelnemers uitgevoerd. In plaats van cliënten worden begeleiders aan de hand van vragenlijsten geïnterviewd.

Databronnen zijn literatuur, media, beeldend therapeuten en andere behandelaars.

De data werden verzameld aan de hand van semi-gestructureerde interviews, semi-gestructureerde vragenlijsten en literatuuronderzoek.

2.2 Onderzoeksuitvoering

Onderzoek is een cyclisch proces waarbij verschillende fasen, soms meerdere keren, doorlopen worden (Migchelbrink 2008, p. 64). Hierna volgt een samenvatting van hoe de fasen van onderzoeken doorlopen zijn.

Oprachtgever NaarHuisToe had de wens om thematisch werken in de beeldende therapie met ouderen met dementie beter te onderbouwen. Het onderzoeksproces begon met een oriëntatie op het probleem. Dit werd gedaan door een situatieanalyse in de instelling en door *desk research*. Informatie uit gesprekken met de opdrachtgever en literatuuronderzoek vormden de basis voor

de doelstelling en de dataverzameling. De eerste onderzoeksopzet hield een effect meting in. Het plan was om beeldend therapeuten cliënten te laten observeren en een vergelijking op te stellen tussen begin, midden en einde van de sessie. In de volgende stap bleek dit echter niet uitvoerbaar. Bij de voorbereiding bleek geen geschikte observatielijst te bestaan en om hem zelf op te zetten en te controleren ontbrak het aan tijd. Daarom is ervoor gekozen om interviews met beeldend therapeuten af te nemen. Daarna werden de uitkomsten van de interviews door andere behandelaars beoordeeld. Uit de oriëntatiefase werden kernpunten gedestilleerd waaruit de vragen voor het interview werden ontworpen. Daarna werden in meerdere stappen interviews met beeldend therapeuten afgenomen en geanalyseerd. Na de analyse van het vierde interview werden een vragenlijst opgesteld en opgestuurd naar collega's van de interviewpartners. Naast de bevestigingen werd een literatuuronderzoek gedaan. Aan het einde van de dataverzameling werden de gegevens geanalyseerd en geordend. Het proces sloot af met de rapportage, het voorliggende onderzoeksverslag.

2.3 Onderzoekspopulatie

Cliënten

In alle bij dit onderzoek betrokken instellingen zijn de cliënten-groepen gemengd. Er wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van dementie. Ook de literatuur over de behandeling van dementie met beeldende therapie maakt meestal geen onderscheid tussen verschillende vormen van dementie óf de literatuur is toegespitst op de ziekte van Alzheimer. Dit onderzoek maakt geen onderscheid tussen de verschillende vormen van dementie binnen de cliëntenpopulatie die bij dit onderzoek betrokken is. Er wordt ervan uitgegaan dat de onderzoekspopulatie zich net zo verhoudt als de verdeling van dementievormen in de Nederlandse bevolking. Namelijk 60-70% hebben de ziekte van Alzheimer, ongeveer 20% vasculaire dementie en 10-20% hebben frontotemporale dementie, dementie met Lewy bodies of andere vormen.

Therapeuten

Er zijn in totaal vijf beeldend therapeuten geïnterviewd. Eén van de ondervraagde therapeuten werkt in het verpleeg- en verzorgingstehuis Zuid-Oost-Zorg, één werkt in het woonzorgcentrum Noorderbreedte; één op het dagverblijf NaarHuisToe, en twee in GGZ instellingen: GGZinGeest en GGZOostBrabant. Eén van de beeldend therapeuten heeft twee jaar werkervaring. De anderen werken al minstens tien jaar ofwel als beeldend therapeut, of in een andere functie met de doelgroep ouderen met dementie.

De behandelaars

Vier behandelaars hebben de vragenlijst ingevuld. De begeleiders en behandelaars werken in dezelfde instellingen als de beeldend therapeuten. Hun functies zijn: sociaal psychiatrisch verpleegkundige, algemeen begeleider, psycholoog en psychomotorisch therapeut. Zij maken de cliënten meteen na of tot maximaal twee uur na de beeldende therapie mee en hebben een beeld van het normaal functioneren van de cliënt. Eén behandelaar maakt de cliënten niet na de beeldende therapie mee, waardoor ze een vraag van de lijst niet kon beantwoorden.

2.4 Dataverzameling

Hier volgt een korte beschrijving van de dataverzameling die per deelvraag werd ingezet. Vraag één en twee werden vanuit de literatuur beantwoord. Voor vraag drie werden mensen ondervraagd door middel van interviews en de data voor vraag vier werden door middel van vragenlijsten verzameld.

Semigestructureerde interviews boden de mogelijkheid om door te vragen en daarmee begrippen helder te krijgen (Migchelbrink, 2008). Daarin werden ook de resultaten uit de *deskresearch* getoetst en in kaart gebracht wat therapeuten ervan vonden.

In totaal zijn er vijf interviews afgenomen. Eén van de interviews werd naar wens van de desbetreffende therapeut per e-mail afgenomen. Twee therapeuten werden op locatie geïnterviewd en twee via de telefoon. Dat gebeurde om logistische redenen. De mondelinge interviews duurden tussen de 35 en 65 minuten.

De vragenlijsten ontstonden uit de axiale analyse. De resultaten werden aan behandelaars voorgelegd. De vragenlijst bestond uit drie opinievragen en twee feitelijke vragen. Daarbij zijn het drie open vragen en twee meerkeuzevragen.

De vragenlijst werd òf direct per e-mail op gestuurd òf door beeldende therapeuten aan de behandelaars gegeven. Dit gebeurde op wens van de beeldend therapeuten.²

De literatuur omvat boeken, artikelen, onderzoeken en internetpagina's. Artikelen en onderzoeken werden via de zoeksystemen RUQuest, HANQuest en GoogleScholar gezocht.

2.5 Dataanalyse

De interviews zijn allemaal opgenomen en daarna letterlijk getranscribeerd. De analyse van de interviews verliep in meerdere stappen. Dat wil zeggen dat data in tussenstappen geanalyseerd werd. Vanuit de nieuwe inzichten werd de dataverzameling vervolgt. Door de continue analyse (Staa & Evers, 2010) konden de interviewvragen steeds verder ontwikkeld en hypotheses getoetst worden.

Er is sprake van een 'framework approach' (Ritchie & Spencer, 1993, geciteerd in: Staa & Evers, 2010). Dat wil zeggen dat de deskresearch trefwoorden voor de analyse levert maar dat er ook nog nieuwe codes uit de open analyse van de interviews gebruikt worden. Er werd eerst open (interview een, twee en drie) gecodeerd totdat er sprake was van 'saturatie', er konden geen nieuwe codes meer toegevoegd worden. De codes uit de drie interviews werden vergeleken en nieuwe trefwoorden en categorieën werden geformuleerd. Er werd axiaal gecodeerd om codes te reduceren en resultaten te kunnen vergelijken. Interview vier en vijf werden selectief gecodeerd volgens de codes uit de axiale analyse. Daarna werden codes opnieuw getoetst aan de fragmenten en geclusterd. Na interview één, drie en vier werden de vragen voor de interviews telkens aangepast.

De vragenlijst werd zowel kwantitatief als kwalitatief geanalyseerd. Eén vraag werd direct in een tabel weergegeven de andere antwoorden werden kwalitatief geanalyseerd.³ Niet alle

² Voor de vragenlijst zie bijlage E

³ Voor een voorbeeld voor de data-analyse zie bijlage B

antwoorden zijn expliciet beschreven. Eén vraag in de vragenlijst diende bijvoorbeeld ter controle van de door therapeuten gepleegde stellingen. Omdat de antwoorden van beeldend therapeuten en de behandelaars overeenkwamen, werd deze vraag niet meer kwantitatief geanalyseerd.

2.6 Verantwoording kwaliteitsactiviteiten

Validiteit en betrouwbaarheid

Verantwoorden

Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek is het belangrijk dat de onderzoeker het onderzoeksproces kan verantwoorden. Daarom werd een onderzoeksdagboek bij gehouden waarin alle stappen gedocumenteerd staan en terug te halen zijn. Hier volgt een korte uitleg over de stappen die ondernomen zijn om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen.

Nauwkeurig en zorgvuldig

Van de interviews zijn audio-opnames gemaakt en letterlijk getranscribeerd zodat de subjectieve boodschap van de geïnterviewde niet kwijt raakt. De codes zijn in eerste instantie letterlijk aan de interviews ontleend en daarna geclusterd. De clusters bleven verbonden aan citaten, zodat de informatie te achterhalen is.

Er is zorgvuldig omgegaan met de verzamelde data en gegevens. Gegevens en afbeeldingen zijn alleen maar met toestemming in dit verslag opgenomen. De geïnterviewde therapeuten hebben toestemming gegeven om hun namen in dit onderzoek te noemen.

Zelfcontroles

Tijdens het proces vonden zelfcontroles plaats. Bijvoorbeeld om te checken of de houding nog onderzoekend is. De onderzoeksgroep was ervan op de hoogte en vormde een externe controle-instantie.

In het begin van het onderzoek werden twijfels, wensen en verwachtingen met betrekking tot het onderzoek opgeschreven. Als de onderzoeker zich bewust is van dergelijke ideeën is de kans kleiner dat zij hem beïnvloeden (Migchelbrink, 2008, p.129).

Inhoudscontrole

Operationalisering: De vragenlijst voor de behandelaars werd nog een keer door een interviewpartner gecontroleerd. De verzameling en analyse van interviews verliep in meerdere, op elkaar voortbouwende, stappen. Deze stappen dienden ter controle om steeds weer te kijken of codes en categorieën klopten. Meetpunten waren de fragmenten die bij de codes hoorden en de literatuur.

Triangulatie

Triangulatie is op verschillende gebieden toegepast. In het begin is de probleemstelling op drie niveaus benaderd: vanuit persoonlijk, therapeutisch en maatschappelijk perspectief. Er zijn verschillende bronnen geraadpleegd zoals literatuur, documenten uit het werkveld, media, personen en werkstukken. De data werden op drie manieren verzameld: door middel van interviews, vragenlijsten en literatuurstudie. De literatuurstudie kijkt tevens vanuit verschillende perspectieven, namelijk vaktherapie, geneeskunde en neurowetenschappen.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten uit het literatuuronderzoek, uit de interviews met beeldend therapeuten en uit de vragenlijsten voor behandelaars gepresenteerd worden. In het eerste gedeelte wordt ingegaan op bevindingen uit relevante literatuur over beeldende therapie en dementie.

3.1 Wat staat in de vakliteratuur over de bijdrage van beeldende therapie in behandeling voor ouderen met dementie?

In het literatuuronderzoek is literatuur over beeldende therapie en/of dementie opgenomen. De informatie komt uit boeken, reviews, artikelen en onderzoeken.

Voordat op de vakspecifieke behandeling wordt ingegaan, zal eerst een korte uitleg over de vigerende behandelvisie bij dementie worden gegeven. Het zal duidelijk worden dat beeldende therapie aansluit op de algemene behandelvisie en vanuit een specifieke insteek werkt.

