



## **Module Psychomotorische therapie voor dementerende ouderen in een verpleeghuissetting**

Evean, regio Zaanstreek / Waterland

Psychomotorische Therapie (PMT)

Ivana Nagtegaal, Suzanne de Lange, Henrike Klok – van Laar, Marleen van Kooten & Tosca Scholte

## Voorwoord

Voor u ligt de module Psychomotorische therapie voor dementerende ouderen in een verpleeghuissetting. Deze module is ontwikkeld vanuit theoretische inzichten en praktijkervaring. De ontwikkelingen in ons vakgebied en de veranderingen in de doelgroep hebben we geprobeerd te vertalen in deze uiteenzetting. Het is een proces geweest van aanpassing en afstemming, waar veel plezier en kennis is opgedaan. We hopen dat deze module handvatten biedt voor psychomotorisch therapeuten die werken binnen de verpleeghuiszorg.

We willen onze collega's bedanken die hebben bijgedragen aan het uiteindelijke resultaat van de module. De psychomotorische therapeuten en andere disciplines die hun ideeën hebben willen delen, jullie inbreng is van grote toegevoegde waarde geweest. Daarnaast hebben we veel hulp gehad van stagiaires Fabian Broers en Henriëtte de Graaf die de module mee hebben geschreven, bedankt hiervoor!

Nagtegaal, I., Lange, S. de, Klok-van Laar, H.,  
Kooten, M. van & Scholte, T.

Module Psychomotorische therapie voor  
dementerende ouderen in een  
verpleeghuissetting

2016, Utrecht, Federatie Vaktherapeutische  
Beroepen.

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	3
2. Doelgroep.....	3
3. Indicaties en contra-indicaties .....	4
4. Intake .....	5
5. Doelen.....	5
6. Referentiekader.....	6
7. Psychomotorische therapie .....	7
7.1 Bewegingsarrangementen .....	8
7.2 Behandelstrategieën en methodiek .....	9
7.3 Therapeutische interventies.....	9
7.4 Therapeutische attitude.....	10
7.5 Therapeut .....	10
7.6 Groepstherapie .....	10
7.7 Opbouw sessies .....	10
8. Organisatie .....	11
9. Evaluatie.....	11
10. Algemene randvoorwaarden .....	11
11. Valkuilen en oplossingen.....	11
Literatuurlijst.....	13
Bijlage 1: Global Deterioration Scale .....	15
Bijlage 2: Qualidem .....	16
Bijlage 3: Beschrijving van de sessies .....	18

## 1. Inleiding

De module 'Psychomotorische therapie voor dementerende ouderen in een verpleeghuissetting' is geschreven vanuit de afdeling Psychomotorische therapie (PMT) van Eveen. Eveen is een zorginstelling die mensen helpt met het herstellen, behouden en/of verbeteren van hun gezondheid. Eveen biedt in de ouderenzorg diensten in vijf categorieën: thuiszorg, dagbesteding, behandeling (revalidatie/herstel), ondersteunende dienstverlening en beschermd wonen. Voor deze laatste categorie is deze module bedoeld; dementerende ouderen die intensieve psychogeriatrische zorg geboden krijgen in een verpleeghuissetting (intramuraal).

## 2. Doelgroep

De doelgroep bestaat uit ouderen (65+) met een lichte tot ernstige vorm van dementie, die opgenomen zijn op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis (bewoners genoemd). Dementie is een verzamelnaam voor verschillende hersenziekten waarbij sprake is van 'Verlies van geest' (Verhey, 2010). In tabel 1 zijn de diagnose criteria voor dementie weergegeven zoals gedefinieerd in DSM-5. De verzamelnaam van dementie is veranderd in neurocognitieve stoornissen. In deze module wordt gesproken van dementie. Deze verzamelnaam wordt vooralsnog in de praktijk gehanteerd.

Tabel 1

*Criteria voor een diagnose 'neurocognitieve stoornissen' volgens de DSM-V (APA, 2015).*

---

<b>Uitgebreide neurocognitieve stoornissen</b>	
A	Er zijn aanwijzingen voor een significante cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren, in één of meer cognitieve domeinen (complexe aandacht, executieve functies, leervermogen en geheugen, taal, perceptueel-motorisch, of sociaal-cognitief), gebaseerd op: 1. Zorgen van de betrokkene, een informant die de betrokkene goed kent of de clinicus over een significante achteruitgang in het cognitief functioneren; en 2. Een substantiële beperking in de cognitieve prestaties, bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde neuropsychologische tests, of als die er niet zijn, een ander gekwantificeerd klinisch onderzoek
B	De cognitieve deficiënties belemmeren het onafhankelijke functioneren bij alledaagse activiteiten (waarbij minstens ondersteuning nodig is bij complexe instrumentele activiteiten van het dagelijks leven, zoals het betalen van rekeningen, of medicatiebeheer).
C	De cognitieve deficiënties doen zich niet alleen voor in de context van een delirium.
D	De cognitieve deficiënties kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis, schizofrenie).

---

<b>Beperkte neurocognitieve stoornissen</b>	
A	Er zijn aanwijzingen voor een lichte cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren, in één of meer cognitieve domeinen (complexe aandacht, executieve functies, leervermogen en geheugen, taal, perceptueel-motorisch, of sociaal-cognitief), gebaseerd op: 1. Zorgen van de betrokkene, een informant die de betrokkene goed kent of de clinicus over een lichte achteruitgang in het cognitief functioneren; en 2. Een lichte beperking in de cognitieve prestaties, bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde neuropsychologische tests, of als die er niet zijn, een ander gekwantificeerd klinisch onderzoek
B	De cognitieve deficiënties belemmeren niet het onafhankelijke functioneren bij alledaagse activiteiten (complexe instrumentele activiteiten van het dagelijks leven, zoals het betalen van rekeningen, of beheer van medicatie, blijven intact, maar er kunnen een grotere inspanning, compenserende strategieën of aanpassingen noodzakelijk zijn).
C	De cognitieve deficiënties doen zich niet alleen voor in de context van een delirium.
D	De cognitieve deficiënties kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis, schizofrenie).

---

Kenmerkend voor de meeste vormen van dementie is een progressief beloop van de ziekte en de onomkeerbaarheid hiervan. Welke symptomen op de voorgrond staan, wordt bepaald door de lokalisatie van de hersenbeschadiging (Eikelenboom, Van Gool, Schmand & Van der Mast, 2008; Verhey, 2010). Naast cognitieve problemen, gaat dementie altijd gepaard met gedragsveranderingen en psychiatrische verschijnselen. Bij gedragsmatige problemen wordt gedacht aan een verstoorde controle over eigen handelen, sociaal onaangepast gedrag en verlies van zelfredzaamheid.

Emotionele problemen kunnen onder andere betrekking hebben op de stemming, de prikkelbaarheid en het zelfvertrouwen. Daarnaast kunnen persoonlijkheidsveranderingen, wanen en visuele hallucinaties voorkomen (Eikelenboom, et al., 2008). Deze niet-cognitieve symptomen kunnen een psychologische reactie van een dementerende zijn en gezien worden als een manier van omgaan met de situatie waarin diegene zich bevindt (Dröes, 1992, 1997a; Eikelenboom, et al., 2008). Echter het kan ook een direct gevolg zijn van de beschadiging in de hersenen (Eikelenboom, et al., 2008).

