

De CRDL als muziektherapeutische interventie in het stimuleren van contact bij ouderen met gevorderde dementie en apathie

Een pilot-onderzoek

Het aantal mensen met dementie (MmD) verdubbelt de komende 30 jaar. Dementie gaat vaak gepaard met gedragsproblematiek, waaronder apathie. Om de kwaliteit van leven van MmD te verbeteren en apathie te verminderen is er behoefte aan stimulering van contact en initiatief. Hierbij kunnen muziektherapie en multisensorische stimulatie uitkomst bieden. De inzet van zorgtechnologie is veelbelovend, met als voorbeeld de recent ontwikkelde CRDL (Cradle); een zorginstrument dat lichaamscontact omzet in geluid. Bij zorgorganisatie Aafje in Rotterdam is een pilot-onderzoek naar het gebruik van de CRDL bij ouderen met gevorderde dementie en apathie uitgevoerd om gefundeerd gebruik van de CRDL door muziektherapeuten te onderzoeken.

Kimberley Janssen-Bouwmeester, Mathilde Akse en Anna-Eva Prick

Inleiding

Gedragsproblematiek bij dementie

Dementie is een neurocognitieve stoornis waarbij onder andere verandering in gedrag en stemming voorkomt, wat kan leiden tot gedragsproblemen (De Vugt, 2016). Gedragsproblemen zijn van negatieve invloed op de kwaliteit van leven van zowel de persoon met dementie als zijn betrokkenen (De Vugt, 2016). Uit prevalentieonderzoek blijkt dat apathie het meest voorkomende gedragsprobleem bij dementie is (83%) en significant toeneemt naarmate de

dementie vordert (Vik-Mo, Giil, Ballard & Aarsland, 2018). Apathie wordt vastgesteld wanneer er verlies van motivatie optreedt in minstens twee van de volgende gebieden: doelgericht gedrag, cognitieve activiteit of emotie (Nobis & Husain, 2018). Tevens wordt apathie in gevorderde dementie getypeerd door moeilijkheden in contact maken met de omgeving (Van Halem, Van Herpen & Van Rooyen, 2011), waarbij emoties afvlakken en initiatief en activiteit afnemen (Allewijn, 2010). Bij MmD wordt apathie veelal veroorzaakt door aantasting van de hersenen, initiatiefverlies, faalangst, betekenisverlies van omgeving, verdriet, beïnvloedende omgevingsfactoren, of afvlakkende emoties (Allewijn, 2010). Apathie kan uiteindelijk leiden tot conditieverlies, sociale isolatie en zelfverwaarlozing (Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso), 2018; Massimo et al., 2018).

In dit artikel:

- wordt het recent ontwikkelde technologische zorginstrument CRDL beschreven;
- wordt een pilot-onderzoek naar de ontwikkeling van een muziektherapeutische interventie met de CRDL toegelicht;
- wordt de lezer meegenomen in het ontwikkelingsproces van de interventie middels een casusbeschrijving.

Persoonsgerichte psychosociale behandeling van apathie

In de richtlijn 'Probleemgedrag bij MmD' van Verenso (2018) wordt geadviseerd om te starten met niet-farmacologische behandeling, voordat gestart wordt met psycho-



Afbeelding 1: Impressiefoto van een CRDL-sessie. Foto: CRDL

farmaca om probleemgedrag te verminderen. Hierbij is persoonsgerichte zorg het uitgangspunt, waarin wordt aangesloten bij de behoeften, levensgeschiedenis, persoonlijkheid, wensen en mogelijkheden van de persoon met dementie (Verenso, 2018). Uit een studie van Verenso (2018) blijkt dat MmD en apathie baat hebben bij het aanbieden van structurele stimulatie en activatie. Daarnaast benadrukt Allewijn (2010) dat het van belang is om MmD te stimuleren in taken waartoe ze nog zelf in staat zijn. Diverse onderzoeken tonen positieve resultaten van de inzet van multisensorische stimulatie bij MmD; het laat een kortdurend gunstig effect zien op gedragsproblemen

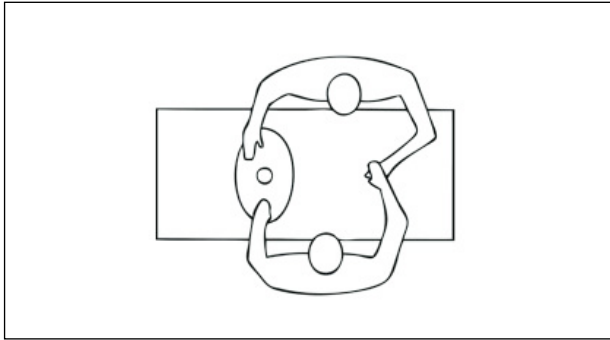
De CRDL herkent de manier waarop mensen elkaar aanraken en vertaalt deze aanrakingen in geluid

(De Vugt, 2016), voorkomt sociaal isolement (Ekkerink, 2010) en kan het contact verbeteren (Weert et al., in: Sánchez, Millán-Calenti, Lorenzo-López & Maseda, 2012). Multisensorische stimulatie kan daarom een betekenisvol onderdeel zijn van een persoonsgerichte psychosociale behandeling bij apathie. Uit een kwantitatief systematische review van Goris, Ansel en Schutte (2016) blijkt dat

met name muzikale interventies positief effect hebben op de vermindering van apathie bij mensen met dementie. Tang et al. (2018) onderzochten in een vergelijkend klinisch onderzoek de effecten van muziektherapie op apathie bij 77 mensen met dementie in een verpleeghuis. Bij de interventiegroep was na twaalf weken de apathie afgenomen (Tang et al., 2018). Door de cognitieve problemen vinden MmD het moeilijk om hun aandacht vast te houden tijdens muziektherapie. Fysieke aanraking kan helpen in het vasthouden van de aandacht, maar dat is niet altijd mogelijk tijdens het bespelen van instrumenten. Ekkerink (2010) stelt dat het fysiek vasthouden en nabijheid een gevoel van geruststelling bieden en veiligheid geeft aan iemand met dementie. Wanneer een persoon met dementie een ander aanraakt, worden tevens autonomie, contact en emotionele reactie gestimuleerd (Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2013).