Visies op behandelen bij mensen met dementie

De behandeling van dementie doelt niet op het genezen van de ziekte maar op symptoombestrijding en het in stand houden van de actuele toestand. De organische oorzaak kan niet verholpen worden. Daarom focust de zorg op een vertraging van de achteruitgang en een vermindering van de verschijnselen. Naast cognitieve symptomen gaat het om probleemgedrag zoals agressie of onrust. Vaak komen ook angst- en depressieklachten erbij. Deze problemen kunnen onderdeel van de dementie zijn, bijvoorbeeld gedragsverandering bij de frontotemporale dementie, maar kunnen ook symptomen van rouw zijn. Rouwproblematiek kan spelen als mensen moeite hebben om de diagnose het verlies van de gewende waarneming en het normale functioneren te accepteren. Rouw speelt in het algemeen bij de behandeling van ouderen een rol, denk aan het verlies van status, lichaamsfuncties en dierbaren (Voorwinden-Duurkoop, 1994, p.71). Dit treedt bij dementie echter nog een keer versterkt op door de radicale veranderingen die de getroffen in de eerste fase van de dementie bewust meemaakt.

Therapie helpt de getroffen mens met de verwerking van verlieservaringen (Trimbos Instituut, 2011). De behandeldoelen zijn niet alleen maar op de psyche gericht. Ook het lichaam krijgt aandacht. De behandeling van ouderen met dementie richt zich op de gehele mens en op het zo lang mogelijk behouden van de kwaliteit van leven. In de loop van de twintigste eeuw heeft de behandeling van dementie een verandering doorgemaakt tot een holistische benadering in de persoonsgerichte zorg (Neuvel, 2014) en de belevingsgerichte benadering. De belevingsgerichte benadering integreert drie visies op het dementiesyndroom: dementie als lichamelijke ziekte, als een psychosociale aandoening en als een levensfase (Hoeveling, 1995, p.10/11). De behandeldoelen sluiten aan bij de beleving van de ouderen (Hoeveling, 1995). Dröes, Finnema en Ribbe (2000) concluderen dat belevingsgerichte zorg gedragsproblemen bij cliënten met dementie kan verminderen. Zo kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden door behandeling 'op maat' aan te bieden. De auteurs bevelen aan om de belevingsgerichte benadering waar nodig door stimulerende activiteiten, waaronder creatieve therapie, aan te vullen. Ook Hatfield en Innes (2001) en Haves en Povey (2011) schrijven dat creatieve middelen goed toepasbaar zijn binnen de belevingsgerichte zorg.

Beeldende therapie = cliënt – en beleavingsgericht

De therapeut werkt persoonsgericht, gericht op mens-zijn en individueel welzijn op fysiek, emotioneel en spiritueel vlak. Alles, wat de cliënt maakt is goed, er is geen fout (Hatfield & Innes, 2001). Beeldende therapie kenmerkt de individuele toepasbaarheid, zij is toepasbaar bij iedereen omdat er geen intellectuele vermogens voor nodig zijn. De bron voor creativiteit zijn lichaam, geest en intuïtie (Haves & Povey, 2011, p.15). Naast de humanistische visie heeft de beeldende therapie een psychodynamische traditie. Die wordt vooral zichtbaar in de aanname dat onbewuste processen in het werkstuk verwerkt en zichtbaar worden (Burns, 2009, p.269). Naast de beschreven behandelvisie wordt in de literatuur geen concrete beeldend therapeutische werkwijze of theoretisch model genoemd.

Wat kan beeldende therapie betekenen?

In de literatuur wordt in plaats van behandeldoelen erover geschreven wat beeldende therapie voor mensen met dementie *kan betekenen*. Basting (2006, geciteerd in: Waller, 2002) legt uit dat therapeuten in het medisch werkveld hun werk niet begrenzen tot afgebakende therapeutische doelen. Echter, naast de noodzakelijke medische behandeling gaan ze op psychosociale behoeftes van de cliënt in en werken aan een verbetering van de levenskwaliteit. Beeldende therapeuten passen zich aan de individuele behoeftes van de cliënt aan (Waller, 2002). In de literatuur worden therapiedoelen benoemd die in dienst van de levenskwaliteit staan: zinvol bezig zijn, vaardigheden behouden (Waller, 2002), communiceren, ego-versterking, kalmeren, in het hier en nu komen, concentratie verbeteren, plezier beleven en afscheid nemen (Sulser, 2007; Abraham, 2005). Levine Madori (2012) stelt het vertragen van het aftakelingsproces en het verbeteren van cognitieve functies bovenaan. Verder worden ontspanning, socialisatie, reminiscentie, ontlading en vermindering van probleemgedrag als mogelijke effecten van de therapie genoemd (Cowl & Gaugler 2014; Haves & Povey, 2011).

In de beginfase van de dementie kan de verwerking van de diagnose een rol spelen. In dit stadium treden vaak angst- en depressieklachten op. Beeldende therapie kan helpen om deze klachten te verminderen. (Waller, 2002). Sulser (2007) beschrijft aan de hand van praktijkvoorbeelden en werkstukken wat beeldende therapie concreet voor haar cliënten kon betekenen. Ze konden trauma's verwerken, gedachtes en gevoelens ordenen, rust vinden, gevoelens uiten, eigenheid uiten en gevoelens ten aanzien van de dood een plek geven.

De groep, structuur, ritme en beweging als therapeutische elementen

Consistentie in routine en structuur zijn belangrijk voor de veiligheid (Hatfield & Innes, 2001, p.30). Hatfield en Innes (2001) en Sulser (2007) benadrukken de effectiviteit van het werken in een groepsverband. Volgens de auteurs creëert samenwerken verbondenheid en energie en zorgt dus voor een goede werksfeer. Sociale interactie is bovendien een aspect van kwaliteit van leven. Het medium ondersteunt de sociale interactie. Bijvoorbeeld bij afasie biedt beeldend werk een mogelijkheid om te communiceren. Kahn-Denis (1997) beschrijft dat cliënten in tekeningen hun toestand aan de omgeving kunnen laten zien, wat belangrijke informatie voor behandelaars kan zijn. Verder beschrijft de auteur dat cliënten door de mogelijkheid zich te uiten naar anderen, rustiger worden (Kahn-Denis, 1997). De non-verbale communicatie in het medium verloopt via beeldelementen, symbolen en verhalen (Haves & Povey, 2011). Communicatie vindt ook tijdens het werken plaats via ritme, beweging en afstemming (Hatfield & Innes, 2001, p.25; Sulser, 2007, p.25).

Mensen met dementie verliezen op gegeven moment de oriëntatie in tijd en ruimte. Ritme en beweging worden als effectieve factoren beschreven om de cliënten te helpen oriënteren. Beweging is de motor en ritme een structurerend element (Hinz, 2009). Ritme zit in beeldende

handelingen door de inherente structuur, regelmaat, herhaling en wetmatigheid (Menzen, 2004, p.54). Kunst ordent tijd en ruimte naast elkaar en helpt bij het oriënteren. Zo kunnen mensen met dementie in de beeldende therapie zowel het verleden op halen als ook in het hier en nu zijn (Menzen, 2004, Haves & Povey, 2011).

Reminiscentie

Naast ritme en beweging zijn de materiaaleigenschappen belangrijk. Cliënten kunnen het materiaal voelen, ruiken, horen, zien en bewegen. Hoe verder de dementie vordert, hoe meer de focus van cliënten en de beeldende therapie zich verlegt naar de zintuigen en de zintuiglijke ervaring (Sulser, 2007). Een insteek via de zintuiglijke en kinesthetische eigenschappen van het materiaal kan mensen activeren en uitnodigen zonder druk uit te proberen en zo spelenderwijze tot uitdrukking te komen. (Hinz 2009, p.176). Zintuiglijke stimulatie kan ook een middel zijn om herinneringen en emoties van vroeger op te roepen (Hinz, 2009; Hatfield & Innes, 2001).

Een andere insteek beschrijft Levine Madori (2012). Zij begint het creatief werken vanuit een thema. Het doel is om veiligheid te garanderen door vertrouwde onderwerpen te gebruiken waarin mensen een stuk geschiedenis en identiteit kwijt kunnen. Want aan het proces of het product kunnen mensen betekenis geven door persoonlijke symbolen aan verhalen of gevoelens toe te kennen (Kahn-Denis, 1997).

Na de therapie

Het product is iets wat blijft. Er kan naar teruggekeken worden en het kijken ernaar is een handeling op zich. Het kan de identiteit versterken (Pike, 2014, p.99), omdat de kunstenaar zichtbaar wordt en gezien wordt (Abraham, 2005). In het kijken naar werkstukken kan de cliënt er persoonlijke betekenis aan geven of het werkstuk van een ander met de maker verbinden (Pike, 2014, p.100).

Rusted, Sheppard en Waller (2006) onderzochten de lange termijn effecten van beeldende therapie op mensen met dementie in een gevorderd of vergevorderd stadium die veertig weken beeldende therapie hebben gevolgd. In vergelijking met de controlegroep lieten de cliënten een grotere mentale alertheid, fysieke en sociale inzet en een verbeterde stemming zien.

In een ander onderzoek naar lange termijn effecten van beeldende interventies zijn een verbetering in vitaliteit en kwaliteit van leven te zien (Hattori, Hattori, Hokao, Mizushima, & Mase, 2011). Zij onderzochten lange termijn effecten van inkleuren en tekenen op mensen met een milde vorm van de ziekte van Alzheimer.

3.2 Wat is het neuro-wetenschappelijk perspectief op beeldende therapie voor ouderen met dementie?

Vanwege de neurologische oorzaak van dementie wordt gekeken naar wat over beeldende processen op neurologisch niveau geschreven is. Op basis van neurologisch onderzoek geven de auteurs een aanbeveling over hoe beeldende of creatieve therapie met het doel geheugenverbetering eruit zou moeten zien.

In dit hoofdstuk werden als bronnen boeken, artikelen en onderzoeken gebruikt.

Neuroplasticiteit en de rol van zintuiglijke stimulatie

Uit neurologisch onderzoek (Diamant, 2000, geciteerd in: Levine Madori, 2012) blijkt dat in de hippocampus cellen vernieuwd kunnen worden. Vooral zintuiglijke stimulatie is hiervoor belangrijk. Deze zorgt namelijk voor een toename van neuronen en een hoger level van neurotransmitters en dat uit zich in betere cognitieve vaardigheden (Levine Madori, 2012).

Onderzoek van Faull (2006, geciteerd in: Levine Madori 2012) toont aan dat ouderen hun cognitief vermogen en hun kwaliteit van leven kunnen verbeteren wanneer ze hun cognitie trainen (Levine Madori, 2012). Het brein is tot een bepaald punt reparabel. Ondanks de functiespecialisatie van de verschillende hersengebieden kan een uitval zoals bij beginnende ziekte van Alzheimer door andere regionen tot op bepaalde hoogte gecompenseerd worden. Bij doelgericht training en stimulatie in een beginnend stadium van de ziekte zou het mogelijk zijn om een beginnende dementie te vertragen (Levine Madori, 2012).

Psychosociale factoren beïnvloeden cognitief vermogen

Naast een cognitieve stimulatie zijn psychosociale factoren van invloed op het geheugen. Daarom heeft therapeutische cognitieve stimulatie een beter effect op geheugenverbetering dan puur cognitief trainen. Uit het onderzoek van Rusted et al. (2006) blijkt dat beeldende therapie een langer en beter effect heeft op stemming, mentale alertheid, fysieke en sociale betrokkenheid dan bij de controlegroep die niet therapeutische activiteiten uitvoerde.

Negatieve invloeden door onderdrukte emoties, depressie, stress en eenzaamheid

Hoe emotie de cognitie beïnvloedt wordt zichtbaar als emoties onderdrukt worden. Dit heeft problemen in communicatie, probleemoplossend vermogen en geheugenfunctie tot gevolg (Snowdon, 2001, geciteerd in: Levine Madori, 2012, p.99). Een succesvolle behandeling van een depressie staat in verband met een langzamere cognitieve achteruitgang (Frazer, Christensen & Griffiths, 2005, geciteerd in: Levine Madori 2012, p.99). Stress heeft in eerste instantie invloed op het lichaam zoals stijgende bloeddruk, spanning, pijn, vermoeidheid. Te veel stress beïnvloedt echter ook de emotionele en cognitieve gezondheid en dit heeft negatieve gevolgen voor de geheugenfunctie (Levine Madori, 2012, p. 100).