Bij dementie worden veel verschillende vormen onderscheiden. Hieronder worden drie meest voorkomende vormen kort beschreven (Eikelenboom, et al., 2008).

#### De ziekte van Alzheimer

De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer. Deze ziekte is een aandoening waarbij de cellen in corticale gebieden van de hersenen niet meer functioneren door het ontstaan van seniele plaques en neurofibrillaire degeneratie. Seniele plaques ontstaan door onvolledige eiwitafbraak, waardoor  $\beta$ -amyloïd-eiwit ontstaat op de plaats van de hersencellen. Bij neurofibrillaire degeneratie sterven hersencellen af als gevolg van het tau-eiwit (Eikelenboom, et al., 2008).

Bij de ziekte van Alzheimer is er sprake van een sluipend begin en geleidelijke achteruitgang. In eerste instantie zijn er alleen geheugenstoornissen, waarbij men moeite heeft met het herinneren van recente gebeurtenissen. Na verloop van tijd worden de symptomen echter erger en kan men ook gebeurtenissen uit het verleden niet herinneren. Er ontstaan veelal taalstoornissen, problemen bij het uitvoeren van handelingen en problemen met plannen en organiseren. In een vergevorderd stadium zijn mensen met de ziekte van Alzheimer vaak incontinent en herkennen familieleden niet meer. De motorische functies en coördinatie blijven lang intact (Dröes, 1997a; Eikelenboom, et al., 2008).

#### Vasculaire dementie

Na de ziekte van Alzheimer komt vasculaire dementie het meest voor. Vasculaire dementie wordt veroorzaakt door afsluiting van de bloedvaten in de hersenen. Hierdoor krijgen de hersenen te weinig zuurstof waardoor ze beschadigd raken. Het begin van vasculaire dementie is acuut (Eikelenboom, et al., 2008). Dit in tegenstelling tot de ziekte van Alzheimer, die eerder een sluipend begin kent. Het plotselinge wegvallen van functies wijst dus op vasculaire dementie. Het verloop van de ziekte heeft een grillig karakter: telkens als zich weer een infarct voordoet, is een stapsgewijze verslechtering te zien. Tussen de verslechtingen door is een zekere mate van stabiliteit. Doordat bepaalde hersengebieden wel en andere niet zijn aangedaan, zullen sommige cognitieve functies geheel zijn verdwenen, terwijl andere nog nagenoeg intact zijn. Deze vorm kan gepaard gaan met verlammingen, gezichtsuitval, loopstoornissen en slikstoornissen (Eikelenboom, et al., 2008).

#### Lewy body dementie

Na de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie komt Lewy Body dementie het meest voor. Lewy body dementie wordt veroorzaakt doordat hersencellen ingesloten zijn door het eiwit alfasynucleïne en waardoor de cellen niet meer kunnen functioneren. Deze vormsels om de hersencellen worden Lewy bodies genoemd. Deze lichaampjes hopen zich op in de zwarte substantie (substantia nigra) in de hersenstam en in de hersenschors. In het beginstadium zijn de meeste kenmerkende cognitieve symptomen: aandachtstoornissen, opvallende visueel ruimtelijke stoornissen, verminderd abstractie vermogen en mentale flexibiliteit. Er is vaak sprake van visuele hallucinaties. Duidelijke geheugenstoornissen en taalstoornissen ontbreken in dat stadium, maar ontwikkelen zich later. Evenals vasculaire dementie heeft Lewy Body dementie een wisselend beloop. Fluctuaties in zogenaamde cognitieve functies (zoals geheugen) en aandachtstoornis staan op de voorgrond (Eikelenboom et al, 2008).

### 3. Indicaties en contra-indicaties

#### Indicaties

- De bewoner is  $\geq 65$  jaar.
- Bij de bewoner is een vorm van dementie gediagnosticeerd.
- De bewoner heeft een indicatie voor PMT, welke is gesteld door de specialist ouderengeneeskunde.

Deze indicatie houdt in dat de oudere of diens omgeving psychosociale problemen ervaart als gevolg van cognitieve, emotionele en/of gedragsmatige beperkingen die voorkomen bij dementie. Doordat een dementerende moeite heeft om met deze beperkingen om te gaan, ontstaan psychosociale problemen (Eikelenboom et al., 2008; Van 't Land, Schoemaker, De Ruiters, 2008). In de praktijk gaat het om de volgende psychosociale problemen: achterdocht, agressie, angst, claimend gedrag, depressiviteit, eenzaamheid, passiviteit, ontremming of onzekerheid.

- De dementie van een bewoner bevindt zich in schaal 2-6 van de Global Deterioration Scale (GDS; zie bijlage 1).

De GDS ordent de stadia van dementie (Reisberg, Ferris, Leon & Crook, 1982, 1988). Hoewel het niet gebruikelijk is dat de dementie van bewoners in schaal 2 en 3 wordt ingedeeld, is uit onderzoek gebleken dat ook bij dementerenden in schaal 2 al psychosociale problemen voorkomen (Eisdorfer et al., 1992).

#### Contra-indicaties

- De bewoner heeft zeer ernstige fysieke of cognitieve beperkingen waardoor deelname aan de PMT niet mogelijk blijkt.

Deze beperkingen blijken uit het dossier dan wel tijdens de PMT. In de praktijk is het vaak mogelijk om aanpassingen te doen naar aanleiding van beperkingen van een bewoner (zie hiervoor hoofdstuk 11. Valkuilen en oplossingen).

## 4. Intake

Een indicatie voor PMT wordt afgegeven door de specialist ouderengeneeskunde. De psychomotorisch therapeut heeft een belangrijke taak in het aanleveren van relevante informatie met betrekking tot het psychosociaal functioneren van de bewoner en kan hierbij advies geven over een mogelijke behandeling. Alvorens de PMT-behandeling plaatsvindt wordt een voormeting gedaan met behulp van de Qualidem. De Qualidem moet ingevuld worden door twee verzorgenden, die een bewoner gedurende de hele dag meemaken. Na een observatieperiode van een week, beslaat het invullen van de lijst ongeveer 15 minuten (Ettema, De Lange, Dröes, Mellenbergh & Ribbe, 2005).

#### Qualidem

De Qualidem (Ettema et al., 2005) is een instrument om de kwaliteit van leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen te meten. De definitie van kwaliteit van leven volgens Ettema et al. (2005): "de multidimensionele evaluatie van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptatie aan de waargenomen gevolgen van de dementie" (p. 11). Middels negen subschalen tracht de Qualidem de kwaliteit van leven te meten. De negen schalen zijn: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen, en iets om handen hebben. De scoring geschiedt per subschaal van kwaliteit van leven. Het is niet mogelijk een totaalscore van de Qualidem te berekenen (Ettema et al., 2005).

De Qualidem is een gestandaardiseerd meetinstrument met redelijke psychometrische eigenschappen. De betrouwbaarheidscoëfficiënt Rho varieert van net acceptabel (.60) tot zeer goed (.90). Hierdoor kan het meetinstrument gebruikt worden om het effect van een interventie te meten in het kader van wetenschappelijk onderzoek, als hulpmiddel voor het bepalen van het zorgbeleid in de praktijk en om de dagelijkse zorgpraktijk te evalueren. (Ettema et al., 2005). Voor de handleiding en de vragenlijst zie de internetlink in bijlage 2.