De CRDL

In 2016 is de CRDL ontwikkeld, een interactief zorginstrument dat fysieke aanraking tussen mensen vertaalt in geluid. De CRDL maakt nieuw contact mogelijk voor mensen die moeite hebben met communicatie en sociale interactie, zoals MmD (CRDL, z.d.; CRDL, 2016). Het instrument reageert op de intensiteit en frequentie van de aanraking. Een volledig toegeruste CRDL bevat vijftien thematische geluidsbibliotheken. Op elke CRDL staan geluiden



Afbeelding 2: Gesloten circuit concept - 2 personen.
Overgenomen uit CRDL Gebruikshandleiding (p. 7) van CRDL, 2016.

uit de natuur (bijvoorbeeld de zee en krekels), de stad (bijvoorbeeld een tram en een kerkklok), dierengeluiden, geluiden van muziekinstrumenten of uit het alledaagse leven (bijvoorbeeld een fluitketel en koffiekopjes). Gebruikers kunnen zelf geluiden toevoegen aan de SD-kaart. De interactie begint wanneer twee gebruikers ieder één hand op de CRDL leggen en een circuit vormen door elkaar aan te raken (Afbeelding 2). De CRDL herkent de manier waarop mensen elkaar aanraken en vertaalt deze aanrakingen in geluid. De manier van aanraken is van invloed op het geluid dat wordt voortgebracht: vasthouden, wrijven, tikken, kneden of kriebelen (Afbeelding 3). Bij geluidsbibliotheek 'boerderij' hoort men bijvoorbeeld tijdens het tikken een kip, met op de achtergrond een omvangrijk aantal ondersteunende thematische geluiden. Door het menselijk lichaam in te zetten als onderdeel van de besturing, 'bespeelen' gebruikers niet zozeer het instrument maar elkaar. De CRDL kan tevens bespeeld worden door meer dan twee personen.

Mensen hebben aanraking nodig om zich verbonden te voelen met de ander (Field, in: Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough, 2013). De CRDL gebruikt geluiden en muziek om het ophalen van langetermijnherinneringen middels het auditief geheugen te stimuleren. Het auditief geheugen blijft vaak nog lang intact bij MmD (CRDL, z.d.; Jacobsen et al., in: Scherder, 2017). Uit onderzoek blijkt dat de CRDL potentie heeft om interactie met MmD te vergro-

ten. Hulpverleners en familieleden gaven na één-op-één interactie met de CRDL aan het gevoel te hebben beter in contact te staan met MmD (Teunissen, Luyten & De Witte, 2017). Een ander onderzoek vond voorzichtig positieve resultaten op de mate van verbintenis van mensen met gevorderde dementie in een gedrags-beïnvloedende CRDL-interventie (Van den Heuvel, Lexis & Daniëls, 2020).

CRDL in muziektherapie

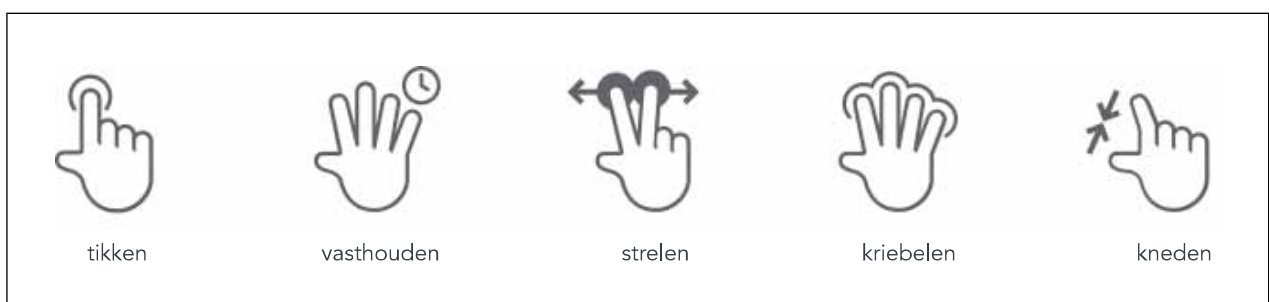
Het gebruik van de CRDL door muziektherapeuten is divers; sommige muziektherapeuten zien geen toegevoegde waarde of zijn onbekend met de CRDL, anderen gebruiken de CRDL actief binnen de muziektherapie, en weer anderen geven adviezen over de inzet van de CRDL aan zorgmedewerkers of familieleden. Adviezen van de muziektherapeut kunnen het gebruik van de CRDL professionaliseren, wat ten goede komt aan het contact en de emotionele band tussen de persoon met dementie en mantelzorger en of zorgmedewerkers. Voordat gericht advies over het gebruik van de CRDL mogelijk is, dienen muziektherapeuten vanuit hun professie te kijken naar mogelijkheden voor doelgerichte en gevalideerde inzet van de CRDL. Er is behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar de toegevoegde waarde van de CRDL binnen muziektherapie. De primaire onderzoeksvraag van dit pilot-onderzoek betreft dan ook:

Hoe kan het gebruik van de CRDL als muziektherapeutische interventie contact stimuleren bij ouderen met gevorderde dementie en apathie die in een verpleeghuis verblijven?