Positieve werking van creatieve expressie en plezier

Pike (2014) beschrijft de positieve effecten van creatieve expressie op het brein, de stemming en de socialisatie. Het betrekken van emoties in de therapie versterkt de rehabilitatie van cognitieve tekortkomingen (Stern, 2009, geciteerd in: Pike, 2014, p. 40). Plezier en blijdschap zijn belangrijke behandeldoelen in de beeldende therapie (Pike, 2014, p.38). Ze houden het proces gaande, want wat mensen plezier brengt, daar gaan ze mee door. Plezier heeft nog meer effecten: het vermogen om de aandacht op iets te richten stijgt, herinneringen kunnen beter opgeroepen worden en mensen kunnen beter gefundeerde keuzes maken (Gerven, 2002, geciteerd in: Pike 2014, p.40). Werkzaam is dus de holistische insteek van het creatieve proces waarin cliënten relaties, identiteit, en interesses exploreren kunnen en kunst maken. Dit levert hun plezier op wat voor stimulatie van het brein zorgt en uiteindelijk neurologisch welbevinden tot gevolg heeft. Cognitie en geheugen kunnen dus door beeldende therapie verbeterd worden. Om meetbare resultaten te bereiken, is er echter een gestructureerde aanpak voor nodig (Pike, 2014).

Beweging en zintuigen als instrumenten voor geheugentraining

Pike (2014, p.43) beschrijft creativiteit en de integratie van de drie niveaus van het ETC (Expressive Therapies Continuum; Kagin & Lusebrink, 1978) ⁴ in drie categorieën van beter welbevinden in het creatief proces. Ten eerste is er lichamelijk plezier zoals fijne tactiele sensaties die cliënten in het hier-en-nu ervaren. Ten tweede ontstaat zingeving door de esthetische ervaring en door betekenisgeving. Ten derde beleven cliënten voldoening door in het proces op te gaan en het gevoel te hebben iets betekenisvol te maken, vooral als de activiteit uitdagend en verbindend is (Pike, 2014, p.44).

Het kinesthetisch / zintuiglijk level⁴ wordt aangeraden voor het werken met mensen met de ziekte van Alzheimer (Jensen, 1997, geciteerd in: Hinz, 2009, p.68). Het zintuiglijk niveau heeft de mogelijkheid om het geheugen te stimuleren door herinneringen en emoties van vroeger op te roepen. Zintuiglijke stimulatie kan de aandacht voor de expressie en de betekenis ervan verhogen (Hinz, 2009, p.69). Op dit niveau kunnen deelnemers zonder druk uitproberen en zich spelenderwijze uitdrukken (Hinz, 2009, p.176). Als ouderen zich namelijk overvraagd voelen of geheugentraining zonder emotionele betrekking uitvoeren, kan dat stress opleveren (Pike, 2014). Hinz (2009, p. 171) beschrijft dat creativiteit bij ouderen toeneemt naar mate het materiaal hun kwaliteiten ondersteunt en tekortkomingen minimaliseert. Volgens Pike (2014) leren ouderen het beste door met hun handen te werken. Ze kunnen concreet ervaren wat ze nog kunnen. In het proces leert de cliënt mediuminherente problemen op te lossen. Creatief bezig zijn bevordert de zelfactualisering door de individualiteit uit te drukken en brengt plezier, bevrediging en ordening in gevoelens en ideeën door ze te uiten (Hinz, 2009, p. 171).

Tot slot heeft Lusebrink op de onderbouwing van het ETC voortgeborduurd. In twee artikelen beschrijft zij processen in de hersenen die bij creatieve expressie actief zijn, bijvoorbeeld voor visuele en affectieve processen (Lusebrink, 2004; Lusebrink, 2010). Ook Levine Madori baseert de effectiviteit van creatieve elementen in de therapie naast de psychosociale factoren op de grote hoeveelheid aan hersenfuncties die er actief in betrokken zijn en dus als een soort bijeffect van de beeldende therapie getraind worden.

⁴ De begrippen zintuiglijk en kinesthetisch niveau en creatief level zijn ontleend aan het Expressive Therapies Continuum (ETC; Kagin & Lusebrink, 1978). Voor verder uitleg over het ETC zie bijlage C.

Beeldend werk als diagnoseinstrument

Ook Gretton en Ffytche (2014) kijken naar de hersenfuncties die betrokken zijn in het creatieve proces. Zij koppelen beeldelementen aan neuropsychologische veranderingen en aan de pathologie van de cliënten met verschillende vormen van dementie. Er zijn verschillen zichtbaar in hoe de beeldelementen bij mensen met de ziekte van Alzheimer, frontotemporale dementie en dementie met Lewy bodies veranderen. Veranderingen zijn waarschijnlijk terug te koppelen aan neuronale veranderingen. Ook Kahn-Denis (1997) observeerde veranderingen in werkstukken van cliënten, zoals verkorte lijnen, herhaling van vormen en lijnen en een verminderde samenhang tussen de beeldelementen. Uit een kwalitatieve analyse van deze structurele veranderingen, concludeert de auteur dat dementie een organisch oorzaak moet hebben.

3.3 Wat zijn kenmerken van de behandeling met beeldende therapie voor ouderen met dementie volgens beeldend therapeuten?

Hierna volgen de uitkomsten uit de interviews met de beeldend therapeuten. Hun uitspraken zijn samengevat en gecategoriseerd weergegeven. Enkele citaten van de respondenten dienen ter illustratie. Ze zijn uit de transscripten van de interviews overgenomen.

“Beeldend vind ik bij dementie goed passen (...) ook omdat we zo veelzijdig materiaal kunnen inzetten. (...) Omdat het heel laagdrempelig is. 90% van de cliënten die kan dat gewoon en heeft er ook een positief gevoel bij.” (Meneer Vijver)

Werkwijzen en methodes

In de interviews konden beeldend therapeuten geen officiële werkwijze of methode aangeven. Alleen één therapeut zei dat ze volgens de supportieve werkwijze werkt.

Waarop is de behandeling gericht?

“Want meestal gaat het bij ons om probleemgedrag of rouwverwerking of acceptatie en zingeving, waar wij dan bij ingezet worden.” (Meneer Vijver)

Beeldende Therapie wordt bij probleemgedrag dat in de omgeving last veroorzaakt ingezet. Het probleemgedrag is vaak een uiting van een ongemak bij de cliënt. Dat kan worden opgepakt door beeldende therapie. Daarom zijn stimulatie en activering belangrijke doelen die voor een beter welbevinden van de mensen kunnen zorgen. Met het oog op dementie als neurocognitieve aandoening noemen therapeuten ook de “stimulatie en prikkeling van de hersenen” als doel, maar ook het bevorderen van de eigenwaarde door succesbelevingen.

Meneer Vijver beschrijft hoe welzijn, eigenwaarde en gedragsverandering samenhangen.

“Het gaat vaak om probleemgedrag. Het kan zijn dat de omgeving last heeft van die persoon. Ik bedoel bijvoorbeeld seksuele ongeremdheid, verveling, dingen vernielen. Maar het kan ook zijn dat die persoon zelf depressieve gedragingen vertoont of heel passief wordt. Het is heel uiteenlopend wat de doelen zijn daarbij. Maar het gaat er altijd om, dat een cliënt niet lekker in zijn vel zit en dat kan zich op verschillende manieren uiten, natuurlijk, dat wij daarna kijken. (...) Maar bij dementie, in tegenstelling tot andere doelgroepen, zet je eigenlijk het accent altijd op activering. Dat ze bezig zijn, maar ook succesbeleving kennen, waardoor ze toch wat veranderen, je ziet ze gewoon veranderen in een uur. Ze doen iets wat lukt en daar worden ze blij van. En dan gaat het praten weer beter en de contact gaat weer beter. Stimuleren. Het stimuleren om weer tot iets te komen. Dat werkt vaak heel goed. (...) Met een groot doel terug brengen van het probleemgedrag, maar dat ook vooral voor de eigenwaarde. Je gaat ook heel erg naar hun gevoel toe. Van hey, je bent er wel en je bent van nut. Daar zet je heel erg op in.”

Manier van werken en de gevolgen

Een kenmerk van de therapie is, dat mensen dat wat ze willen daadwerkelijk kunnen doen en voelen dat ze controle hebben. De cliënt is leidend in de therapie. De therapeut ondersteunt de cliënt in het beeldend proces dusdanig dat hij succes beleeft bij wat die doet. Uiteindelijk gaat het erom het zelfvertrouwen te versterken. In het medium kan dat door iets te maken en door de eigenheid in een werkstuk te stoppen.

“Als je iets maakt, dan ben je ook weer zichtbaar. Mensen met dementie kunnen soms ook zo lang in hun hoofd blijven zitten. Als je iets onder handen hebt, dan vorm je dat, maar je vormt ook jezelf. Je bent iemand die iets maakt en niet iemand die iets niet meer is.” (Mevrouw Dolk)

Bovengenoemde aspecten leiden volgens mevrouw Dolk tot een normalisering van de ziekte, want ondanks de ziekte zijn cliënten in staat om iets moois te maken en iets te leren. Ze mogen tijdens de beeldende therapie plezier hebben en ontspannen en ze komen in contact met elkaar. Mevrouw Overtoom zegt hierover:

“(…) wij hebben altijd toch wel als behandeldoel gehad dat mensen dus toch wel plezier ervaren, ook in het bij elkaar zijn. Het doel is ook om datgene aan te spreken wat gewoon nog kan. Kijken naar mogelijkheden, wat is er mogelijk met die persoon en daar ook de aandacht op vestigen. Dus eigenlijk, het gezonde stuk wat nog goed functioneert, om dat gewoon toch nog wat uit te dagen.”

Naast het met elkaar werken is het product dat ontstaat een verbindende factor. Cliënten worden zichtbaar in een werkstuk en kijken naar anderen. Ze komen in contact met eigen gevoelens en kunnen in beeld uitdrukken wat ze in woorden niet meer kunnen zeggen. Door bijvoorbeeld een werkstuk mee te nemen naar huis ontstaat een verbinding tussen de therapieplek en de mantelzorger. Die kunnen aan het werkstuk zien wat de cliënt kan.

“Dus dat hele tastbare, dat werkt heel mooi bij de beeldende therapie. Ook als communicatiemiddel met elkaar, van wat heb jij nou gemaakt? Wat bedoel je nou? En hoe heb je dat gedaan? Dat het een extra manier is om met elkaar te praten en om bij elkaar te zijn.” (Mevrouw Dolk)

Werkzame factoren en randvoorwaarden

Op de vraag waar de positieve effecten van de beeldende therapie vandaan komen, geven de meeste geïnterviewden aan, dat de effectiviteit een combinatie van factoren is. De beeldend therapeuten beschrijven dat cliënten in een prikkelarme en rustige ruimte goed kunnen werken. Daarnaast is de therapeutische houding van invloed. De therapeut moet zich empatisch meebewegend en bekrachtigend opstellen. Door structuur, empathie en acceptatie van de therapeut ontstaat een veilige sfeer waarin de cliënt zich kan openen en het creatieve proces kan plaatsvinden. Een therapeut beschrijft dat door het plezier en lachen en grapjes maken in de therapie “de oude persoon weer tot voorschijn komt” (meneer Vijver).