## 5. Doelen

#### Hoofddoel

- Het welbevinden van de bewoner bevorderen
- Psychosociale problemen voorkomen of verminderen

### Subdoelen

Om de hoofddoelen te bereiken zijn er subdoelen opgesteld. De subdoelen zijn ingedeeld op de zeven adaptieve taken bij de omgang met dementie (Dröes, 1991; Moos & Tsu, 1977). Hierover wordt meer uitgelegd bij het referentiekader. Achter het doel staat aangegeven in welke sessie en bij welke oefening de doelen terugkomen (zie bijlage 3 voor de beschrijving van de sessies).

1. Omgaan met de eigen invaliditeit:  
Na afloop van 12 sessies heeft de bewoner positieve ervaringen opgedaan wat betreft het eigen lichaam en eigen kunnen (sessie 1A, 4A, 6B, 7A, 10A).
2. Ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met personeel:  
De bewoner heeft gedurende de behandeling op (non)verbale wijze zijn grens aan kunnen geven (sessie 5B).
3. Handhaven van een emotioneel evenwicht:  
De bewoner is aangemoedigd om aan te geven of hij iets leuk of niet leuk vindt en heeft ervaring opgedaan met het omgaan met frustraties en/of stress (sessie 1C, 2B, 3C, 4B, 4C, 5C, 6C, 7B, 7C, 8C, 9B, 9C, 10C, 11B, 11C, 12B, 12C).
4. Behouden van een positief zelfbeeld:  
De bewoner heeft gedurende de 12 sessies succeservaringen opgedaan en indien mogelijk benoemt (alle sessies; succes kan al in de kleinste dingen zitten, zoals dat een bal gevangen wordt).
5. Voorbereiden op een onzekere toekomst:  
De bewoner heeft gedurende de 12 sessies indien mogelijk aangegeven waarmee hij tevreden en ontevreden is met betrekking tot zijn woonomgeving (sessie 2A, 8B, 12A).
6. Ontwikkelen en onderhouden van sociale relatie:  
De bewoner heeft deelgenomen aan de PMT-groep, maakt contact en is gestimuleerd om initiatief te nemen tijdens de oefeningen en in het groepsgesprek (sessie 1B, 3A, 6A, 8A, 10B).
7. Omgaan met de verpleeghuisomgeving:  
De bewoner is gestimuleerd ruimte in te nemen tijdens de therapie en keuzes te maken tijdens oefeningen (sessie 3B, 5A, 9A, 11A).

### Meetbaar doel

Bij een bewoner zijn de afzonderlijke scores van de subschalen van de Qualidem toegenomen ten opzichte van de aanvang van therapie (zie voor meer informatie over de dataverzameling hoofdstuk 9. 'Evaluatie').

## 6. Referentiekader

Dementie is over het algemeen een ongeneeslijke aandoening en behandeling richt zich daarom op het verlichten van de symptomen, het in stand houden van de kwaliteit van leven en wellicht het vertragen van de achteruitgang in het functioneren (Van 't Land, Schoemaker & De Ruiters, 2008). PMT draagt voor bewoners bij aan hun kwaliteit van leven, doordat getracht wordt het (mentale) welbevinden van een bewoner te verbeteren.

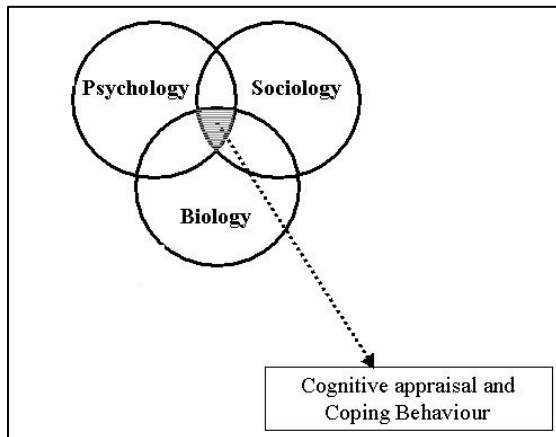
De presentatie van dementie wordt beïnvloed door de biografie, de lichamelijke gezondheid en de sociale psychologie. In de PMT worden deze psychosociale problemen voorkomen of verbeterd door te werken vanuit het biopsychosociaal model. Dit model gaat ervan uit dat ziekten worden veroorzaakt door lichamelijke, psychische en sociale factoren (Hengeveld & Balkom, 2005). Dit betekent dat naast de neuropathologische achteruitgang rekening gehouden moet worden met factoren als persoonlijkheid, levensgeschiedenis, sociale steunkring, trauma's en religie gecombineerd met lichamelijke factoren zoals gender, erfelijkheid en effecten van medicatie (Pot, Broek, Kok, 2001, p. 31).

Hoewel de cognitieve degeneratie onomkeerbaar is, kunnen biopsychosociale factoren binnen de PMT beïnvloed worden. Zoals eerder genoemd is dit het hoofddoel van de module. Hierdoor ontstaat een aanpak waarbij de focus ligt op de consequenties van dementie (Spector, Hebditch, Stoner & Gibbor, 2016). Gericht op het biologische domein ontstaan lichamelijke mogelijkheden zoals activering en ontspanning van het lichaam.



Tevens worden cognitieve mogelijkheden benadrukt zoals herkenning van objecten. Op het psychologische domein richt men zich op het gedrag dat gedreven wordt bij betekenisvolle situaties. Binnen het sociale domein is het belangrijk dat de persoon een sociale identiteit behoudt, aangepast aan de eigen normen en waarden (Keady et al., 2013). De symptomen die ontstaan als gevolg van de neurocognitieve stoornis zijn zichtbaar op alle vlakken van het biopsychosociaal model. De therapeutische attitude en interventies past men hierop aan.

### Bio-psycho-sociaal model



Johnston & Miljard, 2005

Bij de PMT wordt ervan uitgegaan dat de psychosociale problemen niet enkel het gevolg zijn van de organische degeneratie. Deze problematiek kan ook het gevolg zijn van de wijze waarop de bewoner zich aanpast en omgaat (coping) met de gevolgen van dementie en de opname in een verpleeghuis (Dröes, 1991; Dröes, 1997a; Eikelenboom et al., 2008). Door de biopsychosociale factoren te combineren ontstaat de waarneming van symptomen waaruit copingsgedrag voortvloeit (Johnston & Miljard, 2005). Daarnaast leidt een inadequate coping tot toename van problemen op biopsychosociaal vlak. Een model dat hierbij aansluit is het interactionele adaptatie-copingmodel (Droes, 1991). Hiermee wordt ook binnen deze module gewerkt. Het interactionele adaptatie-copingmodel is een conceptueel model voor het begrijpen van aanpassing en coping bij ziekte en crisissituaties in het algemeen. Vanuit een theoretisch standpunt is het model te omschrijven als een samenvoeging van het crisismodel van Moos en Tsu (1977) en de copingtheorie van Lazarus en Folkman (1984). Het adaptatie-copingmodel sluit goed aan bij het complexe aanpassingsproces waarin een oudere zich bevindt als dementie diens leven beheerst. Ieder individu zal anders omgaan met de gevolgen van de ziekte; de achteruitgang in het dagelijks functioneren, gepaard gaande emoties en veranderingen in contact. Niet elke gekozen copingstrategie sluit goed aan bij de adaptieve taken waarmee een dementerende wordt geconfronteerd. Vanwege de voortdurende achteruitgang in functioneren van de dementerende oudere, wordt deze geacht zich steeds weer aan te passen. Ontwikkelt de dementerende psychosociale problemen (zie 3.1 Indicaties), dan zou dat kunnen wijzen op moeilijkheden in de aanpassing op veranderingen in diens leven (Dröes, 1991; Dröes, 1997a). De adaptieve taken zijn (Moos & Tsu, 1977):