Onderzoekopzet

Het kwalitatieve onderzoek naar de wijze waarop het gebruik van de CRDL als muziektherapeutische interventie contact kan stimuleren bij ouderen met gevorderde dementie en apathie die in een verpleeghuis verblijven is opgesplitst in twee fases.

In de eerste fase zijn de vier muziektherapeuten van opdrachtgever Aafje geraadpleegd, om vanuit therapeutisch oogpunt de interventie vorm te geven.¹ Middels de Delphi-methode is met anonieme vragenlijsten consensus bij de muziektherapeuten gecreëerd over een interventieopzet. De basis van de interventieopzet is gevormd door



Afbeelding 3: Verschillende vormen van aanraking die door de CRDL herkend kunnen worden. Afbeelding gemaakt door 'Lloyd Humphreys via the Noun Project' en overgenomen uit CRDL Gebruikshandleiding (p. 8) door CRDL, 2016.



Afbeelding 4: De CRDL. Foto: CRDL

de toepassing van Bruscia-technieken. Bruscia (1987/1997) heeft 64 behandeltechnieken ontwikkeld voor improvisatorische muziektherapie. Het gebruik van klinische improvisatie speelt een belangrijke rol binnen muziektherapie, aangezien er laagdrempelig aan uiteenlopende doelen gewerkt kan worden (Carrol & Lefebvre, 2013).²

Bij twee CRDL-deskundigen zijn half-gestructureerde open interviews afgenomen, gericht op opinies, attitudes en ervaringen met het inzetten van de CRDL. Met de input uit de eerste fase van het onderzoek is de interventieopzet herzien.

In de tweede fase is de interventie in drie sessies bij twee deelnemers op een locatie van Aafje uitgevoerd en geëvalueerd. De inclusiecriteria waren: diagnose gevorderde dementie (fase 6) conform de *Global Deterioration Scale* (Reisberg, Ferris, De Leon & Crook, 1982), apathie, redelijk gehoor, ouder dan 65 jaar en een geschatte levensverwachting van meer dan tien weken.

Wettelijk vertegenwoordigers van de deelnemers hebben schriftelijk toestemming verleend wegens wilsonbekwaamheid van deelnemers. Per sessie is een kwartier (het eerste, midden of laatste kwartier) van de volledige sessieduur (gemiddeld 18-28 minuten) gestructureerd middels videofragmenten geobserveerd en geëvalueerd door de onderzoeker en een medeobservator. De uitgevoerde Bruscia-technieken zijn beschrijvend geobserveerd middels de gedragscategorieën van de *Positive Response Schedule for Severe Dementia* (PRS) (Perrin, 1997). De PRS is een meetinstrument afgestemd op gedragingen in het maken van contact omtrent MmD. Tijdens de evaluatiefase werd gekeken welke Bruscia-technieken (1987/1997) bijdroegen aan het therapeutische doel, door reacties en frequentie te evalueren. De verkregen data zijn verwerkt middels codering en kwalitatief systematische analyse. Na uitvoering en evaluatie van de interventie is er een vervolselectie gemaakt van

effectieve Bruscia-technieken waarmee de interventieopzet is samengesteld (Zie kader op pagina 52).

Casus

Om dieper inzicht te geven in het verloop van de interventie, wordt de casus van Maria toegelicht³. Maria verblijft op een gesloten woongroep voor MmD. Maria is 91 jaar oud en gediagnosticeerd met de ziekte van Alzheimer. De apathie bij Maria uit zich in: initiatiefloosheid, geen contact maken met medebewoners, moeilijk te observeren emoties, in een eigen leefwereld verkeren en veel slapen gedurende de dag.

Bij navraag aan familie van Maria naar haar voorkeursgeluiden bleek dat zee-geluiden een positieve connectie hadden met haar verleden, evenals stadsgeluiden en huis-tuin-en-keuken geluiden. Met deze achtergrondinformatie is een voorselectie gemaakt uit bestaande geluidsbibliotheken. Hier worden ervaringen en reflecties beschreven op het sessieverloop met Maria.

Sessie 1

De therapeut nodigde Maria met non-verbale ondersteuning uit tot participatie, waar Maria adequaat op reageerde. Maria had een voorkeur voor het bespelen van de CRDL in plaats van de hand van de therapeut. Daarom pakte de therapeut met haar andere hand zachtjes de rustende arm van Maria vast zodat de CRDL geluid kon maken. Maria maakte tijdens de sessie verschillende negatieve opmerkingen, die uit het niets leken te komen en tegenstrijdig met haar betrokken non-verbale houding. Een terugkerend patroon tijdens haar handelen was dat zij een lange tijd stilzat in haar rolstoel, maar vervolgens met gespannen mimiek overeind kwam waarnaar ze hard en snel op het instrument en de hand van de therapeut tikte. Maria legde uit zichzelf haar hand terug op de CRDL