Verder zijn het kenmerken van het beelden werken die als effectief worden beschreven: procesmatigheid en stapsgewijs werken bieden houvast, bijvoorbeeld. Andere werkzame factoren die bij het beeldend proces horen zijn: beslissingen maken en beeldende oplossingen vinden, beweging en ritme, (bekende) motorische handelingen en iets creëren. Daardoor komen cliënten in het hier en nu en ontstaan er mooie producten waar ze trots op kunnen zijn. Mevrouw Dolk beschrijft dit proces als volgt:

“Als je mensen kunt sterken in het meebewegen met de dingen die zich aandienen in het beeldend materiaal, dat dat veel meer effect heeft ook in de omgang van hun ziekte, dan het mislukken blijven zien: ‘Als ik me concentreer op hoe het nu gaat, kijk wat er toch uit mijn handen komt’.”

Het professionele handelen van de beeldend therapeut, die de sessie coördineert, is van belang voor een soepel verlopende en effectieve sessie. Mevrouw Dolk beschrijft interventies:

“Ik waardeer mensen voor wat ze durven, wat ze ontdekken. Ik kijk veel. Er valt me heel veel op. Dus ik ben een soort ontvangstzender. Ik ben wel heel erg van de timing. Dat is ook met die

beeldende technieken. Ik kan goed inschatten wanneer het goede moment is om iets te zeggen, te vragen, iets aan te reiken. Ik speel constant met de fasering van werkvormen en de manier van het contact."

Beeldend werk(en) als ziekteindicator

Een beeldend therapeut benadrukte dat beeldende therapie een indicatie voor het ziekteproces kan zijn. Aan de hand van een werkstuk kun je laten zien dat cliënten achteruit gaan. De therapeut beschrijft bepaalde beeldkenmerken die op dementie kunnen wijzen. In de loop van aftakeling vertonen de werkstukken minder details, het kleurgebruik wordt onlogisch en de techniek wordt minder. Ook aan de manier hoe mensen aan het werk gaan en hoe lang ze de concentratie kunnen vast houden valt veel af te lezen. Sommige therapeuten rapporteren hun observaties in multidisciplinaire overleggen. Bij de diagnostiek zijn ze echter niet betrokken.

Nadelen

Naast de positieve aspecten van beeldend werken zijn er ook obstakels. Cliënten kunnen bijvoorbeeld moeite hebben met beeldend werken. Ze kunnen het kinderachtig vinden of het nut er niet van inzien. Het beeldende materiaal kan vreemd voelen, omdat ze er nooit iets mee hebben gedaan. Bovendien kunnen er cognitieve moeilijkheden optreden; beeldend werken kan te complex zijn. Mogelijke valkuilen zijn dat mensen het overzicht kwijt raken, vergeten wat ze gemaakt hebben, zich overvraagd voelen en gefrustreerd raken. In een later stadium van dementie bestaat de mogelijkheid dat mensen verf niet meer als zodanig herkennen en deze willen opeten.

Als contra-indicaties noemen de therapeuten vooral fysieke beperkingen of als cliënten te onrustig of te agressief zijn. Ook een afkeer tegen het medium kan ertoe leiden dat de therapie niet doorgaat maar dat naar andere behandelvormen wordt gezocht.

Samenvatting

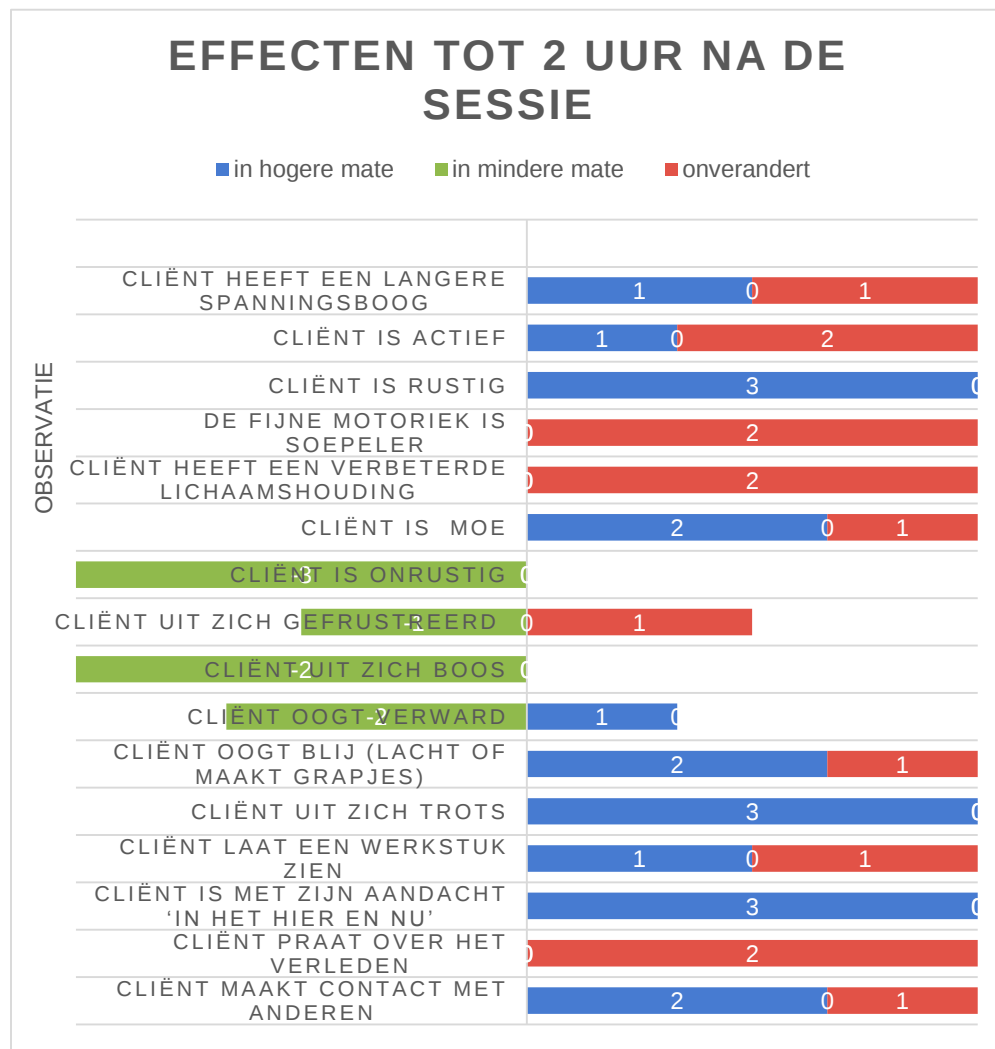
Samengevat benoemen beeldende therapeuten deze effecten en doeleinden van de beeldende therapie: in het hier en nu komen, in contact zijn, plezier ervaren, rust vinden, normalisering van de ziekte, nieuwe handelingen leren, gedrag veranderen, verbeterde stemming, beter zelfbeeld, communicatie, diagnostiek. Valkuilen kunnen zijn dat mensen het nut niet kunnen inzien of zich overvraagd voelen.

Tijdens het proces van data verzameling kwam er een nieuwe bron bij. Veel therapeuten vertelden over werkstukken van cliënten en hoe de aandoening daarin zichtbaar wordt. Een therapeute had boekjes gemaakt van de werkstukken van cliënten. Het was echter niet meer mogelijk deze bron nog in het onderzoek te verwerken.

3.4 Hoe beoordelen andere behandelaars de waarde van beeldende therapie voor ouderen met dementie?

In de interviews vertelden beeldend therapeuten over de effecten die ze in de sessie observeerden. Om te onderzoeken of anderen de effecten ook zien en of ze na de sessie nog aanwezig zijn, werden begeleiders en behandelaars naar hun mening gevraagd. Het gaat om korte termijn effecten buiten de therapie (tot twee uur na de therapie). In dit hoofdstuk worden de observaties en meningen van de behandelaars weergegeven.

Begeleiders en behandelaars observeren dat de cliënten rustiger zijn dan op een ander moment (dus niet tot twee uur na de therapie). Tegelijkertijd geven twee van drie respondenten aan dat de cliënten moe ogen. Alle respondenten observeren dat de cliënten trots zijn en met hun aandacht in het hier-en-nu. De cliënten lijken minder boos en minder onrustig dan gewoonlijk, en ogen blij.



Deze grafiek laat zien hoe de antwoorden verdeeld zijn per observatiepunt. Het totaal aantal respondenten is drie. De cijfers geven het aantal respondenten weer.

Een behandelaar vertelt dat ze in het begin sceptisch was, maar gaandeweg de positieve effecten van beeldende therapie heeft gezien. Behandelaars zien vooral voordelen in de beeldende therapie voor ouderen met dementie: *“Dat het een moment is waarop zij kunnen ervaren wat zij nog wél kunnen. Daarnaast echt een punt van rust kunnen vinden in het geconcentreerd bezig zijn met iets creatiefs, iets met hun handen. Met een uniek eindresultaat dat altijd goed is”* (Psycholoog).

Verder vinden behandelaars dat beeldende therapie hersengymnastiek is en dat het cliënten een gevoel van nuttigheid en trots geeft. Ze kunnen hun gevoelens uiten en hun creativiteit kwijt. Vooral saamhorigheid wordt benadrukt. Beeldende therapie schept verbondenheid, ook het systeem heeft er profijt van. Beeldende therapie is volgens de respondenten een ontspannende activiteit om cliënten en mantelzorgers/partners dichter bij elkaar te brengen en de ziekte op de achtergrond te zetten.

Twee van de vier ondervraagde (niet beeldend) therapeuten zien geen nadelen. Twee behandelaars denken dat het confronterend kan zijn, bijvoorbeeld bij verminderde motoriek. Echter, ze zeggen ook dat er oplossingen gevonden kunnen worden zodat iedereen aan de therapie mee kan doen.

4. Discussie

Uit de resultaten wordt zichtbaar wat voor de behandeling van ouderen met dementie kenmerkend is. Het is een therapie in het nu. Er worden geen lange termijn doelen gesteld, behalve zo lang mogelijk de toestand stabiel te houden. In de literatuur over beeldende therapie met ouderen met dementie wordt minder over doelen dan over mogelijkheden gesproken. Zowel in de literatuur als ook in de praktijk is weinig tot geen methodische onderbouwing te vinden. Modulair werken blijkt bij deze doelgroep minder aan de orde. Het blijkt dat in het werken met deze doelgroep in het moment gekeken wordt wat elk individu nodig heeft. Dat wordt in de literatuur als belevingsgerichte zorg beschreven.

Opvallend is dat de holistische benaderingswijze van beeldende therapie, zowel in de literatuur als ook in de bevraging, als een voordeel wordt gezien. Volgens wetenschappelijke literatuur heeft de holistische insteek positieve invloed op het cognitieve welbevinden (Pike, 2014). Dit komt tot stand door de wisselwerking tussen fysiek, mentaal en cognitief welbevinden. Op neurologisch niveau zijn het chemische processen die ervoor zorgen dat een 'blij brein', beter functioneert (Pike, 2014). Het is vooral recente literatuur (vooral na 2009) die de neurowetenschappelijke inzichten en creatieve werkvormen verbindt. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat deze inzichten geschikt zouden kunnen zijn om de werking van beeldende therapie wetenschappelijk te onderbouwen. Bijvoorbeeld zijn zo de observaties van beeldend therapeuten verklaarbaar. Ze vertellen over cliënten die tijdens en na de beeldende therapie spraakzamer waren, zich ontspannen en minder agressief gedroegen en een oprechtere lichaamshouding hadden. Deze uitkomsten zijn waarschijnlijk toe te schrijven aan een brein dat 'in balans' is dankzij de werking van het materiaal en de creatieve expressie (Kahn-Denis, 1997).