1. Omgaan met de eigen invaliditeit
2. Ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met personeel
3. Handhaven van een emotioneel evenwicht
4. Behouden van een positief zelfbeeld
5. Voorbereiden op een onzekere toekomst
6. Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
7. Omgaan met de verpleeghuisomgeving

## 7. Psychomotorische therapie

Binnen de PMT wordt gewerkt middels lichaams- en bewegingsgerichte oefeningen. Bij bewoners op een psychogeriatrische afdeling blijven motorische mogelijkheden en coördinatie lang intact. Het deelnemen aan bewegingsactiviteiten kan voor ouderen verschillende functies hebben naast de

lichamelijke conditionele functie. De volgende vier functies worden daarbij onderscheiden door Dröes (1997a): de communicatieve functie, bewegen als middel bij reactiveren, resocialisering en het affectief functioneren. Deze functies kunnen worden aangesproken binnen de PMT groep om aan de individuele doelen, zoals in hoofdstuk vijf zijn benoemd, te werken. De eerste functie van bewegen is communicatie. De communicatieve functie komt terug in de manier waarop de bewoner zich lichamenlijk uitdrukt, hieronder vallen alle non-verbale uitdrukkingen van een bewoner (Dröes, 1997a). De expressie blijft bij dementerende nog lang onaangetaast (Broscole, 1983). Hierdoor kan een bewoner zich nog steeds uitdrukken, zelfs wanneer spreken niet meer mogelijk is. De tweede functie speelt in op de passiviteit van een bewoner, door verminderde motivatie en initiatiefafname die veelal gepaard gaat met dementie. Bewegen kan dan dienen als reactivering, niet alleen lichamenlijk, maar ook geestelijk. Het geheugen en de oriëntatie van een bewoner worden gestimuleerd, evenals het reactie- en concentratievermogen. De derde functie is resocialisering. Op sociaal gebied kan er sprake zijn van onderstimulering. Om een sociaal isolement te voorkomen, is het goed om door middel van samenwerking weer in contact te komen met medebewoners. Dit komt bij PMT regelmatig terug. Daarnaast is afstemming op elkaar belangrijk, bijvoorbeeld rekening houden met de (mogelijkheden van de) ander. Het contact kan op deze manier ondanks de beperkingen van een bewoner gehandhaafd worden. De vierde functie is gericht op het affectief functioneren. De achteruitgang die gepaard gaat bij dementie kan een bewoner emotioneel uit evenwicht brengen en het zelfbeeld van diegene schaden. Het regelmatig ervaren van succes, ontspanning en plezier kan een positief effect hebben op het gevoelsleven en het zelfbeeld. Door de verschillende functies aan te spreken, wat bewoners niet meer uit zichzelf doen, wordt geacht de achteruitgang te vertragen (Dröes, 1997a). De vertraging van de achteruitgang is één van de drie doelen van behandeling die eerder in deze module uiteen zijn gezet. Uit onderzoek is gebleken dat PMT en bewegen een positieve invloed hebben op de cognitieve en fysieke functies van ouderen (Alessi, Yoon, Schnell, Al-Samarrai & Cruise, 1999; Blankevoort et al., 2008; Coelho, Santos-Galduroz, Gobbie & Stella, 2009; Heyn, Abreu & Ottenbacher, 2004; Hopman-Rock, Staats, Tak & Dröes, 1999; Kemoun et al., 2010; Lange-Asschenfeldt & Kojda, 2008; Van de Winkel, Feys, De Weerd & Dom, 2004; Yáñez, Shaw, Morris & Matthews, 2011). Het lijkt hier te gaan om het 'use it or lose it'-principe (Dröes, Van der Roest, Van Mierlo & Meiland, 2011).

Naast dat de cognitieve en fysieke functies worden aangesproken tijdens de therapie, zal een bewoner zich in positieve zin aanpassen met betrekking tot de adaptieve taken. Hierdoor zal het welbevinden verbeteren en kunnen psychosociale problemen worden voorkomen dan wel worden verholpen. Dit is het hoofddoel van deze module. Verwacht wordt dat dit weer een positief effect zal hebben op de kwaliteit van leven van een bewoner. De mate van adaptatie zal per bewoner verschillen, waardoor individuele verschillen ontstaan met betrekking tot de kwaliteit van leven.

Uit pilotonderzoek naar deze module van De Wit en Broers (2012) bleek een verschil op vier subschalen van kwaliteit van leven (Qualidem). De volgende resultaten werden gevonden: de zorgrelatie verbeterd, het negatief affect vermindert, het sociaal isolement neemt af en de bewoner heeft meer om handen. Dit komt overeen met gecontroleerd onderzoek, waarbij werd aangetoond dat PMT goed aansluit bij het aanpassingsproces van een demente oudere (Coelho et al., 2009; Dröes, 1991; Friedman & Tappen, 1991; Heyn, Abreu & Ottenbacher, 2004; Narnazi, Zadorozny & Gwinnup, 1995; Schnelle, MacRae, Ouslander, Simmons & Nitta, 1995). Verder werden bij PMT voor demente ouderen andere positieve effecten aangetoond op het gebruik van psychofarmaca en het emotionele welbevinden in het algemeen (Alessi et al., 1999; Dröes, 1991; Dröes, 2001; Hopman-Rock et al., 1999; Narnazi et al., 1995; Sandel, 1987; Schnelle et al., 1995; Williams & Tappen, 2007).

In de review van Dröes, Van Mierlo, Van der Roest en Meiland (2010) kwam naar voren dat PMT een gunstige invloed uitoefent op: omgang met eigen invaliditeit, emotioneel evenwicht, positief zelfbeeld, sociale relaties en de zorgrelatie met personeel. PMT heeft daarmee in vergelijking met andere psychosociale interventies (gedragstherapie, muziektherapie, activiteitenbegeleiding, enzovoorts) op de meeste adaptieve taken invloed. PMT lijkt daarmee bij uitstek een passende psychosociale interventie bij dementerenden in een verpleeghuissetting.

