

doen

bij

depressie

Multidisciplinair zorgprogramma met aandacht voor apathie

© Dit protocol werd ontwikkeld door het UKON, het Radboudumc en Stichting de Waalboog

Colofon

- ┌ Roeslan Leontjevas, Manon Quint-Fens, Annette Plouvier, Alwies Hendriks, Debby Gerritsen
- ┌ Advies ingewonnen: Irma Veldman (Dimence), Samantha Stringa (Thebe), Renske Bouman (UMCG), Luke Faassen-Huijs (ProPersona, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen), Anneke van der Kamp (Attent Zorg en Behandeling), Joeske van Busschbach (Windesheim), Patty van 't Hooft (Windesheim).
- ┌ Update opmaak document, december 2022

Meer informatie

- ┌ Meer informatie over het handboek en het Doen-bij-Depressie pakket (training en implementatie) vindt u op [Doen bij Depressie \(ukonnetwerk.nl\)](https://www.ukonnetwerk.nl)
- ┌ Daar kunt u ook de formulieren en andere materialen uit dit handboek downloaden.
- ┌ Heeft u vragen neem gerust contact op met Debby Gerritsen of met één van de UKON-coördinatoren via ukon.elg@radboudumc.nl

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| 1. Inleiding | 5 |
| 2. Veel gebruikte termen bij PMT..... | 7 |
| 3. Opbouw van de module | 11 |
| Stap 1: Probleemstelling | 13 |
| Stap 2: Doelstelling | 15 |
| Stap 3: Plantontwerp..... | 16 |
| Stap 4: Uitvoering | 18 |
| Stap 5: Evaluatie en borging | 19 |
| 4. Voorbeelden van Therapiedoelen – Werkpunten – Beweegthema’s | 21 |
| 5. Voorbeelden arrangementen | 23 |
| Literatuur..... | 31 |

In deze module wordt eerst een korte uitleg gegeven over psychomotorische therapie (PMT) en over de plaats ervan bij de behandeling van depressiesymptomen en depressie in het verpleeghuis. Hierna wordt een toelichting gegeven op de gebruikte terminologie en volgt verdere uitleg over de opbouw en toepassing van de therapie.

Dit protocol vult Module 2 van Doen bij Depressie aan; waar bij de ene bewoner gesprekstherapie door de psycholoog goed werkt, is voor andere bewoners een verbaal georiënteerde interventie minder geschikt. Om die reden is naast de bestaande gespreksmodule een module ontwikkeld die gebruik maakt van beweging- en lichaamservaringen. Hoewel PMT een geschikte therapie kan zijn voor depressiesymptomen en depressie bij ouderen en ook als zodanig in opkomst is, is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. De module is ook nog niet op effectiviteit getoetst in verpleeghuizen. Daarom is deze pragmatisch van insteek en vooralsnog als bijlage opgenomen bij het verder empirisch onderbouwde zorgprogramma Doen bij Depressie.

1. Inleiding

Het ervaren van depressiesymptomen of een depressie heeft meestal niet één oorzaak, vaak zijn depressieklachten het resultaat van een combinatie van factoren. Dit kunnen lichamelijke of biologische factoren zijn zoals erfelijkheid, lichamelijke ziekten of langdurig gebruik van medicijnen; psychische factoren zoals onzekerheid, pessimistische persoonlijkheidstrekken, of persoonlijke copingstijlen; en/of sociale factoren zoals verlies van een dierbare, eenzaamheid of sociaal isolement. Vanwege deze diverse mogelijke oorzaken, is de behandeling van depressie ingewikkeld. Psychomotorische therapie (PMT) sluit aan bij deze complexiteit doordat het zich richt op meerdere domeinen, namelijk lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal.

PMT is een ervaringsgerichte therapie. Tijdens de therapie creëert de PMT-er een veilige omgeving, waarin de verpleeghuisbewoner en de PMT-er samen bewegingsactiviteiten en lichamelijke oefeningen uitvoeren. Hierbij ontstaan situaties die vergelijkbaar zijn met ervaringen uit het dagelijks leven en die de bewoner uitdagen en confronteren met zijn/haar gedrag, gedachten en gevoelens. De PMT-er ondersteunt de bewoner hierbij in het beter herkennen van lichaamssignalen en gevoelens. De gebruikte technieken zijn gericht op het ervaren van het eigen lichaam in beweging en in de ruimte. Hiermee wordt gestreefd naar bewustwording en zo mogelijk aanpassing van gedrag, gedachten en gevoelens. Idealiter leidt dit tot het verminderen of verdwijnen van de depressiesymptomen, maar dit zal niet altijd gelden. PMT kan ook worden ingezet om de bewoner met depressiesymptomen – al dan niet samen met de familie en zorgteam - te ondersteunen in het omgaan met de klachten.

Bij PMT worden drie strategieën gebruikt: *oefenen*, *ervaren* en *ontdekken*. Bij de strategieën *oefenen* (herhalen van 'gewenst' gedrag in een bestaande situatie) en *ervaren* (uitvoeren en laten beleven van gewenst gedrag als het tegenovergestelde van het oude 'beperkende' gedrag in diverse situaties) gebruikt de PMT-er zijn eigen inzichten en kennis. Bij de strategie *ontdekken* (conflictgericht inzicht geven in oorzaak van gedrag) probeert de PMT-er de bewoner bewust te maken van zijn eigen gedrag, gedachten en gevoelens. Deze bewustwording vindt plaats op het moment waarop de kern van de belemmering dan wel de klacht wordt geraakt en waarop de bewoner deze herkent en erkent. De verschillende strategieën hoeven niet allemaal ingezet te worden. Ook de volgorde van de strategieën ligt niet vast. Sommige bewoners hebben meer behoefte aan alleen oefenen, anderen kun je meer laten ontdekken en ervaren. Het overkoepelende doel is om een proces in gang te zetten bij de bewoner dat tot een verbetering of hantering van de huidige depressieklachten leidt. PMT kan bij hulpvragen van zowel cognitief competente als cognitief beperkte verpleeghuisbewoners – al dan niet met aanpassingen - worden toegepast. In deze module zal aandacht besteed worden aan de inzet van PMT bij zowel cognitief competente als cognitief beperkte bewoners.

PMT wordt in het verpleeghuis doorgaans ingezet na multidisciplinair overleg. De PMT-er ontvangt dan relevante diagnostische gegevens, waarna de therapie gestart kan worden. De PMT sessies worden in de praktijk hoofdzakelijk individueel uitgevoerd. Wanneer ingeschat wordt dat de cliënt het meest gebaat is bij een behandeling in groepsverband kan daar ook voor gekozen worden. Individuele therapie is zelfs in specifieke gevallen, bijvoorbeeld bij ontremming of ernstige gedragsproblemen, vooral te verkiezen boven een groepstherapie. De ervaring leert dat de groepsbehandeling het beste aangeboden kan worden in een groep van 4-6 bewoners. Bij deze groeps grootte kan aandacht gegeven worden aan de specifieke problemen van bewoners en is er ruimte voor het spelelement in een sessie.

2. Veel gebruikte termen bij PMT

Hieronder worden specifieke termen van de PMT uitgelegd, die verderop gebruikt zullen worden.