Uit een vergelijking tussen literatuur en praktijk zou geconcludeerd kunnen worden dat het waarschijnlijk geen verschil maakt of de behandeling vanuit een wetenschappelijke of niet-wetenschappelijke invalshoek plaatsvindt. In de resultaten wordt zichtbaar dat de effectieve factoren en de effecten veel overlap vertonen. Door de wisselwerking tussen sociaal, lichamelijk en psychisch welbevinden en zingeving en cognitief welbevinden is het lastig om effecten en effectieve factoren helemaal uit elkaar te halen. Het blijkt een circulair proces waarin de genoemde domeinen elkaar beïnvloeden.

Beeldende therapie toont effecten op veel gebieden. Maar wat vinden mensen met dementie zelf belangrijk? Zoals door de WHO gedefinieerd, is kwaliteit van leven is een subjectief begrip. Er is onderzoek gedaan naar de behoeftes en de kwaliteit van leven van ouderen met dementie (Boelens, Bos, Dröes, Ettema, Gerritsen, Hoogeveen, Meihuizen, 2010; Beek, Nispen, Wagner, 2005). Het voorliggende onderzoek gaat echter niet op de perspectief van de cliënt in, maar blijft praten over de cliënt. De therapeuten treden als een soort vertegenwoordigers voor de interesses van de cliënt op. De vraag wat beeldende therapie bijdraagt aan de behandeling van ouderen met dementie kan beantwoordt worden maar daarmee is nog niet zeker of dat ook echt de behoeftes van de cliënten zijn. Misschien uit een bevraging of observatie van cliënten meer nadelen van bedelende therapie met deze doelgroep naar voren komen.

Bovendien is beeldende therapie een relatief dure therapie vanwege het materiaal dat gebruikt wordt. Muziektherapie heeft bijvoorbeeld het voordeel dat met simpele middelen zoals een cd speler al effect geboekt wordt. Er tegenover kan worden gesteld: beeldende therapie heeft een breed spectrum aan materiaal. Daardoor kunnen er makkelijk verschillende zintuiglijke stimuli aan verbonden worden. Bijvoorbeeld maken beeldend therapeuten soms gebruik van elementen uit

muziek, drama en meditatie, zoals mevrouw Dolk en mevrouw Overtoom in de interviews berichten.

Methode

Het grootste obstakel in dit onderzoek was de brede vraag. Een afgebakende vraag zou wellicht tot concretere resultaten hebben geleidt. Tijdens het proces werden deelvragen opnieuw geformuleerd en geordend. Het is mogelijk dat daardoor data niet helemaal doelgericht geanalyseerd is maar soms met de vragen nieuw gerangschikt werd.

De doelen-middelen-effect-keten zoals beschreven was moeilijk toe te passen vanwege de grote hoeveelheid aan codes waardoor nauwelijks meer verbanden konden worden gelegd. Uiteindelijk bleek het aan de overlap tussen doelen, middelen en effecten te liggen.

Informatieverzameling - en analyse

De informatie werd door de onderzoeker verzameld en geanalyseerd. Als iemand anders de interviews had gecodeerd (*peer review*) had dat misschien andere codes en clusters tot gevolg gehad. Echter, er werden wel veel punten van zelfcontrole ingebouwd (zie methode) en regelmatig met een onderzoeksgroep overlegd.

De dataverzameling houdt naast de literatuur alleen maar bevragende methodes in. Door andere methodes van dataverzameling te gebruiken zou het onderzoek meer valide kunnen worden. Een voordeel van het gebruik van observatie zou kunnen zijn dat het nog directer informatie oplevert dan bevraging van observatoren. Beeldend therapeuten werden bevraagd over hun mening maar niet de cliënten zelf. Werkstukken of observaties of bevraging van cliënten, tot zover dat mogelijk is, zouden nog een ander perspectief kunnen toevoegen aan de beantwoording van de onderzoeksvraag. Aan de andere kant is er bewust voor gekozen om deelnemers van de therapie niet zelf te vragen. Dit ten eerste omdat er de kans bestaat dat ze zich niet meer aan de beeldende therapie kunnen herinneren. Ten tweede omdat het confronterend voor de cliënten zou kunnen zijn als ze dingen gevraagd worden die ze zich niet meer helemaal kunnen herinneren.

Er zijn maar vier vragenlijsten geretourneerd. Dat komt waarschijnlijk doordat beeldend therapeuten de vragenlijst liever zelf aan hun collega's wilden geven. Een voordeel ervan is dat collega's onderling eerder geneigd zijn om een vragenlijst voor elkaar in te vullen aan de andere kant maakt het afhankelijk van de inzet van de beeldend therapeut. De respons was wel enigszins anoniem desondanks is het aantal niet representatief.

In de loop van het onderzoek kwamen nog andere mogelijke bronnen naar voren zoals behandelplan- en evaluatie, werkstukken en actuele persberichten over ontwikkelingen in de dementie, zoals recente farmacologische ontwikkelingen. Deze konden niet meer in het onderzoek geïntegreerd worden.

5. Conclusie

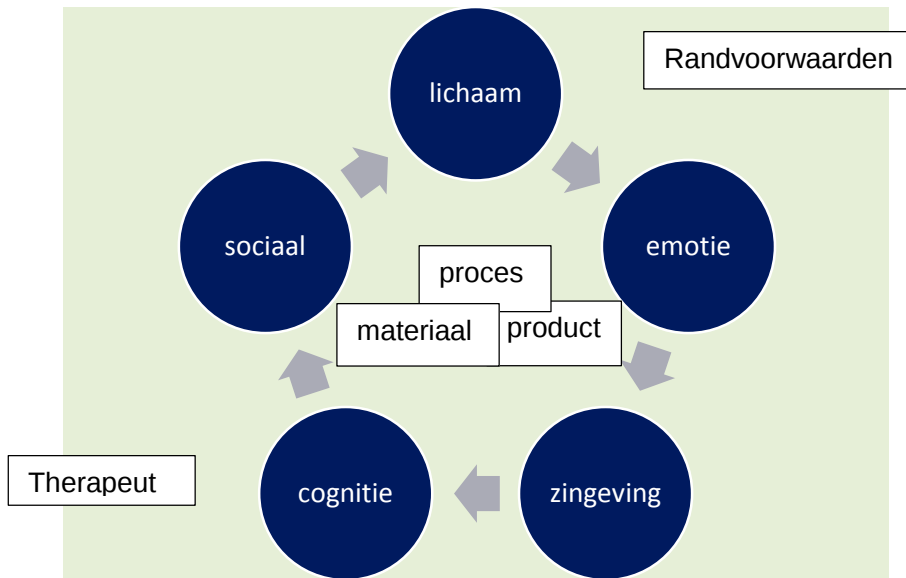
Uit de resultaten en de discussie kunnen volgende conclusies worden getrokken met betrekking tot de onderzoeksvraag **Wat draagt beeldende therapie bij aan de behandeling van ouderen met dementie?**

Het onderzoek toont aan dat de holistische en cliëntgerichte benadering en de inzet van creatieve middelen positieve effecten teweegbrengt. Dit op sociaal, spiritueel, fysiek, psychisch en emotioneel waardoor kwaliteit van leven positief beïnvloed kan worden.

Het zijn verschillende factoren in de beeldende therapie die ouderen met dementie ten goede komen. Het is een stimulerende therapie waarin de cliënten in beeld kunnen uitdrukken wat ze in woorden niet meer kunnen zeggen. Een plek waar geschiedenis een vorm krijgt, waarin men zichzelf herontdekt, conflicten kan verwerken, zichtbaar wordt en met anderen in contact komt. In de slotsom, en dat wordt zowel in de literatuur als ook door geïnterviewde therapeuten bovenaan gesteld worden mensen er blij van. Door plezier te ervaren kunnen cliënten langer de concentratie vast houden en willen ze langer met het beeldend werken doorgaan. In de beeldende therapie wordt zichtbaar dat mensen met dementie nog steeds kunnen leren, bijvoorbeeld de stappen die voor beeldend werken nodig zijn. Verder heeft het onderzoek aangetoond dat het product dat ontstaat van grote waarde is. Het is zichtbaar, tastbaar en kan getoond worden. Daarmee slaat het de brug van de binnenwereld van de maker naar de buitenwereld. Het is een communicatiemiddel om erover te praten en om aan familieleden te tonen die zien wat voor kwaliteiten nog in iemand zitten. Zowel literatuur als ook bevraagde beeldend therapeuten geven aan dat beeldend werk en de observaties uit het werkproces informatie over het ziekteproces en het welbevinden van de cliënt kunnen geven.

Beeldend therapeuten vinden dat nadelen van de beeldende therapie kunnen zijn dat oudere mensen niet altijd ervaring met creatieve middelen hebben en er sceptisch tegenover kunnen staan. Bovendien komen uit interviews een aantal contra indicaties naar voren waardoor mensen niet aan beeldende therapie zouden kunnen deelnemen, bijvoorbeeld fysieke beperkingen.

Het diagram laat zien hoe de vijf domeinen (lichaam, sociaal, emotie, cognitie en zingeving) elkaar beïnvloeden. Therapiedoelen en ingangen zijn verschillend maar het achterliggende proces is hetzelfde. Het voordeel van beeldende therapie is dat zij op elk van de domeinen een ingang heeft. Het creatieve proces en de creatieve expressie en het product dat ontstaat zijn elkaar ondersteunende en werkzame factoren. De werking en het appèl van het materiaal verleiden de cliënten om aan het werk te gaan en roepen gevoelens en gedachten op. In het proces kan de maker deze gevoelens en gedachten in handelingen omzetten die wederom in het materiaal zichtbaar worden. Het is zowel een esthetisch proces als een proces van zingeving. Het creatieve proces en het daaruit resulterende product geven roepen wederom iets bij de maker op. Voorwaarden voor een effectieve therapie zijn een verwelkomend therapeut, structuur en weinig afleiding en bovendien een therapeute die effectieve middelen professioneel toepast.



6. Aanbeveling

Met de conclusie uit het onderzoek heeft de opdrachtgever NaarHuisToe beter inzicht in wat belangrijke en effectieve elementen in de beeldende therapie zijn. Er zal een product worden geschreven met de belangrijkste aandachtspunten en aanbevelingen voor het uitvoeren van de therapie.

Het is duidelijk geworden wat beeldende therapie voor de behandeling van ouderen met dementie kan betekenen en dat het een geschikte behandelmethode in alle fasen van het ziekteproces kan zijn. Vaktherapeuten zouden de uitkomsten uit dit onderzoek kunnen gebruiken om hun vak in deze zorgsector te profileren. Bevindingen uit de neurowetenschap tonen aan dat zintuigelijke stimulering, beweging en sociale, emotionele en spirituele aspecten van de beeldende therapie ook het brein positief beïnvloeden (Levine Madori, 2012). Mogelijk zou een vroegtijdig herkennen en ingrijpen het mogelijk maken de symptomen van een beginnende dementie te verzwakken.

Dit onderzoek beantwoordt de vraag waarom beeldende therapie voor mensen met dementie aangeboden zou worden, echter niet hoe. Eerste conclusies wat betreft de werkwijze kunnen uit de interviews en de literatuur worden getrokken. Hoe zou een 'best practice' eruit kunnen zien, die zowel breinfuncties verbeterd alsook de kwaliteit van leven bevordert? Er zouden werkvormen kunnen worden ontwikkeld die op het zintuigelijk / kinesthetische niveau van de ETC opbouwen of die op specifieke doelen toegespitst zijn. Dat zou een vervolgonderzoek kunnen zijn.