### 7.1 Bewegingsarrangementen

De arrangementen zijn vooral afkomstig uit de bewegingscultuur, hoewel er ook enkele lichaamsgerichte oefeningen te vinden zijn in de sessies. In bijlage 3 is de beschrijving van de sessies te vinden. Deze sessies dienen gebruikt te worden als leidraad. Eigen differentiatie en creativiteit wordt van de therapeut verwacht wanneer oefeningen lastig zijn of te makkelijk gaan. De complexiteit van het arrangement dient te worden afgestemd op de cognitieve mogelijkheden van bewoners. Indien dit niet het geval is, heeft het bewegen een tegengesteld effect, namelijk dat de bewoner zich afsluit of (verdere) deelname

weigert (Dröes, 1997a). De module wordt gegeven volgens de principes van PMT (NVPMT, 2009). Dit houdt in dat thema's verbaal en non-verbaal worden ingeleid om er vervolgens concreet mee te oefenen. Voorbeelden van thema's zijn: samenwerking, initiatief nemen en kracht. Gedurende de therapie wordt aandacht gegeven aan het functioneren van de bewoners en het thema dat naar voren komt. Binnen de bewegingsarrangementen neemt succesbeleving en plezier een belangrijke plaats in.

### 7.2 Behandelstrategieën en methodiek

De psychomotorische therapie werkt vanuit drie behandelstrategieën namelijk: oefenen, ervaren en ontdekken (Petzold, 1996 geciteerd in NVPMT, 2009, p. 10). Door middel van ervaringsgerichte en functionele oefeningen wordt getracht de bewoner te resocialiseren en reactiveren, het emotioneel evenwicht en de lichamelijke conditie van een bewoner te behouden of te verbeteren (Dröes, 1997a). Op deze manier wordt toegewerkt naar het behalen van de doelen (zie 5. Doelen). Het opdoen van nieuwe of andere ervaringen staan centraal ten behoeve van de uitbreiding van de gedragsmogelijkheden van een bewoner.

Tijdens de PMT wordt gebruik gemaakt van elementen uit de volgende methodieken: gedragstherapie, realiteitsoriëntatie, validation en reminiscentie (Dröes, 1997). Gedragstherapie is gebaseerd op klassieke en operante conditionering. Klassieke conditionering houdt in dat associaties worden gelegd op basis van herhaling (Korrelboom & Ten Broeke, 2006). Dus wanneer een bewoner positieve ervaringen opdoet bij de PMT, kan het zijn dat de bewoner na een aantal keer graag meegaat naar PMT omdat diegene het bewegen associeert met een goed gevoel. Operante conditionering is het bekrachtigen van positief, adequaat gedrag en het negeren van negatief, inadequaat gedrag. Het gevolg hiervan is dat het negatieve gedrag afneemt en het positieve gedrag toeneemt (Korrelboom & Ten Broeke, 2006). Wanneer het gedrag van een bewoner als claimend wordt ervaren door de omgeving, kan een gedragsverandering worden aangeleerd bij de bewoner, door het claimende gedrag te negeren en het gezonde gedrag te belonen met positieve aandacht.

Realiteitsoriëntatie komt vanuit de therapievorm Reality Orientation Training (ROT), hierbij ligt het accent op het aanbieden van een gestructureerde omgeving en continue basale oriënterende informatie (Vandenberghe & Haekens, 2006). Het gaat hierbij om het stimuleren van de intacte cognitieve functies, om desoriëntatie en verwarring tegen te gaan (Verhey, 2010).

Een tegenhanger hiervan is validation (Feil, 1967), hierbij wordt de belevingswereld van een bewoner centraal gesteld en op aangesloten (Vandenberghe & Haekens, 2006; Verhey, 2010). De focus ligt hier dus bij op de emotionele inhoud in plaats van op de oriëntatie van de bewoner (Vandenberghe & Haekens, 2006). Er wordt getracht om op een invoelende en begrijpende manier de belevingswereld van een bewoner te verkennen, diens gevoelens te erkennen en te ondersteunen en te bereiken dat een bewoner zich zekerder en meer geaccepteerd voelt (Vandenberghe & Haekens, 2006; Verhey, 2010). De belevingen worden niet tegengesproken, maar ongeacht het waarheidsgehalte bevestigd (Van 't Land, Schoemaker & De Ruiters, 2005). Gezien de veelvoorkomende beperkingen in de verbale communicatie wordt voornamelijk non-verbaal afgestemd op de belevingswereld van de bewoner. Houding, stemvolume, aanraking, afstand en nabijheid past men hierdoor aan. Door af te stemmen op de belevingswereld van de bewoner ontstaat contact en veiligheid. Dit vormt de basis voor zelfexpressie, zowel verbaal als non-verbaal.

Reminiscentie is het aanmoedigen van het ophalen van herinneringen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen het ophalen van eenvoudige en aangename herinneringen en het ophalen van negatieve herinneringen en deze doorwerken (life-review). Binnen de PMT wordt vooral gebruik gemaakt van de eerste vorm om de sociale interactie op gang te brengen, het gevoel van eigenwaarde te stimuleren en desoriëntatie tegen te gaan (Vandenberghe & Haekens, 2006).

### 7.3 Therapeutische interventies

Vanuit de bovenstaande methodieken komen verscheidene interventies naar voren. Vanuit de gedragstherapie is positieve bekrachtiging erg belangrijk, dit kan door het geven van een compliment, het opsteken van de duim of het aanmoedigen van een bewoner. Een voorbeeld hiervan is het opmerken, bevestigen en beantwoorden van initiatief van een bewoner. Dit geeft ook een gevoel van controle en autonomie. Andere interventies die hierbij aansluiten zijn het geven van keuzes aan een bewoner en het ingaan op de wensen van een bewoner (Dröes, 1997a). Succeservaringen zijn erg belangrijk om een positieve associatie te krijgen met PMT, daarnaast is succes een intrinsieke bekrachtiger (Dröes, 1997b). Interventies die succes kunnen vergroten, is het hulp bieden van een bewoner (middels lichamenlijk contact) of het spel/materiaal aanpassen aan de beperkingen van een bewoner (Dröes, 1997a).

Het geven van uitleg en instructies en het geven van een voorbeeld of voordoen, kan geschaard worden onder de realiteitsoriëntatie. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de uitleg van ballontennis waarbij getoond wordt hoe het werkt of een instructie aan een bewoner hoe een racket vastgehouden dient te worden. Het benoemen van het materiaal, de kleur en de vorm, is ook een interventie uit de realiteitsoriëntatie. Daarnaast is het gebruik van verschillende opstellingen van de stoelen om de ruimtelijke oriëntatie te stimuleren, bijvoorbeeld in een rij of een kring (Dröes, 1997a). Als een opdracht niet begrepen wordt, is het herhalen een mogelijkheid. Ga hier echter niet oneindig mee door en laat het de bewoner vervolgens op diens eigen manier doen of geef een individuele opdracht. Dit sluit dan aan bij validation. Een andere interventie vanuit de validation is het erkennen en bevestigen (van gevoelens) van een bewoner. Door het maken van oogcontact, de lichaamshouding en bewegingen van een bewoner over te nemen, bevestigt de therapeut non-verbaal de bewoner. Daarnaast wordt de communicatie gestimuleerd (Dröes, 1997a). Het kennen en noemen van de namen van de bewoners draagt bij aan het identiteitsgevoel van een bewoner. Bij het bevestigen van gevoelens, kan zelfonthulling van pas komen. Als een bewoner verdrietig is, vanwege de opname in het verpleeghuis, is het goed om hier empathisch op te reageren. Echter, het is noodzaak dat de bewoner hier niet in blijft hangen. Als het de bewoner niet zelf lukt, kan diegene geholpen worden bij het loslaten, door weer in beweging te komen of een ander gespreksonderwerp aan te snijden. Door vragen te stellen kan worden overgegaan op een ander gespreksonderwerp. Dit is een interventie die past bij reminiscentie. In het bijzonder gaan de vragen dan over het leven en de herinneringen van een bewoner.