Interventieopzet	
Doelgroep	Ouderen met gevorderde dementie en apathie
Doel interventie	Bevorderen van wederkerig contact en initiatief
Individueel of groep	Individuele therapie
Randvoorwaarden	Een prikkelarme ruimte afgezonderd van de woongroep met minstens twee zitplaatsen. Dit kan de eigen kamer zijn of een rustige hoek in de woonkamer. De CRDL is voor gebruik opgeladen.
Uitvoering	<ul style="list-style-type: none"> Voorkeursgeluiden zijn besproken en geselecteerd met naasten van de cliënt voor persoonsgerichte zorg. De therapeut gaat dichtbij tegenover de cliënt zitten met de CRDL bij de therapeut op schoot. De therapeut toont de CRDL aan de cliënt, geeft verbale uitleg en neemt de tijd voor de cliënt om de nieuwe informatie te verwerken. De therapeut verzoekt de cliënt één hand op het aanraakvlak te leggen. Wanneer er geen reactie komt, benoemt de therapeut dat hij/zij de hand van de cliënt op het aanraakvlak gaat leggen en voert deze handelingen uit. De vrije handen van therapeut en cliënt houden elkaar vast om geluid te laten ontstaan. Bij een negatieve reactie van de cliënt demonstreert de therapeut het instrument eerst zelf. Hierna stimuleert de therapeut de cliënt om te participeren. De therapeut neemt de tijd om samen met de cliënt met het instrument te experimenteren door verschillende soorten aanraking (tikken, strelen, vasthouden, kriebelen en kneden). Het ritme van de CRDL-geluiden wordt gevolgd, waarin afhankelijk van de interactie van de cliënt gestart wordt vanuit het initiatief van de therapeut. De therapeut kijkt welk effect de gekozen geluidsbibliotheek oproept. Tijdens de uitvoering kan er van geluids-bibliotheek gewisseld worden wanneer het contact en initiatief stagneert en wanneer de geluidsbibliotheek geen respons oproept. Er wordt gewaakt voor het maken van te snel en te veel wisselingen. In het begin van de sessie sluit de therapeut aan op het energieniveau van de cliënt, waarna er toegewerkt wordt naar het aanbieden van meer prikkels om contact en initiatief te bewerkstelligen. De sessieduur is afhankelijk van de aandacht, concentratie en motivatie van de cliënt. De sessie duurt maximaal 30 minuten. Aan het eind van de sessie de techniek 'Calming' van Bruscia (1987/1997) toepassen, door in ritme van bewegingen en door klanken uit de geluidsbibliotheken van de CRDL naar ontspanning toe te werken en uiteindelijk te stoppen met spelen. Nabespreken met de cliënt en een vervolgspraak maken. <p>Om het contact te bevorderen en initiatief te ontlocken kunnen de volgende Bruscia (1987/1997) technieken ingezet worden:</p>
Bruscia-technieken	<ul style="list-style-type: none"> Imitating: Het imiteren van geluid, ritme, beweging, gezichtsuitdrukking die de cliënt uit. Synchronizing: Het gelijktijdig afstemmen op geluid, ritme, beweging, gezichtsuitdrukking die de cliënt uit. Repeating: Het aanbieden van eenzelfde ritme of melodie. Keuzemogelijkheid om structureel een rustpunt in de herhaling te bieden voor reactie, of telkens dezelfde manier herhalen of telkens één element wijzigen. Modelling: Een bepaald doelgedrag of gevoel demonstreren om bij de cliënt een specifieke reactie uit te lokken. Dit kan het demonstreren van een instrument zijn, of bepaald gedrag oefenen in muziek of in beweging. Enabling: Het geven van opdrachten, demonstraties, fysieke hulp of technisch advies aan de cliënt. Receding: Terugtrekken zodat de cliënt kan leiden. Making transitions: De cliënt laten ontdekken hoe hij/zij geleidelijke overgang kan maken. Door bijvoorbeeld uitdrukkelijk verschillende speelwijzen te gebruiken. Calming: De muziek laten ontspannen door gebruik van muzikale parameters (zoals tempo, ritme, klankkleur etc.). Bijvoorbeeld door tempo en ritme te vertragen en bewust klanken van bewegingen inzetten om tot ontspanning te komen. Introducing change: Nieuwe richting geven door nieuw thematisch materiaal aan te bieden.

Bruscia, K. E. (1997). De originele interventieopzet waar alle gebruikte Bruscia-technieken in staan, zijn terug te vinden in het afstudeeronderzoek.

wanneer ze hier gespannen op gespeeld had of negatieve opmerkingen maakte. De therapeut wisselde meermaals van geluidsbibliotheek om te exploreren waar positieve reacties op ontstonden.

De therapeut zocht naar aansluitende geluidsbibliotheken, waardoor er meer van geluidsbibliotheek gewisseld is dan wenselijk. Tijdens de interviews benadrukten beide CRDL-deskundigen elementen als rust uitstralen, de tijd nemen en niet te veel wisselen van geluidsbibliotheken. Afstemming op voorkennis over de cliënt zoals op cognitieve mogelijkheden, levensgeschiedenis, mobiliteit en voorkeur bevonden beide CRDL-deskundigen essentieel, wat tevens wordt bevestigd door wetenschappelijk onderzoek (Movisie, Nivel, Pharos, Trimbos-instituut & Vilans, 2020; Verenso, 2018). Persoonlijke afstemming is binnen de CRDL-interventie realiseerbaar door geluiden te selecteren op voorkeur, herinneringen en geschiedenis van een cliënt, en door toepassing van (persoonlijk) aansluitende Bruscia-technieken.