Veder kan naar beeldelementen en de mogelijkheid voor diagnostiek via werkstukken worden gekeken. In het onderzoeksproces kwam vaker ter sprake dat beeldelementen voor diagnostische doeleinden gebruikt zouden kunnen worden. Er zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden of de criteria betrouwbaar genoeg zijn om in de DDS (Diagnostic Drawing Series) opgenomen te worden.

7. Referenties

Abraham, R. (2005). *When words have lost their meaning. Alzheimer's Patients communicating through art*. Wetport: Praeger.

Alzheimer Nederland. (2015). *Wat is dementie?* Geraadpleegd op 11 mei 2015, van <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/wat-is-dementie/verloop-van-dementie.aspx>

Alzheimer Nederland. (03.02.2015). *Cijfers en feiten over dementie*. Geraadpleegd op 25 februari 2015, van http://www.alzheimer-nederland.nl/media/840711/factsheet_dementie_algemeen_-_publieksversie_03-02-2015.pdf

American Psychiatric Association. (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5™*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Beek A.P.A., van, Nispen R.M.A., van, Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek*. Utrecht: Nivel.

Bolwerk, A., Dörfler, A., Lang, F. R., Mack-Andrick, J. & Maihöfner, C. (2014). How art changes your brain: Differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity. *PLoS ONE*, 9(7), 1–8. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0101035>

Boelens, E., Bos, J., Dröes, R. M., Ettema, T. P., Gerritsen, Hoogeveen, F., D. L., Meihuizen, L. (2010). Kwaliteit van leven bij dementie. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*, 41(6), 241–255. <http://doi.org/10.1007/s12439-010-0219-z>

Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie. (2015, 23 januari). *Hersenatrofie bij dementie*. Geraadpleegd op 16.05.2015, van <http://www.btsg.nl/infobulletin/dementie/dementie-atrofie.html>

Chancellor, B., Chatterjee, A. & Duncan, A.. (2014). Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(1), 1–11. <http://doi.org/10.3233/JAD-131295>

Chen, L.-K., Chen, L.-Y., Chen, R.-C., Lin, M.-H., Liu, C.-L., Liu, L.-K. & Peng, L.-N. (2014). Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: a prospective cohort study in Taiwan. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(2), 440–6. <http://doi.org/10.1111/ggi.12126>

Cowl, A. L., & Gaugler, J. E. (2014). Efficacy of Creative Arts Therapy in Treatment of Alzheimer's Disease and Dementia: A Systematic Literature Review. *Activities, Adaptation & Aging*, 38(4), 281–330. <http://doi.org/10.1080/01924788.2014.966547>

Donk, C., van der. & Lanen, B., van (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Dröes, R. M., Finnema, E., Ribbe, M., & Van Tilburg, W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 141–161. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(200002\)15:2<141::AID-GPS92>3.0.CO;2-5](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(200002)15:2<141::AID-GPS92>3.0.CO;2-5)

Evers, J. & Staa, A. L., van. (2010). 'Thick analysis': strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. [onlinepublicatie]. *Kwalon*, 43(1), 5–12. Gedownload op 1 juni 2015,

van

http://www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2010/1/KWALON_2010_015_001_002

Ffytche, D. H. Gretton, C., & (2014). Art and the brain: A view from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(2), 111–126. <http://doi.org/10.1002/gps.3975>

Fonds Psychische Gezondheid. (2010). *Depressie bij ouderen. Als grijstinten de oude dag beheersen*. [Brochure]. Amersfoort: Fonds Psychische Gezondheid.

Fonds Psychische Gezondheid (2008). *Dementie. Als het geheugen vervaagt*. [Brochure]. Utrecht: Fonds Psychische Gezondheid.

GGZ Centraal. (2010). *Oorzaken van dementie*. Geraadpleegd op 16 mei 2015, van <http://www.ggzcentraal.nl/ziektebeelden/dementie/oorzaken-van-dementie>

Hatfield, K. & Innes, A. (2001). *Healing Arts Therapies and Person-Centered Dementia Care*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Hattori, H., Hattori, C., Hokao, C., Mase, T. & Mizushima, K. (2011). Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatrics and Gerontology International*, 11(4), 431–437. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00698.x>

Haves, J. & Povey, S. (2011). *Practical person-centered approaches and ideas. The creative arts in dementia care*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Heide, M., Reijnen, L. & Visscher, N. (2014). *Thematisch werken binnen beeldende therapie (afstudeeropdracht)*. Creatieve Therapie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen.

Hersenstichting. (2015). *Dementie*. Geraadpleegd op 23 juni 2015, van <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/dementie>

Hinz, L. (2009). *Expressive Therapies Continuum: A Framework for Using Art in Therapy*. New York en Oxon: Routledge, Taylor & Francis Group.

Hoeveling, P. (1995). *De belevingsgerichte benadering van dementerende ouderen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Informatie over dementie. (z.d.). *Hoeveel mensen hebben dementie en hoe oud zijn ze*. Geraadpleegd op 16 mei 2015, van <http://www.informatieoverdementie.nl/index.php/algemeen/hoeveel-mensen-hebben-dementie-en-hoe-oud-zijn-ze.html>

Internationale Stichting Alzheimer Onderzoek. (2013, 11 november). *De ziekte van Alzheimer: de hersenen nader bekeken*. [Videobestand]. Geraadpleegd op 16 mei 2015, van <https://www.youtube.com/watch?v=nlGjGQomHwE>

Kahn-Denis, K. B. (1997). Art Therapy with Geriatric Dementia Clients. *Art Therapy Journal of the American Art Therapy Association*, 14(3), 194–199. <http://doi.org/10.1080/07421656.1987.10759281>

Kliphuis, M. (1973). *Het hanteren van creatieve processen in vorming en hulpverlening*. In: L. Wils (red.). *Bij wijze van spelen*. Samsom: Alphen aan de Rijn.

Levine Madori, L. (2012). *Transcending dementia through the TTAP method. A new method of art, brain and cognition*. Baltimore: Health Professions Press.

Lucassen, P.L.B.J. & Olde Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lusebrink, V. B. (2004). Art Therapy and the Brain: An Attempt to Understand the Underlying Processes of Art Expression in Therapy. *Art Therapy*, 21(3), 125–135.
<http://doi.org/10.1080/07421656.2004.10129496>

Lusebrink, V. B. (2010). Assessment and Therapeutic Application of the Expressive Therapies Continuum: Implications for Brain Structures and Functions. *Art Therapy*, 27(4), 168–177.
<http://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129380>

Marr, D. (1995). *Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen*. Weinheim: Beltz.

Maso, I. (1987). *Kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.

Menzen, K.-H. (2004). *Kunsttherapie mit altersverirrten Menschen*. München: Ernst Reinhard Verlag.

Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014, 23 juni). *Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten?* Geraadpleegd op 15 mei 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-kwaliteit-van-leven-en-hoe-wordt-het-gemeten/>

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014, 23 juni). *Wat is dementie en wat is het beloop?* Opgeroepen op 11 maart 2015, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/beschrijving/>

Neuvels, K. (2014). *Alzheimer. Biografie van een ziekte*. Amsterdam: Podium.

Pike, A. A. (2014). *Improving memory through creativity*. London en Philadelphia: Jessica Kingsley.

Rusted, J., Sheppard, L., & Waller, D. E. (2006). A Multi-centre Randomized Control Group Trial on the Use of Art Therapy for Older People with Dementia. *Group Analysis* 39(4), 517-536.
<http://doi.org/10.1177/0533316406071447>

Schweizer, C. (2009). *Uit de verf. Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Countinho.

Sulser, R. (2007). *Ausdrucksmalen für Menschen mit Demenz*. Bern: Hans Huber.

Swaab, D. (2011). *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.

Waller, D. (2002). *Arts Therapies and Progressive Illness. Nameless Dread*. Sussex en New York: Brunner-Routledge.

Theunissen, G. (2000). Alte Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz: Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer Sicht. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (uitgever). *Persönlichkeit und Hilfe im Alter: Zum Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung*. (2e herziene druk.). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Trimbos instituut. (2010, 9 maart). *Subtypen dementie*. Geraadpleegd op 11 maart 2015, van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/dementie/subtypen>

Voorwinden-Duurkoop, A. (1994). *Grijs betekent kleur. Beeldende therapie in de ouderenpsychiatrie*. Culemborg: Phaedon.

World Health Organization. (2015). *Definition of an older or elderly person*. Geraadpleegd op 16 mei 2015, van <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Wouters, E. (z.d.). *Het bepalen van de kwaliteit van leven bij dementie is geen eenvoudige zaak*. Geraadpleegd op 31 mei 2015, van http://www.moderne-dementiezorg.nl/upl/kwaliteit_van_zorg/Wouters_Kwaliteit%20van%20leven%20bij%20dementie_DEF.pdf

***Afbelding titelblad: Met vriendelijke toestemming van Anneke Betten, beeldend therapeut bij Zuidoostzorg**

8. Bijlagen

A. Bijlage inleiding: Verdiepende uitleg over dementie

Aandoeningen die dementie veroorzaken

De meest voorkomende oorzaak van dementie is de ziekte van Alzheimer. (Trimbos, 2010). Deze wordt vooral zichtbaar door een achteruitgang van het (korte termijn) geheugen. In het verloop van de ziekte gaan vaak oriëntatie, taal, overzicht en herkenning achteruit.

Kenmerkend voor Lewy body dementie zijn sterke schommelingen in de achteruitgang van het cognitief functioneren en verschijnselen van de ziekte van Parkinson. Dit uit zich in verandering van motoriek, beweging en houding (Alzheimer Nederland, 2015).

Bij vasculaire dementie is er sprake van meervoudige stoornissen in cognitie, stemming of gedrag. Vasculaire dementie kan optreden als een gevolg van een herseninfarct waardoor de bloedvaten van de hersenen beschadigd zijn. Vasculaire dementie treedt plotseling op waartegen het verloop van de ziekte van Alzheimer geleidelijk is.

Bij frontotemporale dementie staan gedrags- en persoonlijkheidsverandering op de voorgrond zoals dwanghandelingen, ongeremd gedrag of agressief gedrag. Het latere ziekteverloop lijkt op het verloop van de ziekte van Alzheimer. (Alzheimercentrum, 2010).

De fasen van de dementie, drie modellen

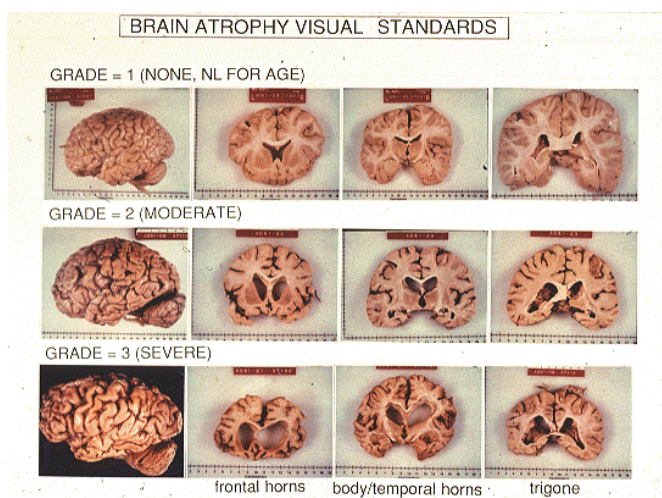
Het verloop van dementie is bij ieder cliënt anders en natuurlijk ook afhankelijk van de aandoening die de dementie veroorzaakt. Symptomen van de verminderde hersenfunctie zijn een voortschrijdend verlies van geheugen en denk- en oordeelsvermogen (Fonds Psychische Gezondheid, 2008). Het Fonds Psychische Gezondheid onderscheidt vier fasen in het dementieproces. Beginnende dementie, voortgaande dementie, vergevorderde dementie en het eindstadium van dementie (Fonds Psychische Gezondheid, 2008). Een daarop lijkende beschrijving van het verloop levert Theunissen (2000). Hij onderscheidt bovendien primaire en secundaire symptomen. Primaire symptomen zijn de symptomen die door de ziekte veroorzaakt zijn, secundaire symptomen zijn reacties op de primaire symptomen.