#### 7.4 Therapeutische attitude

Bij de interventies passen verschillende attitudes van een therapeut. Attitudes die de voorkeur hebben zijn steunend, validerend, uitnodigend, afwachtend, geduldig, coachend en enthousiasmerend. Daarnaast wordt een open en transparante houding gewaardeerd door bewoners. Op sommige momenten kan men een gedoseerd confronterende attitude hanteren. Echter te veel confrontatie kan bewoners afschrikken (Dröes, 1997a).

#### 7.5 Therapeut

De module wordt gegeven door één psychomotorisch therapeut. De therapeut beschikt over kennis en inzicht van het interactionele adaptatie-copingmodel en kan handelen vanuit het biopsychosociaal model. De therapeut heeft kennis over verschillende attitudes en kan deze op verschillende momenten inzetten. De therapeut richt zich op de groep als geheel. De therapeut biedt het thema en de activiteit aan, stelt vragen, is leidend aanwezig en richt zich op het uitvoeren, ervaren en nabespreken. De therapeut heeft de leiding over het groepsproces, daarbij voert de therapeut de interventies uit of geeft hiervoor de ruimte aan de bewoners.

#### 7.6 Groepstherapie

Binnen de module wordt er gewerkt in een groep van minimaal vier en maximaal acht bewoners. De groep is een open groep, waardoor nieuwe bewoners de mogelijkheid hebben om gelijk in te stromen bij de bestaande groep. De samenstelling van de groep is sekse heterogeen. Het werken in een groep heeft verschillende voordelen. Allereerst kunnen bewoners gedrag bij een ander of de therapeut afkijken en overnemen wanneer bewoners niet zelf kunnen of durven te bewegen (observerend/ sociaal leren). Ten tweede wordt het sociaal contact tussen bewoners gestimuleerd, mogelijk biedt dit openingen voor buiten de therapieruimte. Het derde voordeel is het lotgenotencontact wat bewoners op deze wijze hebben met elkaar. Een bewoner kan letterlijk zien dat andere mensen met dezelfde problemen kampen.

#### 7.7 Opbouw bijeenkomsten

De module bestaat uit een vaststaand aantal sessies (12) welke herhaald kan worden. De opbouw van een sessie bestaat uit een inleiding, gevolgd door een kern en afsluiting. De kern bestaat uit drie oefeningen. De eerste twee oefeningen verschillen steeds van thema en doel per sessie. De derde oefening is iedere sessie hetzelfde. Er is gekozen voor ballontennis. Dit is een activiteit die veel plezier en ontspanning biedt aan de bewoners, wat een prettige afsluitende oefening is. Daarbij geeft het herhalen van eenzelfde oefening herkenbaarheid en houvast aan de dementerende ouderen.

## 8. Organisatie

De module vindt één keer per week plaats in de PMT-ruimte. De module bevat twaalf sessies, die ieder 45 minuten duren. Daarbij dient rekening gehouden te worden met het ophalen en wegbrengen van bewoners naar de afdeling. Hiervoor dient ongeveer 10 minuten voorafgaande aan de sessie en 10 minuten na afloop van de sessie uitgetrokken te worden.

## 9. Evaluatie

### In de praktijk

Om te kunnen toetsen of de module nuttig is geweest voor een bewoner, kan vóór aanvang van de therapiesessies een Qualidem (Ettema et al., 2005) ingevuld worden door een Eerste Verantwoordelijke Verzorgende (EVV-er) van desbetreffende bewoner. Vervolgens kan na elke zes sessies een Qualidem worden afgenomen. Deze voor- en nameting kunnen met elkaar vergeleken worden. Echter voor een individu gelden de scores als een indicatie voor de kwaliteit van leven (Ettema et al., 2005). Het is niet bekend bij welk verschil er sprake is van een klinische verbetering, hiermee dient rekening te worden gehouden. Naar aanleiding van de therapiesessies en de uitkomsten van de Qualidem, wordt het behandelplan van iedere bewoner geëvalueerd. Er wordt gekeken of de indicatie nog van toepassing is en wordt besloten of PMT de juiste behandelmethode is.

### Effectonderzoek

Na afloop van elke 6 sessies kan nogmaals een Qualidem ingevuld. Door deze tussen- en eindevaluatie kan effect van de therapie op kwaliteit van leven van de bewoner gemeten worden. Uit een pilot-onderzoek naar de module 'Psychomotorische therapie voor dementerende ouderen in een verpleeghuissetting' zijn aanwijzingen gevonden op vooruitgang op de subschalen zorgrelatie, negatief affect, sociaal isolement en iets om handen hebben bij een therapiefrequentie van tweemaal therapie per week (De Wit & Broers, 2012).

## 10. Algemene randvoorwaarden

### Therapeut

Beroepsprofiel Psychomotorische therapie (NVPMT, 2009).

### Benodigde materialen

Zie materialen per sessie in bijlage 3.

### Accommodatie

Prikkelarme ruimte van minimaal 15m<sup>2</sup>.

### Tijdsinvestering

Er zijn twaalf sessies. Elke sessie duurt 45 minuten met 20 minuten voor het ophalen en wegbrengen van bewoners van en naar de afdeling. Daarnaast dient de therapeut per sessie 30 minuten uit te trekken voor voorbereiding, rapportage van het functioneren van bewoners en overleg met zorgmedewerkers. De totale tijd die de module in beslag neemt voor de therapeut is dan ook 19 uur.

## 11. Valkuilen en oplossingen

Er zijn een aantal veel voorkomende problemen bij demente ouderen. Hieronder vallen aantasting van het geheugen en begrip, verlies van overzicht, concentratieproblemen, afasie, apraxie en agnosie. Daarnaast zijn er problemen van ouderen in het algemeen, zoals lichamelijke beperkingen en slechthorendheid. Hieronder zullen voor al deze problemen oplossingen worden aangedragen.

### Geheugen- en begripsproblemen

Van veel bewoners is het kortetermijngeheugen aangetast, waardoor zij niet meer in staat zijn opdrachten te onthouden. De psychomotorisch therapeut moet regelmatig herhalen wat gezegd is als bewoners niet goed weten wat er van hen wordt verwacht. In verband met het begrip van bewoners, wat ook aangetast kan zijn, dienen de opdrachten gemakkelijk te zijn. Door laagdrempelig te beginnen, kan de opdracht bij goede uitvoering stap voor stap moeilijker worden gemaakt, waardoor bewoners niet overvraagd worden.

### Overzichtsproblemen (planning) en concentratieprobleem

Veel bewoners hebben moeite om het overzicht te bewaren. Door kleine opdrachten stapsgewijs aan te bieden, kan de deelname voor een bewoner aangenaam worden gemaakt. Daarbij kan de bewoner geattendeerd worden als het diens beurt is. In verband met concentratieproblemen bij dementerenden, is het van belang dat gesprekken niet te lang duren. Evenals dat de uitleg, toelichtingen van oefeningen kort en bondig zijn. Hierbij dient de verbale uitleg ondersteund te worden door gebaren, het laten zien van materiaal en voordoen. Het is dus belangrijk de rust te bewaren gedurende de therapie, niet te veel informatie tegelijk aan te bieden en te zorgen voor een prikkelarme omgeving.