Tabel 1: Terminologie en toelichting

| Terminologie | Toelichting |
|-----------------|--|
| Symptoom | Gedragingen en/of geuite gedachten en gevoelens van de bewoner die op depressie kunnen wijzen. ¹ |
| Therapiedoel | Het overkoepelende doel van de therapie, dat afgeleid wordt uit de depressiesymptomen van de individuele bewoner. |
| Werkpunt | Een specifiek en concreet einddoel van een individuele bewoner, waar in de PMT sessies aan gewerkt wordt en wat bijdraagt aan het behalen van het therapiedoel. Een bewoner kan één of meer werkpunt(en) hebben. Het werkpunt kan liggen op (een combinatie van) lichamelijk, emotioneel, cognitief of sociaal vlak, ook wel LECS genoemd (Biemond, 2010). De PMT-er zoekt vanuit het werkpunt naar een specifieke PMT interventie met een verwacht therapeutisch effect. |
| PMT beweegthema | Een bewegingsgerichte of lichaamsgerichte activiteit ligt in een bepaald aandachtsgebied, dit wordt het PMT beweegthema genoemd (van den Blink & Dijk, 2016). De volgende zeven beweegthema's worden onderscheiden: motorische instrumentele sensibiliteit, motorische sociale sensibiliteit, ruimte, kracht, lichaamsbeleving, vertrouwen en relaxatie. Deze begrippen worden in een tabel hieronder verder uitgewerkt. |
| PMT arrangement | Om een specifiek therapeutisch effect te bereiken kiest de PMT-er een activiteit, maakt een planning, zoekt daar de hulpmiddelen voor en creëert een context waarin de activiteit plaats vindt. Een PMT arrangement bestaat uit: <ul style="list-style-type: none"> ┆ een voorgeschreven mentale set/warm-up (voorbereiding/focussen op de activiteit); ┆ de rationale (de onderbouwing of uitleg over de interventie); ┆ de materialen (wat hebben we nodig); ┆ de bewegingsgerichte en lichaamsgerichte activiteiten (wat gaan we doen); ┆ de contextmanipulaties (welke verandering in situatie kan men aanbrengen); ┆ de afsluiting (ontspanning en borging/eventuele huiswerkopdrachten). |

| | |
|------------|---|
| | In een arrangement worden door middel van bewegingsgerichte en lichaamsgerichte activiteiten situaties gecreëerd waarin (lichaams)signalen worden opgewekt. Met deze signalen wordt vervolgens gewerkt aan het behalen van een werkpunt van de bewoner. |
| PMT sessie | Een (individueel of in groepsverband aangeboden) therapeutische sessie van ongeveer 1 uur, bestaande uit één of meer PMT arrangementen. |
| Module | Serie van enkele - gemiddeld zeven - PMT sessies |

1 Deze module hanteert de depressiecriteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2013) in geval van bewoners zonder dementie of de Provisional Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer's Disease (PDC-dAD) (Olin, Katz, Meyers, Schneider, & Lebowitz, 2002; Sepehry et al., 2017)

Tabel 2: Toelichting beweegthema's

| Beweegthema | Toelichting |
|---|---|
| (van den Blink & Dijk, 2016) | |
| Motorische instrumentele sensibiliteit (M.I.S.): materiële gevoeligheid | De wijze waarop de bewoner in contact is met de omgeving en de wijze waarop de lichamelijke en gevoeligheid wordt afgestemd op materialen en voorwerpen om de bewoner heen. <i>Voorbeeld: een bewoner kan meer dan gewoonlijk ergens tegenaan stoten of tegen iets aanlopen.</i> |
| Motorische sociale sensibiliteit (M.S.S.): sociale gevoeligheid | De wijze waarop de bewoner in contact is met de mensen om hem heen en de lichamelijke afstemming en gevoeligheid die de bewoner heeft voor de sociale context om hem heen. Hierbij kan gedacht worden aan vaardigheden als volgen, wachten op elkaar, rekening houden met elkaar of leidinggeven. <i>Voorbeeld: een bewoner die te dichtbij komt te staan bij andere verpleeghuisbewoners omdat ze minder gevoelig is voor haar sociale context. Dit kan bij anderen bedreigend overkomen, agressie oproepen of juist leiden tot een seksuele reactie van een medebewoner.</i> |

| | |
|------------------|--|
| Ruimte | <p>De wijze waarop de bewoner een plaats en afstand inneemt in de fysieke ruimte ten opzichte van andere objecten of andere mensen en welke betekenis hieraan wordt verleend op emotioneel, cognitief en sociaal gebied. De bewoner moet leren om ruimte in te durven nemen, een eigen plek te maken en ruimte te delen.</p> <p><i>Voorbeeld: een bewoner blijkt zich gespannen te voelen als de therapeut tegenover hem gaat zitten aan tafel. Er is geen spanning als de therapeut naast de bewoner op de bank zit.</i></p> |
| Kracht | <p>De wijze waarop de bewoner omgaat met spierkracht maar ook de wil en de motivatie om te veranderen. De bewoner werkt aan het doseren van kracht, het leveren van kracht, het durven inzetten van kracht of het bewegen met minder kracht. Impulscontrole en agressieregulatie kunnen hierin belangrijke werkpunten zijn.</p> <p><i>Voorbeeld: een bewoner met problemen in de impulscontrole, kan op een gegeven moment te veel kracht gebruiken en geen controle hebben over zijn gedrag, leidend tot agressie. De bewoner moet leren om controle te krijgen over de kracht die hij wil gebruiken.</i></p> |
| Lichaamsbeleving | <p>De wijze waarop de bewoner zijn lijf waarneemt, voelt en beleeft en welke betekenis hij hieraan geeft tijdens bewegingen. Soms gaat het om een negatieve lichaamsbeleving of om (nog onbekende) lichaamssignalen die bij herkenning kunnen helpen om op tijd te stoppen met een activiteit.</p> <p><i>Voorbeeld: Een bewoner merkt bij het zwemmen minder van de lichamelijke beperkingen die hij sinds zijn CVA ervaart. Hij vertelt de therapeut dat hij zich normaliter opgesloten voelt in zijn lichaam. Beweging in het zwembad geeft hem een gevoel van vrijheid.</i></p> |

| | |
|-------------------|--|
| <p>Vertrouwen</p> | <p>De wijze waarop de bewoner vertrouwen heeft in zichzelf (zelfvertrouwen), zijn eigen lichaam en het andere (materiaal en de fysieke en sociale omgeving). Dit kan te veel of te weinig zijn of beperkt zijn tot een bepaald gebied. Vaak weet iemand vooraf niet hoe groot zijn/haar vertrouwen is of waar het vertrouwen of wantrouwen vandaan komt.</p> <p><i>Voorbeeld: de PMT-er merkt dat de bewoner glimlacht als het lukt om een bal te vangen in een spel. Bij het napraten geeft ze echter aan dat het haar niet lukt om het spel te spelen, 'ik kan helemaal niets'. Haar zelfvertrouwen blijkt vrij laag en niet in overeenstemming met wat de therapeut gezien heeft.</i></p> |
| <p>Relaxatie</p> | <p>De wijze waarop (ont)spanning zich kan uiten in lichamelijke spierspanning, maar ook in het emotionele en cognitieve spanningsniveau. De bewoner leert om zijn spanning te ervaren, onder controle te krijgen en – zo mogelijk bewust - te ontspannen.</p> <p><i>Voorbeeld: de bewoner merkt dat haar handen in een stresssituatie meer gaan trillen dan bij ontspanning. Als zij bij een ontspanningsoefening op een matje ligt, vertelt ze dat zijn aan haar tremor denkt. De gedachten zorgen ervoor dat zij zich niet ontspannen voelt.</i></p> |

3. Opbouw van de module

Dit protocol beveelt zeven PMT sessies (van ongeveer 1 uur) aan, maar afhankelijk van de voortgang van de therapie kunnen er ook meer of minder sessies worden uitgevoerd. In de eerste sessie worden alle - voor PMT relevante - depressiesymptomen in kaart gebracht. Ook wordt nagegaan of een bewoner depressiesymptomen heeft zoals gewichtsverlies/eetlustproblematiek, slaapproblemen of suïcidale gedachten/gedrag die - al dan niet naast de PMT - om een andere vorm van therapie vragen. In de eerste sessie worden ook de therapiedoelen van bewoners besproken. In de vervolgsessies staat het werken aan de werkpunten, die bijdragen aan het behalen van de therapiedoelen, centraal. In de laatste sessies is er voornamelijk aandacht voor borging van de therapie.