Het is de moeite waard om nog een derde model erbij te betrekken. De belevingsgerichte benadering beschrijft het verloop van de dementie als een omgekeerd ontwikkelingsproces (naar Piaget) van het kind. De dementie tast het functioneren aan en verandert de beleving in deze volgorde: cognitieve fase, emotionele fase, psychomotorisch e fase en zintuigelijke fase (Hoeveling, 1995). Deze benaderingswijze legt de nadruk op de beleving van de patiënt. Een insteek die tegenwoordig aandacht vindt en bijvoorbeeld in het project the Alzheimer experience (<http://www.alzheimerexperience.nl/>) uiting krijgt. Het is een interactieve film waarin de kijker door de ogen van een getroffene het verloop van de dementie beleeft. "Voor het geven van goede zorg is kennis van de belevingswereld van iemand met dementie nodig" (Gea Broekema, algemeen directeur Alzheimer Nederland). In het volgende een korte schets van het verloop van de dementie in waarin de drie beschreven modellen geïntegreerd zijn.

Oorzaak

Voor het dementie-syndroom is geen eenduidige oorzaak bekend. Er is altijd sprake van beschadiging van de hersencellen. Beschadigd hersencellen sterven uiteindelijk af waardoor de informatieoverdracht tussen de betreffende hersencellen stopt. Bij vasculaire dementie gebeurt dit door aangetaste bloedvaten in de hersenen. Dementie komt voor bij verschillende ziektes:

Parkinson, de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, bij aids en hersentumoren en bij het syndroom van Down (Ggz Centraal, 2010). Bij Alzheimer op jonge leeftijd is vaak een gen-mutatie de oorzaak. Voor de rest geldt: hoe hoger de leeftijd hoe hoger het risico op een vorm van dementie. Waarschijnlijk zorgen omgevingsfactoren, individuele kwetsbaarheid zoals genetische factoren en bepaalde ziektes voor een verhoogd risico (Ggz Centraal, 2010). Er zijn dus verschillende oorzaken die resulteren in het zelfde syndroom (dementie). Een hypothese voor het ontstaan van de ziekte van Alzheimer is dat de risicofactoren zorgen voor twee afwijkingen in de hersenen (Swaab, 2010, 2011). Ten eerste, vindt een stapeling van bèta-amyloïde-eiwit tot amyloïde-plaques plaats. Dit begint in de iso-cortex en gaat verder in de hippocampus en de dieper gelegen hersengebieden. Ten tweede, ontstaan neurofibrillaire tangles door een afraak en klontering van tau-eiwitten in de zenuwcellen, waardoor de verbindingen tussen de zenuwcellen onderbroken is en de zenuwcel uiteindelijk afsterft en neurofibrillaire tangles vormen. Dit proces begint in de hippocampus en breidt zich uit naar de verder buiten gelegene delen van de hersenen. Het verloop van de aangetaste hersengebieden en diens functies komt overeen met de symptomen van de ziekte van Alzheimer. De omgekeerde weg van de amyloïde-plaques is niet terug te zien in het ziektebeeld. Wetenschappers gaan ervan uit dat beide processen samen tot het ziektebeeld van Alzheimer leiden. Waarom de afwijking ontstaat, is nog niet bekend. (Internationale Stichting Alzheimer Onderzoek, 2013). Swaab (2010,2011) ondersteunt de hypothese dat plaques en tangles bij het gewone verouderingsproces horen. Sommige mensen kunnen deze slechter afbreken waardoor de ziekte van Alzheimer optreedt, een vroege en versnelde vorm van hersenveroudering (Swaab, 2010,2011p. 401). De kapotte zenuwcellen in de hersenen zijn niet reparabel. Dit leidt tot atrofie (vermindering van orgaanweefsel) in de hersenen. (Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie, 2015). Op deze processen en de functies van de aangetaste hersengebieden komen we terug bij deelvraag vijf.



Hersentrophie bij Alzheimer. Bron: btsg.nl

B. Voorbeeld dataanalyse, codering van interviews.

dom ein	Cluster	Overeenkomend e codes uit 5 interviews	citaat
Doel	Kwaliteit van leven	Plezier Ontspanning	A.En een vrolijk gezicht, ze beleeft er duidelijk plezier aan J: Je ziet dat de lach weer komt en de grapjes en de oude persoon zie je zo ook weer terug. I Ookal zijn ze soms ver weg maar ze kunne toch nog heel veel plezier ervaren. Als de sfreer goed was dan had je zoiets van, dat je dat nog even mee kan geven.
	Gevoelens een plek geven	Minder probleemgedrag (agressie,) Minder depressieve en angstklachten Acceptatie Rouwverwerking	J: Je kunt het (probleemgedrag, anm.) wel verminderen vaak, door mensen weer te activeren. Dat werkt altijd uitstekend.(...) Dat ze bezig zijn en succesbelevingen kennen- Y: Ze zijn in de beeldende therapie meer aan het winnen dan aan het verliezen. Y: Mensen zijn minder bezig met hun klachten. Y Een mevrouw(...) die zegt: Ik vind het gewoon zo fijn het maakt me eigenlijk niet meer uit wat ik heb.
	Identiteit en zelfvertrouwen	Beter zelfbeeld eigenregie Eigenwaarde versterken Zelfvertrouwen Zingeving Zichtbaar worden	A: De demente mens is bij mij in de therapie leidend.Ik voeg in waar de demente mens is. I. Hij was er zo trots op dat hij dat had gemaakt. Hij kon het niet meer zeggen mar hij kon het nog wel in beeld weergeven. Y: Herkennen is het niet altijd maar er een vertrouwd gevoel mee van, oja, zo doe ik dat. Toch eigenheid herkennen in de eigen manier van vormgeven.

	Activatie En stimulatie	Activeren, (lichaam en gest) Stimulans hersenen Gezond deel stimuleren, vaardigheden gebruiken en leren Minder probleemgedrag (agressie, Minder depressieve en angstklachten Acceptatie Rouwverwerking Gevoelens een plek geven	J: En dan gaat het praten weer beter en het contact gaat weer beter. J: Bij sommige cliënten kun je in ses maanden zelfs nog lichte verbeteringen zien in hoe ze te werk gaan en dat de werkstukken gedetailleerder worden en dat ze de techniek onder de knie krijgen. I: Het is een kleine uitdaging. I: Ze worden aangesproken op een ander deel van hun hersenen, meer gevoelsmatig en de zintuigen worden geprikkeld. Y: De methode van het motorisch tekenen, met twee handen werken, ook voor het brein.
	Erbij horen	Samen werken Communiceren via werkstuk Zichtbaar worden	(...Dat ze ook zien wat de ander maakt(...)) I: gewoon iets leuks doen samen. I: Het is eigenlijk meer spel. I: Dat ze iets wat ze niet meer in woorden kunnen doen, kunnen ze nog wel in beeld doen(...) Het had allemaal een betekenis. Y: Je bent iemand die iets maakt en niet iemand die niets meer is. Y: O, dat ze dat gemaakt heeft, dat ze dat nog kon. (uitspraak van familieleden). Dat hele tastbare(...) is een extra manier om met elkaar te praten en om bij elkaar te zijn. Dat het zichtbaar bestaat en kleur heeft en dat je er een sfeer mee neer kunt zetten die ook nog terug te zien is.
	Iets maken	Het beeld proces aangaan Een werkstuk maken	
Beelden d wer	- sensomotoriek als motor	Herinneringen Vaardigheden	J: Ze komen weer in het hier en nu, ze moeten beslissingen maken die betrekking hebben op wat ze op dit

k doet zijn werk	Recoursen worden aangesproken Aandacht Gevoel Beweging Keuzes maken iets moois maken Succeservaring -	leren Hier en nu Goede concentratie Prikkeling zintuigen Appelwaarde - Spreekt gevoelens aan	moment bezig zijn. En dat doen ze eigenlijk niet meer vanuit zichzelf. J: Terwijl ze feitelijk in de fase zijn dat ze alles kwijt raken ontdekken ze weer iets. I: Ik zoek opdrachten die vele met hunzelf te maken hebben en wat met de realiteit te maken heeft. I: De vaardigheid van vroeger zit nog in zijn handen. I: De zintuigen worden belangrijker en dat zie je ook terug in het beeld. En het gevoel wordt ook belangrijker. Y: De tijd krijgt weer vorm. Y: Als je mensen kunt sterken in het meebewegen met de dingen die zich aandienen in het beeldend materiaal, dat dat veel meer effect heeft ook in de omgang van hun ziekte, dan het mislukken blijven zien.
Werkstuk als verbindende factor	Uit je hoofd Blijvend Sfeer neertzetten Basaal contact Non-verbaal contact Drukt gevoelens uit	Communicatiemiddel Meenemen Verbinding met omgeving Praten over Tastbaar Zichtbaar worden Betekenis geven Samenwerken	Familiedag Y: Dat ze merken: Als ik me concentreer op hoe het nu gaat, kijk wat er toch uit mijn handen komt. En dat dat een soort geruststelling teweeg brengt, van waarom zou ik heel ver vooruit kijken als ik in het nu ook nieuwe dingen kan meemaken en leren ne nieuwe mensen kan leren kennen. Waarom zou ik een slechter mens worden, het helpt ook wel het normaliseren van de ziekte. Y: Ik vind eigenlijk dat mensen vaak zovoorvindproblemen hebben dat het nog veel basaler gaat om wat je ziet (...) mensen zijn veel puurder in wat ze laten zien. Y; Als Alles verdwijnt is het ook handig om dingen te kunnen blijven zien. (de werkstukken)
Effectief	- Vrijheid voor eigen vormgeving, ontdekken-herkenbaar - gastvrij - groep - rust Themas, vertrouwde dingen	Structuur Stapsgewijs Vaste afloop Weinig afleiding Houvast, veiligheid Beweging, bezig zijn Prikkeling zintuigen	J: Door de structuur raken ze vertrouwd in de omgeving en dan krijgen ze steeds meer plezier in. J: Wat altijd heel goed werkt, dat is waterverf, dat vind ik ook wel bijzonder want dat zijn een hele boel deelhandelingen voordat je een kleur op papier hebt. Maar dat kun je ze goed aanleren. J. en A. De sfeer is belangrijk, dat mensen zich welkom voelen.