Sessie 2

De therapeut zocht deze sessie naar effectieve Bruscia-technieken die Maria stimuleerden in wederkerig contact en initiatief. Tijdens de geluidsbibliotheek 'zee-geluiden' leek Maria erg te schrikken, ze leek niet te kunnen plaatsen waar deze geluiden vandaan kwamen, wat fysiek en

Persoonlijke afstemming is realiseerbaar door geluiden te selecteren op voorkeur, herinneringen en geschiedenis van een cliënt

verbaal negatieve reacties ontlokte. Vervolgens zijn uitsluitend muzikale geluidsbibliotheken toegepast. Eenmaal gestart keek Maria regelmatig naar de CRDL en exploreerde deze middels aanraking, maar reageerde verbaal afwijzend op uitnodiging. Om deze nieuwsgierigheid te gebruiken en de focus op positief contact te leggen, is de therapeut op non-verbale wijze interactie gaan ontlokken. De therapeut bespeelde de CRDL in een herhalende beweging (Modelling) waarna ze vervolgens terugtrok om reactie af te wachten (Receding). Op deze momenten ontstond er actie vanuit Maria. Wanneer Receding tijdens het spel van Maria langdurig werd aangehouden, namen gespannen bewegingen en afdwalen toe. Maria leek zichzelf te overprikken wanneer ze hard en snel sloeg, aangezien de CRDL deze snelle bewegingen direct verklankte. Om deze overprikkeling te doorbreken liet de therapeut bij toenemende spanning de arm los, waardoor de CRDL geluid verloor (Calming). Door deze techniek kwam Maria sneller tot rust en vond ze meer balans tussen rust en positieve activi-

teit. Op een bepaald moment ging Maria uit zichzelf meezingen met de pianotonen van de CRDL, waarbij betekenisvol oogcontact met de therapeut ontstond. Daarvoor was er nog niet gezongen in de observatiesessies.

Het merendeel van de gebruikte Bruscia-technieken van de interventie komt voort uit de categorieën empathische en ontlokkende technieken. Empathische technieken worden toegepast om een band op te bouwen en interactie te ontlokken (Bruscia, 1987/1997). Ontlokkende technieken worden toegepast om interactie te ontlokken, verwachtingen en voorspelbaarheid te scheppen en om aandacht te stimuleren (Bruscia, 1987/1997). De geselecteerde technieken uit deze categorieën (*Imitating*, *Synchronizing*, *Modelling* en *Repeating*) lenen zich goed voor de interventie, vanwege de aansluiting bij het beoogde doel, de doelgroep en de mogelijkheden van het instrument.

Sessie 3

Maria was nieuwsgierig naar het instrument. Maria kwam tijdens deze sessie minder vaak overeind en sloeg minder vaak hard op het instrument. Ze oogde tevens meer ontspannen in mimiek en houding. Ze had een manier gevonden om de CRDL op rustige wijze te bespelen door hem rustig te aaien. Door de connectie van de therapeut met haar arm, had de therapeut één hand vrij om mee te bewegen op de CRDL (*Synchronizing*) zonder dat de CRDL klank verloor. Dit maakte samenspel mogelijk. Het tikken op de CRDL was Maria niet verleerd. Door tijdige interventie van de therapeut, kreeg Maria niet de kans om overprikkeld te raken. De therapeut heeft hiervoor de volgende Bruscia-technieken effectief ingezet: *Calming*, *Imitating* en *Introducing change*. Daarnaast heeft Maria tijdens het intensiverende tikken, enkele keren haar spanning zelf afgebouwd; zij maakte na het tikken zachtere bewegingen op de CRDL, waarbij er ontspanning in haar mimiek optrad. Daarnaast bespeelde zij langduriger de CRDL dan voorgaande sessies. In de afgelopen drie sessies bleek bij Maria frequentie in bewegen op de CRDL, initiatief en betrokkenheid toegenomen. Daarnaast zijn haar verbale en fysieke negatieve uitingen licht afgenomen.

Resultaten

Behalve de bevindingen van Maria, zijn in de resultaten ook de bevindingen van de andere deelnemer meegenomen. Empathische technieken (onder andere *Imitating* en *Synchronizing*) zorgden bij beide deelnemers voor een groei in het aantal positieve reacties. Waar Maria in de eerste sessie alleen verbaal reageerde met een blik op de student-onderzoeker, laat Maria in de derde sessie onder andere betrokkenheid, bewuste bewegingen, ontspannen mimiek en initiatief zien. De ontlokkende technieken (onder andere *Modelling* en *Repeating*) zorgden voor toename in het aantal positieve reacties. Beide deelnemers toonden sterke

toename in bewuste bewegingen, initiatief en betrokkenheid en het aantal positieve reacties nam toe door de technieken *Calming* en *Introducing change*. Al heeft *Introducing change* ook enkele keren voor negatieve reacties gezorgd zoals een schrikreactie op een nieuw geluid. Uit de categorie 'technieken betreffende procedures' zijn *Enabling* en *Receding* frequent gebruikt. Deze technieken riepen bij beide deelnemers veel reacties op in de gedragscategorieën opzettelijke bewegingen, kijken naar de CRDL, betrokkenheid en initiatief. Bij Maria was door *Receding* een forse afname in negatieve reacties zichtbaar. Bij beide

Beide deelnemers toonden sterke toename in bewuste bewegingen, initiatief en betrokkenheid en het aantal positieve reacties nam toe

deelnemers nam het aantal reacties bij de techniek *Making transitions* toe, al is deze techniek maar enkele keren toegepast. In de sessies zijn met name de gesprekstechnieken *Connecting* (verbanden leggen) en *Reinforcing* (versterken) gebruikt. Op *Reinforcing* reageerde Maria niet of negatief. De andere deelnemer reageerde wisselend met toename in positieve reacties en reactieloze momenten. *Connecting* gaf in het begin positieve reacties bij beide deelnemers, maar deze namen na verloop van tijd af. Gesprekstechnieken leverden wisselende reacties op en zijn in de loop der tijd minder toegepast. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de taalproblemen en moeite met nadenken bij mensen met gevorderde dementie (Sifton, 2011; Van der Plaats & Kits, 2016). Dit maakt non-verbale communicatie belangrijker in het maken van contact (Sifton, 2011).