De methodische cyclus

Ieder van de gemiddeld zeven PMT sessies is opgebouwd volgens een vaste structuur, waarin vijf stappen worden onderscheiden:

- ┆ Stap 1: Probleemstelling
- ┆ Stap 2: Doelstelling
- ┆ Stap 3: Planontwerp
- ┆ Stap 4: Uitvoering
- ┆ Stap 5: Evaluatie en borging

De behandelaar bepaalt de inhoud en werkwijze binnen de stappen. Het werken is cyclisch: op basis van de evaluatie kunnen eerdere stappen opnieuw doorlopen worden. Figuur A geeft de methodische cyclus schematisch weer, de verschillende stappen worden hieronder uitgebreid toegelicht.

| 1. Probleemstelling | 2. Doelstelling | 3. Planontwerp | 4. Uitvoering | 5. Evaluatie en Borging |
|--|--|---|---|---|
| Her-/verkennen van gedrag, gevoelens en gedachten om het therapiedoel per bewoner vast te stellen. | Het therapiedoel omzetten naar werkpunt(en), bijvoorbeeld met gebruik van LECS | Werkpunt koppelen aan een PMT beweegthema en plannen van een PMT arrangement. | Uitvoeren van het PMT arrangement (inclusief context-manipulatie) | Evaluëren van behandelplan, herkenning en reflectie |
| <i>(borgen)</i> (Her)analyseren van mogelijke kansen en belemmerende factoren | <i>(borgen)</i> Vaststellen welke kansen of belemmerende factoren de meeste prioriteit van aanpakken hebben | <i>(borgen)</i> Plan opzetten voor het borgen en het aanpakken van belemmerende factoren | <i>(borgen)</i> Uitvoeren van borgingsplan | <i>(borgen)</i> Evaluëren van borgingsplan |

Figuur A: De PMT methodische cyclus (Afkorting: LECS, lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale componenten)

Stap 1: Probleemstelling

Stap 1 richt zich op het onderzoeken van de relevante symptomen en het vastleggen van de therapiedoelen. In de eerste sessie van een PMT zal stap 1 vooral een verkenning van symptomen inhouden en eventueel een verkenning in het kader van borging. In vervolgsessies zal het accent meer liggen op het bijstellen van therapiedoelen, werkpunten en borgingsafspraken.

Bij de eerste sessie ontvangt een bewoner, afgestemd op diens cognitieve mogelijkheden, een korte toelichting over de PMT en de werkwijze. Daarnaast – indien van toepassing – krijgt de bewoner de gelegenheid om vragen te stellen. Vervolgens begint de PMT-er met een eenvoudige activiteit, veelal bedoeld als kennismaking met de gehanteerde methode en met de groepsleden als dit een groepsessie betreft. Door de kennismaking in een actieve vorm plaats te laten vinden is de bewoner (zijn de bewoners) minder op zichzelf gericht en meer gericht op de houding (en de houding van anderen). Dit maakt het naar verwachting meer laagdrempelig om contact te leggen met de PMT-er en – indien van toepassing – met andere deelnemers in een groepsetting.

Voorbeeld: de groep gooit over met een bal waarbij de naam van een bewoner genoemd wordt die de bal moet vangen.

Via observatie bekijkt de PMT-er welke depressiesymptomen of potentiële determinanten (bepalende factoren) van deze symptomen te herkennen zijn. De PMT-er observeert hoe de bewoner reageert op de activiteit, zowel in gedrag als in uiting van gevoelens en gedachten. Samen met de diagnosegegevens ondersteunen de observaties de PMT-er bij het vastleggen van de therapiedoelen van de bewoner (zie Tabel 2).

Voorbeeld: Een bewoner kan tijdens de activiteit bang zijn om fouten te maken en een passieve houding aannemen. Dit zou samen kunnen gaan met sociaal terugtrekken of een gevoel van waardeloosheid in het dagelijks leven. Het therapiedoel kan 'het vergroten van zelfwaardering' zijn.

Stap 1 bij cognitief beperkte bewoners

Voor cognitief beperkte bewoners geldt dat stap 1 vooral van belang is om te beoordelen of PMT een geschikte methode is. PMT kan moeilijker zijn doordat de bewoner minder in staat is symptomen te herkennen en te begrijpen, moeite heeft met mondelinge terugkoppeling en met het toepassen van gewenste gedragsveranderingen. De PMT is dan meer gericht op het *oefenen* en *ervaren* van 'gezond' gedrag en minder op *ontdekken*. Indien de PMT-er constateert dat dit protocol niet geschikt is voor de bewoner, dan wordt er in het multidisciplinair overleg (MDO) gekeken naar alternatieve behandelingen zoals Mediatieve Therapie in Module 2.

Borgen van stap 1

Hoewel het borgen van een behandeling doorgaans pas later wordt gestart, zet de PMT-er ook in stap 1 al in op het behouden van wat geleerd is. Dit betekent dat de PMT-er in deze fase de bewoner en de omgeving analyseert om vast te leggen waar mogelijke bevorderende factoren (kansen) en eventuele belemmerende factoren (barrières) van borgen liggen.

Voorbeeld: De bewoner blijkt niet goed te begrijpen dat hij moeite heeft met het delen van zijn gevoelens met anderen. Er ligt een kans bij goede instructie en begeleiding van het zorgteam, zij kunnen dan in gesprek steeds naar zijn gevoel vragen.

Stap 2: Doelstelling

Stap 2 richt zich op het bepalen van de werkpunten die bijdragen aan het behalen van het therapiedoel.

Het omzetten van het therapiedoel naar één of meer werkpunt(en) wordt bij voorkeur samen met de bewoner gedaan. In een groep zal het niet altijd haalbaar zijn om in een eerste sessie de werkpunten van alle bewoners vast te stellen. Bij het opstellen van de werkpunten ligt de nadruk op de competenties en de subjectieve beleving van de bewoner. Het is belangrijk dat bewoners - indien haalbaar - zelf aangeven waaraan zij willen werken. De ervaring leert dat het moeilijk kan zijn voor een bewoner om aan te geven waar men aan wil gaan werken. Door samen met de therapeut een doel te kiezen kan de bewoner ervaren wat ermee bedoeld wordt. Hij of zij kan dan wellicht zelf een nieuw doel stellen of een eerder gesteld doel bijstellen. Per bewoner kan een werkpunt op één of meer LECS aspecten gericht zijn (de lichamelijke, emotionele, cognitieve of sociale vlakken). De PMT-er bekijkt welke aspecten van de LECS het probleem in stand kunnen houden en welke aspecten helpend zijn. Het werkpunt is zo eenduidig mogelijk, acceptabel voor de bewoner en bovendien binnen een redelijke periode haalbaar (zie Tabel 3).