	Samen werken Veilige plek	Positieve bekrachtiging Empatisch meebewegen met client	J: je haalt ze uithet door de zeikte gecreerd isolement. I: Je krijgt een bepaald structuur en binnen die structuur kan er iets gebeuren. Y: Je beperkt het kader zodat mensen daarbinnen zo veel mogelijk hun eigen vormgeving kunnen uitproberen, ontdekken. Y: Dat humor on mooi element is ook tijdens ziek zijn
		-	
Effe ct	Beter zelfbeeld Beter zelfvertrouwen Eigenwaarde groeit In het hier en nu zijn Betere lichaamshouding Sprakzaam Identiteitsversterking Rust Plezier Concentratie Trots	Blij Normalisering Minder angst Actief Herkenning Nuttig voelen Waardevol voelen Betekenis geven Verhalen komen naar boven Stimuleren van mogelijkheden	A.ik zie de eigenwaarde groeien, hij gaat rechtop zitten, hij is weer iemand, hij doet mee, hij heeft iets te laten zien. J: Dat ze heel gebogen binnen komt, geen contact maken en recht op weer naar buiten stappen. . spanningsboog van een half uur tot een uur. I: Dat komt dan weer terug en daar kunnen ze dan toch woorden aan geven. Y: Mensen kunnen lang met iets bezig zijn. Het kost hun geen moeite.
Toe pasbaar heid	- Alles is goed Affiniteit Afstemmen	- Individueel - Persoonsgericht - Toegankelijk - Kleine moeite	A.Ik kijk gewoon naar de mens en hoe die op deze dag is.en wat iemand nodig heeft. Ik werk minder met een doel en pas ik me meer aan bij de dag en bij de client dan omgekeerd. J: Individueel gericht en een heel empathische houding. Beeldend vind ik bij dementi goed passen (...) ook omdat we zo veelzijdig materiaal kunnen inzetten. J: Omdat het zo laagdrempelig is. 90% van de cliënten die kan dat gewoon en heeft er een positief gevoel bij. Y: meer vanuit de meditatieve hoek
Contra-indicaties	Psychotisch Voegere traumatische ervaring	- Bt biedt geen meerwaarde Onrust, weglopen, boos	Ze kunnen niet meer terughalen wat ze gemaakt hebben, vinden de woorden niet, raken het overzicht kwijt. Ze voelen zich overvraagd en raken gefrustreerd. Ze zijn er niet mee opgegroeid, creatieve middelen kenne ze niet.

		- Fysieke beperking - Angstig - agressief Geen affiniteit met medium	
Interventies	- Geen opdracht - Afstemmen Medium toepassen	Sturend en meebewegend - Nooit dwingend - Opdracht en zelf ontwikkeld Structuur bieden	Plezier, respectvol , geduld Volgend maar dierlijk timing

Aan de hand van een werkstuk laten zien dat ze achteruit gaan. Minder details, onlogisch kleurgebruik, techniek wordt minder. Aan de hand van de uitvoering. Concentratie.

I: Als je opdrachten geeft kun je daar als bt heel veel aan zien.

(inhoudelijk en in de beeldelementen)

Hypotheses:

- Structuur is de basis voor beeldende therapie met ouderen met dementie
- Beeldende therapie is laagdrempelig en daarom geschikt voor ieder individuele patiënt met dementie
- bT is toepasbaar op individuele behoeftes van de cliënten
- Het werkstuk dat ontstaat zorgt voor verbinding met de omgeving
- BT zorgt voor een vermindering van probleemgedrag zoals agressie, onrust en verveling (omdat mensen een nuttige zingevende en rustgevende bezigheid uitvoeren waar ze zichzelf en gevoelens in kwijt kunnen)
- BT draagt bij aan de kwaliteit van leven op verschillende domeinen, zoals aan: rust en ontspanning, plezier, zingevende, goede tijdsbesteding, eigenregie, positief zelfbeeld, identiteit.
- Het materiaal en beeldend werken doet een appel op vaardigheden van mensen
- Mensen kunnen nog iets leren
- de cliënt is sturend
- als de BT geen meerwaarde biedt stopt deze.

C Toelichting literatuur

ETC (Expressieve Therapies Continuum, Kagin&Lusebrink 1978)

Het ETC) is een model voor het methodisch handelen van de beeldend therapeut. Aan de hand van de niveaus en hun functies kan de therapeut observeren welke insteek de cliënt kiest en de behandeling hierop opbouwen. De niveaus van beeldend vormen zijn opgebouwd van simpel naar complex: Beweging/sensormotoriek, waarneming/gevoelswereld, cognitie/symboliek en creativiteit, waarbij de creativiteit op alle niveaus voorkomt. Lusebrink legt bovendien de link tussen beeldende processen en de functies van de hersenen. In de rechterhelft vinden meer processen plaats die met gevoel en intuïtie te maken hebben, de linkerhelft heeft meer te maken met logica, taal en visualisatie. Het creatieve niveau is de integratie van de functies van linker en rechter hersenhelft. De integratie van alle lagen in de beeldende therapie kunnen bijdragen aan het anders leren omgaan met problemen (Schweizer, 2009).

Het model slaat een brug van subjectieve benadering en focus op de beleving van de cliënt naar objectivering van de processen en verder naar wetenschappelijke onderbouwing.

Lusebrink (2004 en 2010) legt in twee artikelen verbanden tussen artistieke processen en breinactiviteit. Uitgangspunt zijn de levels van het ETC.

Levine Madori (2012)

De TTAP (therapeutic thematic Arts programming) methode is ontwikkeld door Levine Madori met het doel het brein van te stimuleren en daardoor het welbevinden van ouderen met dementie te verbeteren. Het boek is geschreven voor behandelars die met deze doelgroep werken. De methode omvat twaalf stappen met verschillende creatieve methoden zoals dans, theater, beeldend werken of schrijven. De auteur steunt de methode op onderzoeken over breinstimulatie en de invloed van een integratieve aanpak.

Pike (2014)

Piek legt in haar boek verbanden tussen succesvol cognitief training en creatieve expressie voor mensen met een neurocognitieve aandoening. Bij stimulatie van het brein en het geheugen spelen niet alleen maar cognitieve uitdagingen een rol maar ook emotioneel, sociaal en fysiek welbevinden. Deze processen beïnvloeden elkaar. Stress en sociale isolatie kunnen een significante achteruitgang van het geheugen en de fysieke toestand tot gevolg hebben. Piek beschrijft hoe beeldende therapie doelgericht het sociaal, mentaal en cognitief welbevinden kan beïnvloeden en levert een ondebouwing vanuit neurologische inzichten.

D. Aanbeveling behandeling

Een behandeling gericht op een verbetering van cognitie zou volgende onderdelen moeten combineren. Op expressie gebaseerde geheugen oefeningen in combinatie met actief sociale contacten en de mogelijkheid om kwaliteiten te ervaren en keuzes te maken. Dit zorgt voor een vermindering van depressie en isolatie en een verhoging van de neuroplasticiteit in de hippocampus, er ontstaan meer neuronale connecties waardoor de verbinding tussen emotioneel en cognitief functioneren verbeterd. Volgens Pike (2014) leren ouderen het beste door met hun handen te werken. Ze kunnen concreet ervaren wat ze nog kunnen. In het proces leert de cliënt medium inherente problemen op te lossen. Creatief bezig zijn bevordert de zelfactualisering door individualiteit uit te drukken, brengt plezier, bevrediging en ordening in gevoelens en ideeën door ze te uiten (Hinz 2009, p. 171). Het creatieve proces brengt positieve effecten teweeg op sociaal, fysiek, psychisch en emotioneel vlak en bevordert daardoor de kwaliteit van leven verbeterd.

Op basis van de praktijk van de geïnterviewde beeldend therapeuten en inzichten uit het literatuuronderzoek zijn aanbevelingen geformuleerd voor beeldend therapeuten die met ouderen met dementie werken.

Therapeutische houding	Randvoorwaarden	Opdrachten	Methodische zaken	Overige
Verwelkomende houding	Kleine groepen of individueel	Mandala's	Supportieve en orthopedagogische werkwijze	Werkstuk in een sessie afsluiten en naam eronder zetten
Empatisch en directief	Groepsleden passen bij elkaar	Werkstukken met waterverf	Opdrachten variëren	
Acceperend	Duur: variërend tussen een en twee uur	Thematisch werken, veel over bekende onderwerpen, waar iedereen zijn eigen invulling aan kan geven	Laagdrempelig	
Respectvol		Individuele opdrachten	Stapsgewijs werken	Het systeem bij de beeldende therapie betrekken
Bevestigend	Materiaal van tevoren klaar leggen	op individueel niveau aanpassen	Structuur en houvast bieden	
Beschermend	Prikkelarme ruimte	ook foto's, bekende schildrijen, natuurelementen, muziek en dramaelementen kunnen ingezet worden.	De zintuigen prikkelen	Heb samen plezier.
Gericht op de kwaliteiten van de cliënt		Opdrachten van het zintuigelijke/kinesthetische niveau	Met twee handen werken	
Aansluiten bij de beleving van de cliënt			Beweging inzetten	

E. Vragenlijst voor behandelaars (niet beeldend therapeut).

Geachte mevrouw, geachte heer,

Ik ben studente beeldende therapie aan de HAN te Nijmegen en doe onderzoek naar de waarde van beeldende therapie voor de behandeling van ouderen met dementie. Een deelaspect van mijn onderzoek is de effecten van beeldende therapie (BT) in kaart te brengen.

Het doel van deze vragenlijst is om uw observaties als niet-beeldend therapeut te inventariseren. Ik wil graag te weten komen of positieve effecten, zoals door beeldend therapeuten beschreven, ook na een sessie zichtbaar zijn.

Het invullen van de vragenlijst (6 vragen) duurt 5-10 min. De gegevens worden anoniem verwerkt.

Bij vragen kunt u mij contacteren via mail felicitas21@gmx.de of telefoon 0683370417.

De ingevulde vragenlijst graag voor 8 mei retour aan felicitas21@gmx.de.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

1. Wat is uw functie in het behandelteam?

2. Wanneer maakt u de cliënten mee (na de BT en welke andere momenten)?

3. De volgende vraag gaat over de toestand van de cliënt vlak (tot ca.2 uur) na de beeldende therapie (BT) in vergelijking met zijn/haar 'gewone' toestand (dus niet vlak na de BT). Met toestand is het gedrag, uiting van gevoelens en manier van contact maken, bedoeld.

Welke van de volgende punten herkent u bij cliënten na een sessie beeldende therapie?

Meer=is in hogere mate aanwezig dan gewoon

Minder= is in mindere mate aanwezig dan gewoon

Toestand na BT	meer	Minder	Geen verandering
Cliënt is spraakzaam			
Cliënt maakt contact met anderen			
Cliënt praat over het verleden			
Cliënt is met zijn aandacht 'in het hier en nu'			
Cliënt laat een werkstuk zien			
Cliënt uit zich trots			
Cliënt oogt blij (lacht of maakt grapjes)			
Cliënt oogt verward			
Cliënt uit zich boos			
Cliënt uit zich gefrustreerd			
Cliënt is onrustig			
Cliënt is moe			
Cliënt heeft een verbeterde lichaamshouding			
De fijne motoriek is soepeler			
Cliënt is rustig			
Cliënt is actief			
Cliënt heeft een langere spanningsboog			
Anders, namelijk: - - -			

4. Aan welke behandeldoelen voldoet beeldende therapie (BT) volgens u?

Doel	Hieraan wordt alleen in de BT gewerkt	BT levert een bijdrage	BT levert geen bijdrage	Doel is niet van toepassing
<u>Doelen voor eerste fase dementie</u>				
Verwerking				
Normalisering				
Zingeving				
Vermindering angstklachten				
Vermindering depressieve klachten				
<u>Doelen voor tweede fase dementie</u>				
Vermindering depressieve klachten				
Vermindering probleemgedrag				
- ontremdheid				
- agressief gedrag				
- verveling				
Activering				
Gevoelsbeleving				
Plezier				
<u>Algemene doelen</u>				
Stimulatie hersenen				
Kwaliteit van leven				
Anders, namelijk:				
-				
-				
-				

5. Wat vindt u voordelen van de beeldende therapie voor ouderen met dementie?

6. Wat vindt u nadelen van de beeldende therapie voor ouderen met dementie?