Discussie en aanbevelingen

De inzet van zorgtechnologie, zoals de CRDL, is veelbelovend bij toekomstige psychosociale interventies (Doninck, Cooten & Neven, 2016). De CRDL biedt de mogelijkheid om muziektherapie met multisensorische stimulatie te verbinden. Middels een kwalitatief pilot-onderzoek is een consensus-based muziektherapeutische interventieopzet met toepassing van de CRDL ontworpen en geëvalueerd bij twee MmD, gericht op het contact maken bij ouderen met gevorderde dementie en apathie.

De interventieopzet bevat randvoorwaarden en een handelingsvoorschrift voor het gebruik van de CRDL. Belangrijke aandachtspunten voor het werken met de CRDL zijn: voorkennis over de cliënt, afstemmen op de cliënt, rust uitstralen en tijd nemen. Tenslotte kan een reeks van meerdere sessies van meerwaarde zijn door herkenning, leereffect en het opbouwen van een relatie. Uit de evaluatie kwam naar voren dat alle gebruikte Bruscia-technieken beschikken over

potentie om contact te stimuleren, aangezien de twee deelnemers op alle toegepaste technieken overwegend positief reageerden. Beide deelnemers toonden een zichtbare toename in het aantal positieve non-verbale reacties tijdens de volgende Bruscia-technieken: *Imitating*, *Synchronizing*, *Modelling*, *Repeating*, *Calming*, *Introducing change*, *Enabling*, *Receding* en *Making transitions*. Dat maakt vooral deze Bruscia-technieken, afgestemd op de individuele reacties, geschikt om toe te passen in het stimuleren van contact middels de CRDL.

Verschillende bronnen (Alzheimer Nederland & Vilans, 2013; Verenso, 2018; Prick, 2017) bevestigen dat afstemming op de wensen, voorkeuren en mogelijkheden van een persoon met dementie van belang is. Maatwerk bieden met de CRDL is daarom essentieel. Dit is realiseerbaar door geluiden te selecteren op voorkeur en geschiedenis van een cliënt, maar ook door Bruscia-technieken toe te passen die bij een cliënt positief effect hebben op het maken van contact. Beide CRDL-deskundigen raden aan familie en zorgmedewerkers te benaderen om een beeld te krijgen van de cliënt. In meerdere muzikale interventies (Gerdner, 2000; Garland 2007; Hicks-Moore 2008, in: Verenso 2018) wordt familie betrokken bij het bepalen van de muzikale voorkeur van hun familielid. Van der Plaats en Kits (2016) benoemen dat naarmate de dementie vordert het steeds ingewikkelder wordt om keuzes te maken, prikkels te verwerken en deze betekenis te geven. Om daar op in te spelen kan tijd nemen en rust uitstralen helpend zijn, wat tevens door beide CRDL-deskundigen benadrukt wordt.

Ondanks dat de inzet van het gebruik van de CRDL als muziektherapeutische interventie veelbelovend is, kent het huidige kwalitatieve pilot-onderzoek ook beperkingen. De resultaten kunnen vertekend zijn doordat er vijftien minuten per sessie geobserveerd is in plaats van de hele sessieduur. Het geselecteerde kwartier is niet altijd representatief voor de gehele sessie, het beloop van een sessie. Daarnaast spelen het energieniveau van de cliënt en muziektherapeut een rol in hoe iemand reageert. Daarnaast toont dit pilot-onderzoek geen langetermijneffecten omdat er onder andere geen vragenlijsten bij zorgmedewerkers zijn afgenomen. Praktijkervaringen wijzen uit dat de effecten van muzikale interventies langer duren dan de sessie zelf. Deze langetermijneffecten zijn echter afhankelijk van meerdere factoren. MmD zijn extra gevoelig voor stress, haast en onzekerheid (Allewijn, 2010) en zijn prikkelgevoelig omdat prikkels lastiger te verwerken zijn naar mate de dementie vordert (Van der Plaats & Kits, 2016). Dit maakt onderzoek naar langetermijneffecten ingewikkeld. Tot slot heeft de onderzoeker de sessies zelf uitgevoerd, wat de resultaten beïnvloed kan hebben. Om mogelijke subjectiviteit te corrigeren is een medeobservator ingezet. Om de betrouwbaarheid verder te vergroten, wordt in vervolgonderzoek aangeraden deze rollen niet door dezelfde persoon uit te laten voeren en de ervaringen

van meerdere muziektherapeuten te evalueren. De voorgestelde muziektherapeutische interventie met de CRDL is een aanzet tot een micro-interventie (Hakvoort & Van der Eng, 2020). Een micro-interventie wordt op microniveau geanalyseerd en beschreven. Als de werkingsmechanismen van een interventie duidelijk zijn, geeft dit houvast aan derden om de interventie uit te laten voeren op een min of meer uniforme wijze. Dat vergemakkelijkt het trainen van de micro-interventie bij collega's en bovenal plaveit het de weg voor effectonderzoek. De huidige beschreven interventie volgt niet exact de door Hakvoort en Van der Eng beschreven methode om tot een micro-interventie te komen aangezien het micro-interventieraamwerk is gepubliceerd na de start van het voorliggende pilot-onderzoek. Om een gegronde micro-interventie te ontwikkelen is het raadzaam hier een vervolg aan te geven middels een schrijfsessie. Daarnaast wordt geadviseerd om in een vervolgonderzoek de effectiviteit van de voorgestelde muziektherapeutische interventie met de CRDL bij een grotere populatie voor langere duur te testen middels kwantitatief onderzoek.