*Voorbeeld werkpunt: 'Door het ondernemen van een activiteit, raken de negatieve gedachten van de bewoner op de achtergrond, zodat er meer ruimte ontstaat voor het ervaren van positieve gevoelens'.
Dit werkpunt gaat in op de cognitie (C) van de bewoner.*

Stap 2 bij cognitief beperkte bewoners

Cognitief beperkte bewoners zijn beperkt in hun bewustwording en initiatief. De werkpunten bij bewoners met een cognitieve beperking zullen dan ook eenvoudiger zijn dan bij mensen zonder cognitieve beperking, waarbij het meer gaat om een positief effect in het moment (het oefenen van 'gezond' gedrag) en minder om verandering die de bewoner zelf kan vasthouden.

Borgen van stap 2

De ene kans of belemmerende factor voor de borging heeft meer prioriteit of kan makkelijker aangepakt worden dan de andere. De PMT-er beoordeelt welke kans of belemmerende factor als eerste aangepakt wordt voor de borging.

Voorbeeld: De PMT-er adviseert het zorgteam hoe ze de bewoner kunnen benaderen (eenvoudig in te zetten kans). Wanneer blijkt dat deze afspraak niet effectief is, nodigt de PMT-er een zorgverlener uit bij de sessie. Deze kan dan mee kijken naar de interactie van de bewoner met zijn medebewoners en zo een benaderingswijze richting de bewoner leren (volgende kans).

Stap 3: Plantontwerp

In Stap 3 wordt de inhoud van de sessie bepaald door een beweegthema en arrangement te kiezen.

Op basis van de LECS aspecten van de geformuleerde werkpunten wordt een PMT beweegthema gekozen. Voor een werkpunt over het stoppen van negatieve gedachten kunnen bijvoorbeeld de beweegthema's Vertrouwen of Kracht gebruikt worden. Deze thema's kenmerken zich door het stimuleren van motivatie om te veranderen en door het versterken van het zelfvertrouwen. In Tabel 2 en 3 staan andere voorbeelden van beweegthema's. Voor iedere sessie bepaalt de PMT-er (indien mogelijk in overleg met de bewoner) welk werkpunt en welke beweegthema's centraal worden gesteld. In een groepstherapie stelt de PMT-er ook de werkpunten van specifieke bewoners centraal, het is vaak namelijk niet mogelijk om de werkpunten van alle bewoners in één sessie te behandelen. Tijdens de therapie kunnen de werkpunten van andere bewoners wel 'aangeraakt' worden waardoor de PMT-er ook hieraan aandacht kan besteden.

Na de keuze van één of enkele beweegthema's, bepaalt de PMT-er welk arrangement met beweging- en lichaamsgerichte interventies geschikt is. Het is belangrijk te beseffen dat beweegthema's elkaar kunnen overlappen. De PMT-er biedt een activiteit aan die zoveel mogelijk aansluit bij de belevingswereld, behoeftes en competenties van de bewoner, hetgeen een positieve benadering stimuleert en de bewoner een beter gevoel over zichzelf zal geven. Vanuit het doel om veiligheid en vertrouwen te bieden, is het wenselijk dat de bewoner eerst een positieve ervaring krijgt. Een belangrijke vraag zal daarna zijn of een activiteit nodig is met samenwerking (interventie met positieve ervaringen voor de bewoner) of juist met tegenwerking (interventie met negatieve ervaringen voor de bewoner). Ook denkt de PMT-er na over contextmanipulaties: kleine veranderingen aan de interventie waarmee andere situaties gecreëerd worden. Zo kan bijvoorbeeld een nieuwe spelregel worden aangebracht waardoor de bewoner mogelijk ander gedrag ervaart, en/of andere gedachten of gevoelens krijgt. Bij de keuze van de interventie houdt de PMT-er ook rekening met bijvoorbeeld evenwicht- en balansproblemen die bij veroudering kunnen ontstaan door verminderde verwerking van sensorische prikkels als visus, gehoor en sensibiliteit. Ook lichamelijke beperkingen, hulpmiddelen die gebruikt worden en de veiligheid van bewoners worden meegenomen. De PMT-er kan bijvoorbeeld verschillende materialen gebruiken (zoals lichte en zware ballen, hoge en lage pionnen) om variaties in activiteit aan te brengen die voornamelijk in zittende positie uitgevoerd worden. Ook kan de PMT in het water aangeboden worden, wat een veilige en fysieke omgeving biedt met veel contact en interactie. Enkele voorbeelden van arrangementen zijn verderop in deze behandelmodule beschreven (zie 4.).

Stap 3 bij cognitief beperkte bewoners

Voor bewoners met een cognitieve beperking is het wenselijk om de therapie vooral te richten op succeservaringen en minder op negatieve ervaringen. Sommige bewoners zijn in staat het verschil tussen 'gezond' gedrag en het oude 'beperkende' gedrag te ervaren. Door de bewoner dan te ondersteunen bij het onder woorden brengen van wat er gebeurt of gezien wordt, kan deze een gevoel van regie ervaren. Om bewoners te faciliteren bij het benoemen van hun gevoelens, kan de PMT-er nadenken over het gebruik van visuele hulpmiddelen zoals smileys. Dit kan al dan niet in overleg met de ergotherapeut of de logopedist. In een groepstherapie kan de PMT-er ook overwegen om de groep te betrekken voor reflectie. De PMT-er kan er ook voor kiezen de gevoelens – vooral negatieve - bewust niet te (laten) benoemen als dit gepaard zou gaan met meer aandacht voor het negatieve. Verder berust de PMT op observaties van gedrag, lichaamstaal en informatie uit andere bronnen, zoals naasten, zorgteam en vrijwilligers. Voorbeelden van arrangementen zijn beschreven in deze behandelmodule (zie 4.) maar ook terug te vinden in de 'Module Psychomotorische therapie voor dementerende ouderen in een verpleeghuissetting', ontwikkeld door Eean (Nagtegaal, de Lange, Klok-de Laar, van Kooten, & Scholte, 2016).

Voorbeeld: De PMT-er is van plan om aan medebewoners te vragen of zij een gedragsverandering waarnemen bij de cognitief beperkte bewoner. Hierdoor creëert de PMT-er niet alleen begrip van de medebewoners voor het beperkte vermogen van de andere bewoner maar betreft hij deze ook in de groepsinteractie.

Borgen van stap 3

De PMT-er maakt samen met de bewoner, naasten, zorgverleners en vrijwilligers gedrag- en omgangsafspraken om een gedragsverandering te realiseren. Bij cognitief beperkte bewoners is het doorgaans moeilijk om afspraken met de bewoner zelf te maken. De naasten, zorgverleners en vrijwilligers krijgen hier een actieve rol door het 'gezonde' gedrag van de bewoner te belonen.

Voorbeeld: Een bewoner wordt bij de ochtendzorg volledig geholpen terwijl hij zelf nog wat kan en wil doen. De bewoner heeft echter moeite om zijn grenzen aan te geven. De PMT-er kan met de bewoner en het zorgteam afspreken om de zelfstandigheid van de bewoner zoveel mogelijk te benutten door de zorg alleen over te nemen waar het echt niet gaat.