### Afasie (taal- en/of spraakproblemen)

Als de bewoner een taal- of spraakprobleem heeft, zal de therapeut zijn manier van communiceren moeten aanpassen. Het is goed om duidelijk, maar niet overdreven, te articuleren en een rustig spreektempo te hanteren. Daarbij dient de therapeut gebruik te maken van non-verbale communicatiemiddelen (mimiek, voordoen, gebaren). Om te toetsen of een bewoner het heeft begrepen, kan de therapeut navragen of de bewoner het besprokene heeft begrepen. Bij het spraakprobleem, waarbij bewoners moeite hebben om woorden te vinden of bij het articuleren, zal de therapeut geduld moeten hebben. Hierbij is het belangrijk om niet te vaak woorden voor de bewoner in te vullen of zinnen af te maken. Als een bewoner hier hulp bij vraagt, dan is het zaak om samen op zoek te gaan naar het juiste woord.

### Agnosie (herkenning verstoord):

Bewoners kunnen problemen hebben met het herkennen van gebruiksvoorwerpen of mensen. Voorkom dat de PMT een toets voor een bewoner wordt. Als een bewoner niet weet wat een object is, geef hierover uitleg. Benoem zelf de namen van bewoners, maar verlang dit niet constant van bewoners zelf.

### Apraxie (uitvoering beweging verstoord):

Er zijn ook bewoners die problemen hebben met het uitvoeren van (alledaagse) handelingen, hoewel hun spieren nog goed werken. Door een handeling voor te doen, kunnen sommige bewoners het gedrag overnemen. Echter als dit niet lukt, pas de oefening dan zo aan dat het voor de bewoner haalbaar is. In sommige gevallen is het van belang om dit aanpassen van de oefening onopvallend te doen; zodat bewoners niet geconfronteerd worden met hun onvermogen.

### Slechthorendheid en lichamelijke beperkingen:

Met betrekking tot slechthorendheid kan worden aangesloten bij de oplossingen voor afasie. Het is goed om duidelijk, maar niet overdreven, te articuleren en een rustig spreektempo te hanteren. Het gebruik van non-verbale communicatiemiddelen wordt aangeraden.

Met betrekking tot de lichamelijke beperkingen kan worden aangesloten bij de oplossing voor apraxie. Pas oefeningen aan dat het voor de bewoner haalbaar is en dat diegene toch succes en plezier kan beleven.



## Literatuurlijst

- Alessi, C.A., Yoon, E.J., Schnelle, J.F., Al-Samarrai, N.R., & Cruise, P.A. (1999). A randomised trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: Do sleep and agitation improve? *Journal of American Geriatrics Society*, *47*, 748-91.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Auteur.
- Blankevoort, C.G., Van Heuvelen, M.J., Boersma, F., Luning, H., De Jong, J., Scherder, E.J. (2010). Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *30*, 392-402.
- Brosigole, L. (1983). Facial- and postural-affect recognition in senile elderly persons. *International Journal of Neuroscience*, *22*, 37-46.
- Coelho, F.G., Santos-Galduroz, R.F., Gobbie, S., & Stella, F. (2009). Systematized physical activity and cognitive performance in elderly with Alzheimer's dementia: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *31*, 163-170.
- De Wit, P., & Broers, F.A.Th. (2012). *Over kwaliteit van en over leven: PMT bij mensen met dementie* (ongepubliceerd). Zaandam: Eevan.
- Dröes, R.M. (1991). *In beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dröes, R.M. (1997a). *Beweeg met ons mee! Een activeringsprogramma in groepsverband voor dementerenden mensen*. Utrecht: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Dröes, R.M. (1997b). Psychomotor group therapy for demented patients in the nursing home. In B. Miesen & G. Jones (eds.), *Care-Giving in Dementia II*. (pp 95-118). Londen: Routledge.
- Dröes, R.M. (2001). Psychomotorische therapie voor ouderen met dementie. In M. Probst & R.J. Bosscher (eds.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. (pp: 219-241). Zeist: Cure & Care Publishers.
- Dröes, R.M., Van Mierlo, L.D., Van der Roest, H.G., & Meiland, F.J.M. (2010). Focus and Effectiveness of psychosocial interventions for people with dementia in institutional care settings from the perspective of coping with the disease. *Non-Pharmacological Therapies in Dementia*, *1*, 139-61.
- Dröes, R.M., Van der Roest, H.G., Van Mierlo, L.D., & Meiland, F.J.M. (2011). Memory problems in dementia: adaptation and coping strategies and psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*, 1769-1782.
- Eikelenboom, P., Van Gool, W.A., Schmand, B.A., & Van der Mast, R.C. (2008). Delirium, dementie en andere cognitieve stoornissen. In W. Vandereyken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (eds.), *Handboek Psychopathologie, Deel I Basisbegrippen*. (pp. 195-224). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Eisdorfer, C., Cohen, D., Paveza, G.J., Ashford, J.W., Luchins, D.J., Gorelick, P.B., S.A., Levy, P.S., et al. (1992). An Empirical-Evaluation of the Global Deterioration Scale for Staging Alzheimers-Disease. *American Journal of Psychiatry*, *149* (2):190-194.
- Ettema, T., De Lange, J., Dröes, R.M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). *Handleiding Qualidem*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Feil, N. (1967). Group therapy in a home for the aged. *Gerontologist*, *7*, 192-195.
- Friedman, R., & Tappen, R.M. (1991). The effect of planned walking on communication in Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, *39*, 650-654.
- Heeren, T.J., Kat, M.G., & Stek, M.L. (2001). *Handboek ouderpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hengeveld, M.W. & Balkom, A.J.L.M. (2005). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Heyn, P., Abreu, B.C., & Ottenbacher, K.J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *85*, 1694-1704.
- Hopman-Rock, M., Staats, P.G.M., Tak, E.C., & Dröes, R.M. (1999). The effects of a psychomotor-activation programme for use in groups of cognitively impaired people in homes for the elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, *14*, 633-642.
- Johnston, R., & Millard, P. (2005). *Nosocinesthetics*. Geraadpleegd op 24 juni 2016, van <http://rjtechne.org/millard/nsk53/choo53.htm>.