Tot slot

Met dit onderzoek is een aanzet gemaakt tot onderzoek naar het gebruik van de CRDL binnen muziektherapie. Onder muziektherapeuten bestaat verdeeldheid over de

Praktijkervaringen wijzen uit dat de effecten van muzikale interventies langer duren dan de sessie zelf

toegevoegde waarde van de CRDL in therapie, deels door onbekendheid en deels door eigen ervaringen. Een manier om de onbekendheid te doorbreken is door ervaringen met de CRDL te delen met vakgenoten. Dit kan bijdragen aan de professionalisering van de CRDL in muziektherapie. Lezers worden hierbij opgeroepen om in gesprek te gaan met de auteurs.⁴⁵

Conclusie

Voorzichtig kan gesteld worden dat de ontwikkelde consensus-based interventieopzet potentie heeft om contact te stimuleren bij ouderen met gevorderde dementie en apathie. De muziektherapeutische interventie met de CRDL kan als persoonsgerichte psychosociale interventie overwogen worden wanneer apathie op de voorgrond staat. Voor gevalideerde toepassing van deze interventie in de praktijk is verdere theoretische onderbouwing, zoals de uitwerking tot een micro-interventie, en uitgebreide evaluatie- en/of effectonderzoek naar de effecten en ervaringen met de interventie noodzakelijk.

Literatuur

- Allewijn, M. (Red.). (2010). Apathie; laat maar zitten.... In: M. Allewijn & B. Miesen (Reds.), *Basisboek zorg om ouderen* (pp. 21-29). https://doi.org/10.1007/978-90-313-7872-2_2
- Bruscia, K.E. (1997). *64 Behandeltechnieken voor Improvisatorische muziektherapie* [Improvisational Models of Music Therapy] (P. van den Berk, vert.). Springfield: Charles C. Thomas. (Origineel werk gepubliceerd in 1987)
- Carrol, D. & Lefebvre, C. (2013). *Clinical Improvisation Techniques in Music Therapy: A Guide for Students, Clinicians and Educators*. Geraadpleegd op 30 april 2019, van https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=mxzmCAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=bruscia+64+clinical+techniques&ots=6FpkYnsHwD&sig=NYdaf_zzfvdAQRXTfHpt9Ap5sg#v=onepage&q=bruscia&f=false
- CRDL. (z.d.). *Een nieuwe manier van communiceren*. Geraadpleegd op 17 juli 2020, van <https://crdl.com/overons>
- CRDL. (z.d.). *Geluid door aanraking*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://crdl.com/crdl>
- CRDL. (z.d.). *Impressie* [afbeelding]. Geraadpleegd op 23 juli 2020, van <https://crdl.com/impressie>
- CRDL. (2016). *CRDL Gebruikshandleiding*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van https://crdl.nodum.io/static/files/CRDL_manual%20NL_1116.pdf
- Doninck, L., Cooten, V. & Neven, L. (2016). *Zorgtechnologie voor ouderen*. *Geron*, 18(1), 29-32. <https://doi.org/10.1007/s40718-016-0011-4>
- Ekkerink, J. (Red.). (2010). Omgaan met mensen met dementie: zoveel hoofden, zoveel zinnen. In: M. Allewijn & B. Miesen (Reds.), *Basisboek Zorg om ouderen* (pp. 173-188). https://doi.org/10.1007/978-90-313-7872-2_2
- Goris, E.D., Ansel, K.N. & Schutte, D.L. (2016). Quantitative systematic review of the effects of nonpharmacological interventions on reducing apathy in persons with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2612-2628. <https://doi.org/10.1111/jan.13026>
- Halem, N. van, Herpen, C. van & Rooyen, M. van (Reds.). (2011). *Zakboek Psychogeriatric*. https://doi.org/10.1007/978-90-313-8725-0_2
- Hakvoort, L. & Eng, C. van der (2020). Micro-interventies voor de vaktherapeutische beroepen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 16(1), 15-21.
- Heuvel, R. van den, Lexis, M. & Daniëls, R. (2020). CRDL voor ouderen met dementie: Een studie naar effecten op de mate van engagement. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, (2), 37-46. Opgevoerd van https://www.verenso.nl/magazine-april-2020/no-2-april-2020/praktijk/crdl-voor-ouderen-met-dementie?fbclid=IwAR04z1KtQU7_agxZ1_F3lHkQU6f26FzyKiNwEEm2RgOO9zGAScUrynNFTE
- Massimo, L., Kales, H.C. & Kolanowski, A. (2018). State of the Science: Apathy as a Model for Investigating Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66, S4-S12. <https://doi.org/10.1111/jgs.15343>
- Movisie, Nivel, Pharos, Trimbos-instituut & Vilans. (2020). *Zorgstandaard dementie*. Geraadpleegd op 4 augustus 2020, van <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/zorgstandaard-dementie.pdf>
- Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A. & Edenborough, M. (2013). Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care. *Aging & Mental Health*, 17(5), 571-578. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.751581>
- Nobis, L. & Husain, M. (2018). Apathie in Alzheimer's disease. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.007>
- Perrin, T. (1997). The positive response schedule for severe dementia. *Aging & Mental Health*, 1(2), 184-191. <https://doi.org/10.1080/13607869757290>
- Plaats, A. van der & Kits, D. (2016). *De dag door met dementie* (2e druk). Gorinchem: Kroese Kits.
- Prick, A.J.C. (2017). Evaluation of a home-based physical exercise & support intervention for people living with dementia and their informal caregivers: a randomised controlled trial [dissertation]. Geraadpleegd van <https://research.vu.nl/en/publications/evaluation-of-a-home-based-physical-exercise-and-support-interven-2>

- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J. & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1-2. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.fhca.org/members/qi/clinad-min/global.pdf>
- Sánchez, A., Millán-Calenti, J.C., Lorenzo-López, L. & Maseda, A. (2012). Multisensory Stimulation for People With Dementia: A Review of the Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/1533317512466693>
- Scherder, E. (2017). *Singing in the brain: Over de unieke samenwerking tussen muziek en de hersenen*. Amsterdam: Athenaeum – Polak & Van Genneep.
- Sifton, C.B. (Red.). (2011). Alzheimer's Disease and Related Dementias. In: S. Davidson (Ed.), *Living with Alzheimer's Disease and Related Dementias: A Manual of Resources, References and Information* (2nd edition) (pp. 3-23). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Tang, Q., Zhou, Y., Yang, S., Thomas, W.K.S., Smith, G.D., Yang, Z., . . . Chung, J.W.Y. (2018). Effect of music intervention on apathy in nursing home residents with dementia. *Geriatric Nursing*, 39(4), 471-476. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.003>
- Teunissen, L., Luyten, T & Witte, L. de (Reds.). (2017). Reconnecting People with Dementia by Using the Interactive Instrument CRDL. In: P. Cudd & L. De Witte (Eds.), *Harnessing the Power of Technology to Improve Lives* (pp. 9-15). <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-798-6-9>
- Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde. (2018). *Probleemgedrag bij mensen met dementie* [richtlijn]. Gedownload op 20 februari 2019, van <https://www.verenso.nl/kwaliteit-enrichtlijnen/richtlijndatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
- Vik-Mo, A.O., Giil, L.M., Ballard, C. & Aarsland, D. (2018). Course of neuropsychiatric symptoms in dementia: 5-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1361–1369. <https://doi.org/10.1002/gps.4933>
- Vugt, M.E. de (Red.). (2016). Gedragsproblematiek bij dementie. In: M. Visser, D.J.H. Deeg, D.Z.B. van Asselt & R. van der Sande (Reds.), *Inleiding in de Gerontologie en Geriatrie* (pp. 151-155). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Noten

- 1 Meer informatie over de muziektherapeuten van Aafje, zie: <https://www.aafje.nl/zorg-van-aafje/onze-specialisten/muziektherapeut>
- 2 Een samenvattend overzicht van de Bruscia-technieken, zie: <https://fdocuments.nl/document/bruscia-technieken-5649b87d84061.html>
- 3 In het kader van privacy heeft mevrouw een fictieve naam gekregen. Doorgaans wordt in dementiezorg regelmatig gebruik gemaakt van voornamen, vandaar de keuze voor een fictieve voornaam zonder aanhef.
- 4 Het volledige onderzoek 'Muzikale aanraking in het hier en nu' is vindbaar in de hbo-kennisbank. Het onderzoek is tevens op te vragen bij de auteur.
- 5 Speciale dank gaat uit naar de deelnemers en naasten, de muziektherapeuten van zorgorganisatie Aafje en naar de CRDL-deskundigen voor het mede mogelijk maken van dit onderzoek.

Samenvatting

De CRDL is een interactief zorginstrument dat multisensorische stimulatie aanbiedt door fysieke aanraking tussen mensen te vertalen in geluid, om nieuw contact mogelijk te maken voor mensen die moeite hebben met communicatie en sociale interactie, zoals mensen met dementie (CRDL, z.d.; CRDL, 2016). In dit kwalitatief pilot-onderzoek is een interventieopzet ontwikkeld voor mensen met gevorderde dementie en apathie, middels het toepassen van de Delphi-methode bij muziektherapeuten en het afnemen van half-gestructureerde interviews bij CRDL-deskundigen. Tevens is de interventie uitgevoerd en geëvalueerd met behulp van de PRS (Perrin, 1997) bij twee ouderen met gevorderde dementie en apathie. Uit de evaluatie kwam naar voren dat alle gebruikte Bruscia-technieken potentie hebben om contact te stimuleren, aangezien de deelnemers op alle toegepaste technieken overwegend positief reageerden. Het pilot-onderzoek laat daarmee zien dat de ontwikkelde consensus-based interventieopzet potentie heeft om contact te stimuleren bij ouderen met gevorderde dementie en apathie. Voor gevalideerde toepassing van deze interventie is verdere theoretische onderbouwing, zoals de uitwerking tot een micro-interventie, en uitgebreide evaluatie- en/of effectonderzoek naar de effecten en ervaringen met de interventie noodzakelijk.

Over de auteurs

Kimberley Janssen-Bouwmeester is in 2019 afgestudeerd aan Hogeschool Arnhem-Nijmegen. Zij schreef in samenwerking met Mathilde Akse en Anna-Eva Prick haar scriptie 'Muzikale aanraking in het hier en nu'. Ze is werkzaam als muziektherapeut bij De Zorggroep in Noord- en Midden-Limburg voor onder andere ouderen met neurocognitieve stoornissen en volwassenen met NAH.

E: kimberley_1710@live.nl

Mathilde Akse MSc. werkt als muziektherapeut bij Aafje, locatie Smeetsland in Rotterdam. Zij behandelt volwassenen en ouderen met neurocognitieve stoornissen, zowel bij hen thuis als in het verpleeghuis. Recent is zij gestart als promovenda aan het LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde.

E: mathilde.akse@aafje.nl

Dr. Anna-Eva Prick, neuropsycholoog, is in 2017 gepromoveerd aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit. Zij werkt als universitair docent klinische psychologie aan de Open Universiteit. Daarnaast is zij als docent en senior onderzoeker werkzaam bij het Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën aan de Zuyd Hogeschool en als docent verbonden aan de masteropleiding vaktherapie aan Hogeschool Arnhem-Nijmegen.