Stap 4: Uitvoering

Stap 4 is het uitvoeren van het PMT-arrangement.

Bij het begin van een arrangement bereidt de PMT-er de bewoner voor op de beweging- en lichaamsgerichte interventies door middel van een mentale set of warm-up, waardoor de aandacht van de bewoner gericht wordt op de interventies. Daarna licht de PMT-er het beweegthema en de rationale toe en voert de beweging- en lichaamsgerichte interventies uit met de bewoner. Tijdens de uitvoering observeert de PMT-er het gedrag van de bewoner en luistert aandachtig naar geuite gedachten en gevoelens.

Hierna volgt de betekenisgeving aan de observaties en registraties, die belangrijk is voor de richting van de borging in stap 5. Afhankelijk van de behoeftes en competenties van de bewoner en de gekozen strategie, vindt de betekenisgeving met of zonder de bewoner plaats. Zo nodig kunnen hierbij visuele hulpmiddelen worden ingezet (al dan niet in overleg met de ergotherapeut of de logopedist). De herkenning en bewustwording door de bewoner is een eerste stap naar het veranderen of verminderen van bepaalde disfunctionele gedragingen, gedachten of gevoelens. Tot slot kan de PMT-er contextmanipulaties aanbrengen om gedragsveranderingen teweeg te brengen. Door deze manipulaties kunnen in groepstherapie ook de werkpunten van andere bewoners 'aangeraakt' worden.

Voorbeeld: Een bewoner met een passieve houding komt niet tot het gooien van een bal in de basket. De PMT-er zoekt naar de onderliggende oorzaak. Het kan bijvoorbeeld betekenen dat iemand bang is om fouten te maken, maar ook dat de bewoner last heeft van zijn schouders waardoor gooien onmogelijk is of dat de bewoner de basket niet goed kan zien. De PMT-er biedt een andere activiteit aan of laat de bewoner verder ontdekken wat hij/zij wil en kan doen.

Stap 4 bij cognitief beperkte bewoners

Bij stap 3 is besproken dat de aandacht bij cognitief beperkte bewoners voornamelijk zal liggen op observatie en op succeservaringen. Het is mogelijk dat niet alle activiteiten uitgevoerd kunnen worden zoals gepland doordat de bewoner bijvoorbeeld minder kan dan eerst ingeschat was. In dat geval stapt de PMT-er over naar stap 5.

Borgen van stap 4

De gedrag- en omgangsafspraken kunnen zowel binnen als buiten de sessies uitgevoerd worden. Indien er gelegenheid is binnen de sessie, dan oefent de PMT-er alvast samen met de bewoner en observeert het gedrag. Afhankelijk van welke afspraken gemaakt zijn en wie hierin een aandeel heeft, oefenen naasten, zorgverleners of vrijwilligers anders samen met de bewoner in de dagelijkse praktijk.

Stap 5: Evaluatie en borging

In stap 5, de laatste stap, wordt de therapie geëvalueerd.

De PMT-er evalueert, zoveel mogelijk in gesprek met de bewoner - bij groepstherapie met de bewoners - hoe de beweging- en lichaamsgerichte interventies zijn verlopen. Daarbij stelt de PMT-er vast welke therapiedoelen en/of werkpunten zijn behaald en welke (nog) niet. Zo kunnen bepaalde depressiesymptomen al verdwenen of verminderd zijn, waardoor de therapie zich kan richten op andere depressiesymptomen. Ook kijkt de PMT-er in welke mate de bewoner in staat was tot bewustwording. Naast de ervaringen van de bewoner(s) en de effecten van de therapie, blikt de PMT-er terug op hoe de sessie procedureel verlopen is en bekijkt hij/zij of zich nieuwe kansen en/of belemmerende factoren hebben geopenbaard. De evaluatie levert nieuwe inzichten op voor het verdere verloop van de therapie.

Stap 5 bij cognitief beperkte bewoners

Een evaluatie samen met de cognitief beperkte bewoner is meestal niet goed mogelijk, maar de PMT-er toetst het behalen van de werkpunten aan de hand van geobserveerde succeservaringen (bijvoorbeeld te zien in non-verbale uitingen of uitingen van gevoelens) en het vertoonde 'gezond' gedrag.

Borgen van stap 5

De PMT-er evalueert samen met de bewoner, naasten, zorgverleners of vrijwilligers hoe de gedrag- en omgangsafspraken zijn uitgevoerd. Er wordt bekeken hoe de effecten van de therapie duidelijk worden, bijvoorbeeld door het bemerken van een rustigere houding van de bewoner na een PMT-sessie, betere aansluiting in de groep of meer mogelijkheid voor zorgverleners om zelfzorg te stimuleren. Voor het bepalen van effect kunnen voorafgaand aan en na afloop van de therapie ook gevalideerde vragenlijsten gebruikt worden zoals de GDS-8 of de CSDD (zie Hoofdstuk 4 van Doen bij Depressie). Bij de evaluatie wordt ook besproken welke kansen er waren en of belemmerende factoren zijn opgelost. De evaluatie levert nieuwe inzichten op voor het verdere verloop van de therapie.

Continueren of borgen van de therapie

Wanneer de vijf stappen van de methodische cyclus zijn doorlopen, begint de cyclus opnieuw: de stappen worden weer opvolgend herhaald. Hierbij ligt de focus op het continueren, bijstellen/verdiepen en zo nodig toevoegen van (nieuwe) therapiedoelen, werkpunten, beweegthema's, arrangementen en gedrag- en omgangsafspraken op basis van de voorafgaande cyclus. Een beweegthema in combinatie met een ander arrangement kan bijvoorbeeld een nieuwe setting creëren waarbinnen de bewoner kan oefenen.

Dit kan ook gebeuren bij een verandering van thema met behoud van het arrangement. De PMT-er kan ook de vrijheid nemen om zowel thema als arrangement te behouden en alleen een contextmanipulatie toe te passen. De methodische cyclus kan zo meerdere keren in eenzelfde PMT-sessie doorlopen worden.

Wanneer de therapiedoelen en werkpunten van een bewoner zijn behaald of wanneer er geen verdere vooruitgang meer wordt geboekt, zal de PMT-er de therapie in samenspraak met de bewoner en het multidisciplinair team af gaan ronden. Omdat bij een cognitief beperkte bewoner diverse werkpunten moeilijk te behalen zijn, blijft de PMT-er zich voortdurend afvragen waar nog ruimte voor verbetering bestaat. De stappen van de eigenlijke therapie maken geleidelijk plaats voor de stappen van borging in de methodische cyclus. Om het eindresultaat van de therapie goed te borgen, worden de laatste gedrag- en omgangsafspraken besproken. Het doel is hierbij om de resultaten van de therapie te behouden (bij behaalde doelen) of om te leren omgaan met blijvende klachten (bij onbehaalde doelen). Wanneer de bewoner zelf niet in staat is om de laatst gemaakte afspraken uit te voeren – zoals een cognitief beperkte bewoner – blijft de inzet van het zorgteam en de familie belangrijk om de momenten uit de therapie te blijven ervaren.

4. Voorbeelden van Therapiedoelen – Werkpunten – Bewegthema's

In stap 5, de laatste stap, wordt de therapie geëvalueerd. In Tabel 3 van deze paragraaf worden voorbeelden gegeven van hoe:

- └ depressiesymptomen van een bewoner kunnen worden vertaald naar een therapiedoel;
- └ een therapiedoel kan worden omgezet naar een werkpunt (inclusief LECS);
- └ bij eenzelfde therapiedoel verschillende werkpunten geformuleerd kunnen worden afhankelijk van de LECS;
- └ op basis van een werkpunt een arrangement kan worden gekozen met één of meer bewegthema's;

Voorbeelden van arrangementen en de wijze waarop deze arrangementen tot stand komen zijn te vinden in paragraaf 6.1.5.

Tabel 3. Samenhang tussen symptomen, therapiedoelen, werkpunten en bewegthema's

| Symptomen DSM/PDC-dAD | Therapiedoel | Werkpunt(en) (+ aspect LECS) | Bewegthema's |
|--|---|--|--|
| Overheersende sombere stemming | Bewoner merkt dat somberheid en ongelukkige gevoelens beïnvloedbaar zijn | <p>“De bewoner merkt dat hij zich vitaler voelt wanneer hij in beweging komt” (L)</p> <p>“De bewoner gaat flexibel om met de dingen die er om hem heen gebeuren zodat de bewoner niet somber raakt als het anders loopt dan verwacht” (E)</p> <p>“De bewoner toont meer veerkracht bij het omgaan met tegenslagen” (C)</p> <p>“De bewoner krijgt vertrouwen in eigen kunnen waardoor hij positiever ingesteld raakt over eigen mogelijkheden en vaardigheden (E)</p> | M.I.S. Kracht Lichaamsbeleving Vertrouwen |
| Verminderde interesse/ plezierbeleving | Bewoner beleeft plezier en toont interesses in diverse zaken | <p>“De bewoner kan vertrouwen opbouwen, waardoor prikkels niet altijd als bedreigend ervaren worden” (E/S)</p> <p>“De bewoner maakt kennis met prikkels die zijn aandacht naar buiten keren” (L/C)</p> | M.I.S. M.S.S. Vertrouwen Relaxatie |
| Vermoeidheid Verlies van energie | Bewoner merkt dat hij/zij zich vitaler kan voelen | <p>“De bewoner kan negatieve gedachten negeren, waardoor hij meer energie en plezier ervaart” (C)</p> <p>“De bewoner leert negatieve gedachten te herkennen en te toetsen op juistheid. De bewoner leert relativeren en omdenken/positief denken”(C)</p> | M.I.S. Kracht Vertrouwen |

| | | | |
|--|---|---|--|
| Waardeloosheid Schuldgevoelens | Bewoner beleeft meer succeservaringen | “Door meer succes te ervaren in de activiteit, zal de bewoner zichzelf meer waarderen” (C) | M.I.S. Kracht Lichaamsbeleving Vertrouwen |
| | | [bij een cognitief beperkte bewoner] “Een trots gevoel bij een succeservaring wordt positief bekrachtigd”. (E) | |
| | | “De bewoner leert omgaan met zijn onvermogen en dit te relativeren”(E) | |
| Verminderde concentratie Besluitenloosheid | De bewoner merkt dat concentratie verbetert | “De bewoner kan zijn aandacht gericht houden zodat meer vertrouwen ontstaat in het eigen kunnen” (C) | Kracht Vertrouwen Relaxatie |
| Prikkelbaarheid | Beweging door de bewoner leidt tot emotioneel evenwicht | “De bewoner is zich bewust van oplopende spanningen bij veranderingen en weet hoe hij invloed kan hebben op zijn gevoel van spanning” (S) | M.S.S Relaxatie |
| Sociaal isolement Sociaal terugtrekken (afkomstig van PDC-dAD) | Bewoner wordt betrokken in een groepsactiviteit | “In situaties waarin de bewoner moet samenwerken, schakelt de bewoner hulp in, in plaats van zich terug te trekken uit het contact” (S) | M.S.S. Ruimte Kracht Vertrouwen |
| | | “De bewoner kan contact met anderen vast houden (aandacht naar buiten richten)” (S) | |

5. Voorbeelden arrangementen

Dit protocol schrijft geen specifieke arrangementen voor. De PMT-er maakt een keuze uit bestaande en elders beschreven arrangementen of werkt zelf een arrangement uit. Hieronder volgen enkele voorbeelden, die kunnen dienen als inspiratie bij het uitwerken van doelen en werkpunten in concrete activiteiten. Daaronder zijn vijf voorbeelden van volledig uitgewerkte arrangementen te vinden. Bij de keuze van de activiteit en de materialen kan de PMT-er variëren om ze zo te laten aansluiten bij de werkpunten.

Voorbeelden uitgewerkte doelen en werkpunten:

1. Symptomen: Een sombere stemming gaat samen met sterke gevoelens van waardeloosheid en faalangst.
 Doel: Inschatten van eigen mogelijkheden.
 Werkpunt: “Door meer succes te ervaren in de activiteit, zal de bewoner zichzelf meer waarderen” (C)
 Rationale: Het kan zijn dat de bewoner zichzelf onderschat. De bewoner kan zichzelf ook overschatten, en dit wellicht vergelijken met toen hij/zij nog 20 jaar was.
 Activiteit:
 - Met twee voeten een bal over een blokje heen en weer tillen
 - Bal tegen de muur gooien en vangen (zittend in een rolstoel of staand)
 - Een ballon hooghouden op een racket (idem)
 - Heen en weer lopen tussen twee pionnen

 2. Symptomen: Een gevoel van eenzaamheid lijkt samen te gaan met faalangst bij het omgaan met anderen.
 Doel: Samenwerken.
 Werkpunt: “De bewoner kan vertrouwen opbouwen in anderen, waardoor sociale situaties niet altijd als bedreigend ervaren worden” (E/S)
 Rationale: De beleving bij een interactie en het in contact zijn met de ander ervaren. Door samenwerking succes ervaren.
 Activiteit:
 - Een tweetal zit tegenover elkaar, zij zijn met elkaar verbonden door beiden de uiteindes van twee stokken vast te houden. Op deze twee stokken wordt een bal gelegd, waarbij ze de bal in beweging brengen zonder dat deze op de grond valt.
 - De bal met behulp van de stokken opgooien en op de stokken opvangen
 - De bal in een mand gooien met behulp van de stokken
 - De bal overgooien met een ander tweetal
-

-
3. Symptomen: Een teruggetrokken houding wordt vergezeld door gevoelens van eenzaamheid en angst om afgewezen te worden.
- Doel: Activeren, ruimte innemen.
- Werkpunt: “In situaties waarin de bewoner moet samenwerken, schakelt de bewoner hulp in, in plaats van zich terug te trekken uit het contact” (S)
- Rationale: Sommige bewoners kunnen assertiviteit tonen, andere bewoners trekken zich terug bij contact en blijven aan de zijlijn staan.
- Activiteit:
- Door middel van een stok, een rubberen ring over de grond schuiven. De ander kan de ring pakken door de stok in de ring te steken.
 - Iedere deelnemer heeft een pion/kegel die omgegooid kan worden. De oefening kan zowel zittend als staand.
 - Proberen elkaars schoen te raken, zodat er naast bewegen nog meer actie komt, want af en toe moet de voeten opgetild worden (denk bij staand aan de veiligheid)
-

Voorbeelden uitgewerkte arrangementen

Arrangement Fitness circuit

Thema's: Lichaamsbeleving, Motorische Instrumentele Sensibiliteit.

Mentale set /warm-up: De bewoner (of de bewoners als dit een groepstherapie betreft) begint aan een warming-up en er wordt gevraagd of hij/zij zich al warmer voelt (lichaamsbeleving). Er kan eventueel met een bal worden overgegooid en naar de structuur van de bal worden gevraagd (motorische instrumentele sensibiliteit).

Rationale: Het is belangrijk om je bewust te worden van de signalen die je lijf afgeeft. Als je dit kan, ben je beter in staat om op tijd te stoppen met het sporten zodat je geen blessure oploopt of over je eigen grenzen gaat. Het kan ook fijn zijn om je lichaamssignalen op te merken voordat er andere problemen optreden. Het verkennen van de lichaamssignalen zal met de volgende opdrachten worden getraind.

Materialen: bijvoorbeeld hometrainer, gewichten of stoelen

Bewegingsactiviteiten en opdrachten: Er wordt een fitness circuit uitgezet met verschillende oefenvormen gericht op het lichamelijke aspect. Dit kan bijvoorbeeld een hometrainer zijn, oefeningen met gewichten (zittend, liggend of staand), squat oefeningen, lopen op de plaats of een stoel optillen. Bij een individuele sessie kan de PMT-er de rol van medetrainer vervullen. Bij groepstherapie wisselen de deelnemers van de groep na iedere 10 minuten van oefenvorm. Naarmate de cognitieve status van de bewoner dit toelaat, kunnen er verschillende aspecten besproken worden zoals welke spiergroepen er worden gebruikt, hoe de ademhaling verloopt en welk sensatie ervaren wordt.

Contextmanipulaties: Laat de deelnemer(s) eventueel op papier met een silhouet van het eigen lichaam aankruisen of tekenen waar een sensatie gevoeld wordt en tekenen of schrijven welke sensatie dit is. Dit kan zowel met de individuele deelnemer of in de groep besproken worden.

- Laat de deelnemer(s) bij elke oefening variëren in krachtsinspanning en snelheid, zodat ze verschil in lichaamservaring voelen.

Afsluiting: Indien haalbaar, geef huiswerk mee om één activiteit uit te laten kiezen en stil te blijven staan bij de lichaamssignalen. Denk bij cognitief beperkte bewoners aan de inzet van het zorgteam en familie bij het herhalen van de ervaring.

Arrangement Mikken

Thema's: Vertrouwen, Kracht, Motorische sensibiliteit, eventueel Motorische sociale sensibiliteit (sociale gevoeligheid, zie context manipulaties)

Mentale set / warm-up: Na de warming-up benoemen welke positieve zaken je zijn opgevallen.

Rationale: In de dagelijkse praktijk komt het mogelijk vaker voor dat bepaalde handelingen niet meer goed lukken, die voorheen wel mogelijk waren. Dit kan soms lastig en frustrerend zijn. Het is dan de vraag in hoeverre je jezelf goed inschat. Heb je de neiging om jezelf te onderschatten of overschat je jezelf? Handel je ook naar je mogelijkheden? Dit bekijken we in de volgende oefeningen.

Materialen: een bal (bijv. basketbal, voetbal, tennisbal), pittenzakje

Bewegingsactiviteiten en opdrachten: De opdracht is gericht op lichamelijke, emotionele en cognitieve aspecten. Er wordt een activiteit uitgekozen waarbij de bewoner kan mikken op een doel; bijvoorbeeld gooien van een basketbal in de basket, schieten van een voetbal op een doeltje of paaltje, of gooien van een pittenzakje in een hoepel. De bewoner krijgt om de beurt de bal of het pittenzakje en mag hiermee mikken. Bespreek de inschatting van het eigen kunnen met de bewoner naar gelang de cognitieve status dit toelaat.

Contextmanipulaties:

- Geef de bewoner 3 pogingen en laat deze zelf de afstand bepalen ten opzichte van het doel (observeer in hoeverre hij/zij de eigen mogelijkheden juist inschatten).
- Laat de bewoner kiezen uit 3 afstanden met per afstand een bepaalde puntentelling (in hoeverre is prestatie belangrijk bij het inschatten van de eigen mogelijkheden).
- In een groepsessie kan de groep als jury bepalen of er sprake is overschatting, onderschatting of juiste inschatting wanneer de bewoner de afstand kiest om te gooien. In een individuele sessie kan de PMT-er in het eerste deel van de sessie de rol van jury vervullen en dit in het tweede deel van de sessie door de bewoner laten doen waarbij de PMT-er de rol van deelnemer aanneemt.
- Bied de bewoner verschillende soorten ballen aan en laat hem/haar zelf een bal uitkiezen. Bespreek de keuze van de bal.

Afsluiting: Afhankelijk van het verloop van de sessie kan de afsluiting op verschillende manieren worden ingevuld, zoals een cooling down, huiswerkopdrachten, het invullen van een scoreformulier of andere ideeën gericht op een transfer naar andere situaties.

Arrangement Paard en de Ruiter

Thema's: Vertrouwen, Kracht, Ruimte, Motorisch sociale sensibiteit

Mentale set / warm-up: De bewoner(s) wordt gevraagd om naar gelang de cognitieve status zelf een invulling te geven voor een warming-up. De focus ligt hierbij op zelfregie en vertrouwen.

Rationale: In het dagelijks leven komt het misschien steeds vaker voor dat er over je gepraat wordt in plaats van met je. Bepaalde handelingen worden wellicht ook overgenomen, terwijl je deze nog prima zelf kan. Dit kan wat met je doen in gedachten en gevoel. Misschien laat je al merken wat je er van vindt, maar niet iedereen vindt dit eenvoudig om duidelijk te maken. Daarom gaan we dit oefenen. In de volgende oefenvormen verkennen we wat je hierbij denkt en hoe je je hierbij voelt.

Materialen: Touw (eventuele obstakels zoals pionnen, banken, e.d.)

Bewegingsactiviteiten en opdrachten: De opdracht is gericht op emotionele en sociale aspecten. De oefeningen vinden plaats in tweetallen: in een individuele sessie doet de PMT-er met de bewoner mee, in groepstherapie werken de bewoners samen. De één is de "ruiter", de ander "het paard". De ruiter heeft letterlijk de touwtjes in handen. De ruiter mag het paard door de ruimte laten bewegen met behulp van een touw dat achterlangs de nek en onder de oksels door naar achter wordt vastgehouden. Door aan het linker touw te trekken weet het paard bijvoorbeeld dat het naar links moet lopen etc. Bespreek de gevoelens, gedachten en gedrag van de ruiter.

Contextmanipulaties (deze bepalen op welk thema de nadruk ligt):

- Bepaal samen met de bewoner de instructies, want dit hoort bij het gevoel van regie hebben.
- Maak een keuze voor lopen door een 'lege' ruimte of door een ruimte met obstakels.
- Wissel van gewoon lopen naar sneller lopen, dan wel joggen (afhankelijk van de ruimte, de veiligheid en fysieke mogelijkheden van de bewoner).
- Laat het paard met de ogen dicht lopen (afhankelijk van de veiligheid). Dit kan de regie voor de ruiter verhogen en zo een positieve ervaring opleveren.
- Geef aan dat het paard het op eigen wijze mag laten merken als de instructie niet duidelijk is. Mocht dit gebeuren, bespreek dan de wijze waarop het paard dit heeft geuit om mogelijke gedachten en gevoelens te achterhalen. Daarnaast leert het paard om te handelen naar gevoel en gedachten.

Afsluiting: Afhankelijk van het verloop van de sessie kan de afsluiting op verschillende manieren worden ingevuld, zoals een cooling down, huiswerkopdrachten, het invullen van een scoreformulier of andere ideeën gericht op een transfer naar andere situaties.

Arrangement Contact maken

Dit arrangement beschrijft geen oefeningen maar geeft enkele aanwijzingen over de algemene houding.

Thema's: Ruimte, Vertrouwen, Motorisch sociale sensibiliteit

Mentale set / warm-up: De PMT-er groet de bewoner in de hoop dat de aandacht naar de PMT-er gericht wordt.

Rationale: De rationale achter het arrangement zal niet teveel uitgelegd worden, omdat de bewoner in kwestie bij voorbaat passief zal reageren. Vanuit het contact zal er steeds meer op zoek gegaan worden naar ruimte om het contact meer inhoud te kunnen geven en naar ruimte om meer in beweging te komen.

Dit arrangement kan gezien worden als een proces van een aantal sessies. De kans is groot dat het eerste punt van het arrangement een aantal sessies kort na elkaar in beslag neemt.

Materialen: bijvoorbeeld een foambal of tennisbal

Bewegingsactiviteiten en opdrachten: Het doel van deze activiteiten gericht op emotionele en sociale aspecten is het contact maken met de bewoner (of bewoners onderling bij een groepssessie). Dit kan op verschillende manieren worden ingevuld. De successen zijn afhankelijk van wat de bewoner toelaat en wat zijn/haar cognitieve status is. Belangrijk is dat je goed afstemt in tijd en tempo van handelen bij de bewoner.

Contextmanipulaties:

- Ga samen met de bewoner (of groep) zitten in de ruimte en glimlach bij oogcontact.
- Zit in verschillende posities in de ruimte: dichtbij of veraf, naast of tegenover elkaar. Observeer wat er gebeurt. Reageer bij reacties niet te snel of te overweldigend, maar stem af wat mag. Ontvang de reacties met een bevestiging van ja-knikken of verbaal bevestigen door een glimlach en vraag niet teveel (niet in cognitie zetten).
- Breid het contact steeds verder uit naar samen lopen door de ruimte. Breid de ruimte steeds verder uit naar lopen op de gang, in het huis en naar buiten.
- Rol de bal naar de bewoner en bekrachtig een reactie positief.
- Beweeg zelf in de ruimte, stem af wat mag en wat de bewoner aan kan betreffende drukte. Het zelf bewegen kan het gooien van een foambal tegen de muur zijn of het stuiten van een tennisbal op de grond (foambal klinkt niet hard).

Afsluiting: Afhangelijk van het verloop van de sessie kan de afsluiting op verschillende manieren worden ingevuld, zoals huiswerkopdrachten, het invullen van een scoreformulier of andere ideeën gericht op een transfer naar andere situaties.

Arrangement Coach en coachee

Thema's: variabel, o.a. Vertrouwen, M.I.S. Materiële gevoeligheid, Lichaamsbeleving, Kracht, Ontspanning.

Dit arrangement kan gezien worden als een variatie op de arrangementen Fitness circuit en Mikken. Er worden meerdere thema's uitgewerkt en de aandacht is vooral gericht op het nemen van regie en het zich inleven in een ander.

Mentale set / warm-up: De PMT-er haalt de bewoner op om samen naar het gymlokaal te gaan.

Rationale: *De rationale achter dit arrangement hangt af van de primaire focus. De focus kan liggen op het zich inleven in een ander, een gevoel van controle hebben, dankbaarheid, acceptatie van eigen (on)vermogen, zelfvertrouwen en/of het gevoel dat anderen om jou geven.*

Voorbeeld voor 'inleven in de ander': Iedereen is anders. Je kunt bijvoorbeeld sneller moe worden van een oefening dan iemand anders. Wanneer een activiteit moeilijker of zwaarder wordt kun je hetzelfde voelen als een ander, maar je kunt ook wat anders voelen. Belangrijk is om te proberen in te schatten wat fijn is voor de ander. Je kunt hem aanmoedigen om de activiteit uit te voeren wanneer hij moe wordt. Je kunt ook juist aangeven dat hij moet stoppen zodat hij zijn eigen grenzen niet overschrijdt. Hiermee help je de ander en je werkt tegelijkertijd aan je eigen gevoel van controle over de situatie. Als de andere persoon dit ook voor jou doet, kunnen jullie een op elkaar afgestemd team worden bij het behalen van jullie doelen.

Materialen: variërend afhankelijk van de lichamelijke beperking van de bewoner.

Bewegingsactiviteiten en opdrachten: De bewoner zal in de eerste helft van de sessie de rol van coach aannemen en de PMT-er wordt de coachee. Er wordt een oefening gezocht die kan variëren in intensiteit of kracht. Dit kan bijvoorbeeld een krachtoefening zijn of een oefening voor meer lenigheid, coördinatie, wendbaarheid of snelheid. De bewoner-coach laat de PMT-er-coachee de oefening doen. Als de 'coachee' vermoeid raakt dan moet de bewoner de 'coachee' proberen aan te moedigen ('kom op, je kunt het!'). De bewoner kan ook beslissen dat zijn 'coachee' moet stoppen met de oefening. De bewoner wordt bekrachtigd door de PMT-er die de oefening doet ('wat fijn dat je mij aanmoedigt en helpt!'). Na het omdraaien van de rollen wordt een soortgelijke activiteit gezocht die de bewoner kan worden uitgevoerd – zo nodig aangepast in intensiteit of tempo op eventuele beperkingen van de bewoner -. De PMT-er moedigt nu de bewoner aan om door te gaan maar houdt wel in de gaten dat de bewoner geen negatieve ervaring opdoet. De successen zijn afhankelijk van wat de bewoner kan en toelaat.

Afsluiting: Afhankelijk van het verloop van de sessie kan de afsluiting op verschillende manieren worden ingevuld zoals een cooling down, huiswerkopdrachten, het invullen van een scoreformulier of andere ideeën gericht op een transfer naar andere situaties. Het is belangrijk dat de successen worden nabesproken en dat de bijdrage van de bewoner als coach voldoende aandacht krijgt. De focus ligt op het belang om de activiteiten aan te passen aan de mogelijkheden van de persoon. Ook elkaar aanmoedigen is een component dat voldoende aandacht krijgt bij de nabespreking.

Literatuur

- APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Biemond. (2010). Psychomotorisch therapeutische observatie voor algemene diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie (Master thesis). Zwolle: Psychomotorische therapie en bewegingsagogie. Hogeschool Windesheim.
- Blink, M. van den, & Dijk, F. (2016). 7 psychomotorische thema's: werkmodel voor het gebruik. Zwolle: CALO Hogeschool Windesheim.
- Nagtegaal, I., de Lange, S., Klok-de Laar, H., van Kooten, M., & Scholte, T. (2016). Module Psychomotorische therapie voor dementerende ouderen in een verpleeghuissetting. Utrecht: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.
- Olin, J. T., Katz, I. R., Meyers, B. S., Schneider, L. S., & Lebowitz, B. D. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(2), 129-141.
- Sepehry, A. A., P. E. Lee, G. R. Hsiung, B. L. Beattie, H. H. Feldman, & Lacova, C. (2017). The 2002 NIHMM Provisional Diagnostic Criteria for depression of Alzheimer's Disease (PDC-dAD): gauging their validity over a decade later. *Journal of Alzheimer's Disease*, 58, 449-462.