- Keady, J., Jones, L., Ward, R., Koch, S., Swarbrick, C., Hellström, I., Davies-Quarrell, V. en Williams, S. (2013). Introducing the bio-psycho-social-physical model of dementia through a collective case study design, *Journal of Clinical Nursing*, *22*, 19-20.  
Gedownload op <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04292.x/full>.
- Kemoun, G., et al. (2010). Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *29*, 109-114.
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2006). Gedragstherapie. In W. Vandereyken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (eds.), *Handboek Psychopathologie, Deel II Klinische Praktijk*. (pp. 99-118). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange-Asschenfeldt, C., & Kojda, G. (2008). Alzheimer's disease, cerebrovascular dysfunction and the benefits of exercise: from vessels to neurons. *Experimental gerontology*, *43*, 499-504.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Moos, R.H., & Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness: an overview. In: R.H. Moos (Ed), *Coping with physical illness* (pp. 3-21). New York/London: Plenum Medical Book Company.
- Narnazi, K.H., Zadorozny, C.A., & Gwinnup, P.A. (1995). The influences of physical activity on patterns of sleep behavior of patients with Alzheimer's Disease. *International Journal of Aging & Human Development*, *40*, 145-153.
- NVPMT (2009). *Beroepsprofiel Psychomotorische therapie*. Onbekend (Digitaal bestand).
- Pot, A.M., Broek, P., & Kok, R. (2001). *Gedrag van slag: Gedragsproblemen bij ouderen met dementie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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*, 1136-1139.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J., & Crook, T. (1988). Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacology Bulletin*, *24*, 661-663.
- Sandel, S.L. (1987). Expressive group therapy with severely confused patients. *Activities, Adaptation and Aging*, *9*, 117-128.
- Schnelle, J.F., MacRae, P.G., Ouslander, J.F., Simmons, S.F., & Nitta, M. (1995). Functional Incidental Training, mobility performance, and incontinence care with nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, *43*, 1356-1362.
- Spector, A., Hebditch, M., Stoner C.R. & Gibbor, L. (2016, 7 april). *A biopsychosocial vignette for case conceptualization in dementia (VIG-Dem): development and pilot study*. [PubMed]. *International Psychogeriatrics*. Geraadpleegd op 24 juni 2016, van [http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.ub.unimaas.nl/pubmed/?term=Int+Psychogeriatr.+2016+Apr+7%3A110.+%5BEpub+ahead+of+print%5D+A+biopsychosocial+vignette+for+case+conceptualization+in+dementia+\(VIGDem\)%3A+development+and+pilot+study.+Spector+A1%2C+Hebditch+M2%2C+Stoner+CR1%2C+Gibbor+L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.ub.unimaas.nl/pubmed/?term=Int+Psychogeriatr.+2016+Apr+7%3A110.+%5BEpub+ahead+of+print%5D+A+biopsychosocial+vignette+for+case+conceptualization+in+dementia+(VIGDem)%3A+development+and+pilot+study.+Spector+A1%2C+Hebditch+M2%2C+Stoner+CR1%2C+Gibbor+L).
- Van de Winkel, A., Feys, H., De Weerd, W., & Dom, R. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, *18*, 253-260.
- Van 't Land, H., Schoemaker, C., & De Ruiter, C. (2008). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vandenbergh, R., & Haekens, A. (2006). Dementie en cognitieve stoornissen. In W. Vandereyken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (eds.), *Handboek Psychopathologie, Deel II Klinische Praktijk*. (pp. 193-212). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhey, F. (2010). Dementie. In R. van der Mast, T. Heeren, M. Kat, M. Stek, M. Vandenbulcke & F. Verhey (eds.), *Handboek Ouderenpsychiatrie* (pp. 351-372). Utrecht: De Tijdstroom.
- Williams, C.L., & Tappen, R.M. (2007). Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, *22*, 389-397.
- Yáñez, L., Shaw, K.N., Morris, R., & Matthews, D. (2011). The effects on cognitive functions of a movement-based intervention in patients with Alzheimer's type dementia: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*, 173-181.



Bijlage 1: Global Deterioration Scale (Reisberg, Ferris, Leon & Crook, 1982, 1988)

Scale	Deficits in cognition and function	Usual care setting
1	Subjectively and objectively normal	Independent
2	Subjective complaints of mild memory loss. Objectively normal on testing. No functional deficit.	Independent
3	Mild Cognitive Impairment (MCI) Earliest clear-cut deficits. Functionally normal but co-workers may be aware of declining work performance. Objective deficits on testing. Denial may appear.	Independent
4	Early dementia Clear-cut deficits on careful clinical interview. Difficulty performing complex tasks, e.g. handling finances, travelling. Denial is common. Withdrawal from challenging situations.	Might live independently – perhaps with assistance from family or caregivers.
5	Moderate dementia Can no longer survive without some assistance. Unable to recall major relevant aspects of their current lives, e.g. an address or telephone number of many years, names of grandchildren, etc. Some disorientation to date, day of week, season, or to place. They require no assistance with toileting, eating, or dressing but may need help choosing appropriate clothing.	At home with live-in family member. In seniors' residence with home support. Possibly in facility care, especially if behavioural problems or comorbid physical disabilities.
6	Moderately severe dementia May occasionally forget name of spouse. Largely unaware of recent experiences and events in their lives. Will require assistance with basic ADLs. May be incontinent of urine. Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) are common, e.g. delusions, repetitive behaviours, agitation.	Most often in Complex Care facility.
7	Severe dementia Verbal abilities will be lost over the course of this stage. Incontinent. Needs assistance with feeding. Lose ability to walk.	Complex Care

## Bijlage 2: Qualidem (Ettema, De Lange, Dröes, Mellenbergh & Ribbe, 2005)

### QUALIDEM

Eerste versie (mei 2005)

Naam bewoner: .....

© Ettema, De Lange, Dröes, Mellenbergh, Ribbe

Afdeling: .....

De vragenlijst bevat 40 vragen. Het is de bedoeling dat je samen met een collega de vragen beantwoordt over de afgelopen week waarin je de bewoner hebt geobserveerd. Geef op elke vraag een antwoord. Als je twijfelt tussen over de mogelijkheden, omcirkel dan het cijfer onder het antwoord dat het beste bij jouw observaties past. Een antwoord is nooit fout, maar geeft altijd aan wat volgens jou de werkelijkheid het best benadert. Denk niet te lang na over een antwoord; het eerste antwoord dat bij je opkomt, is vaak het beste. Probeer over de vragen waar jij en je collega verschillend over denken tot overeenstemming te komen.

Nooit = Nooit  
Zelden = Hoogstens eenmaal per week  
Soms = Enkele keren per week  
Vaak = Vrijwel dagelijks

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	
1 Is vrolijk	0	1	2	3	B
2 Maakt rusteloze bewegingen	3	2	1	0	D
3 Heeft contact met andere bewoners	0	1	2	3	F
4 Wijst hulp van verzorgende af	3	2	1	0	A
5 Heeft een tevreden uitstraling	0	1	2	3	B
6 Maakt een angstige indruk	3	2	1	0	C
7 Is boos	3	2	1	0	A
8 Kan genieten van dingen in het dagelijks leven	0	1	2	3	B
9 Wil niet eten	3	2	1	0	J
10 Is goed gestemd	0	1	2	3	B
11 Is verdrietig	3	2	1	0	C
12 Reageert positief bij toenadering	0	1	2	3	F
13 Geeft aan dat hij of zij zich verveelt	3	2	1	0	H
14 Heeft conflicten met verzorgenden	3	2	1	0	A
15 Geniet van de maaltijd	0	1	2	3	J
16 Wordt afgewezen door andere bewoners	3	2	1	0	G
17 Beschuldigt anderen	3	2	1	0	A
18 Zorgt voor andere bewoners	0	1	2	3	F
19 Is rusteloos	3	2	1	0	D
20 Wijst contact met anderen openlijk af	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	G

		3	2	1	0	
21	Heeft een glimlach om de mond	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
22	Heeft een gespannen lichaamstaal	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	D
23	Huilt	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	C
24	Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	A
25	Sluit zich af van de omgeving	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	F
26	Heeft bezigheden zonder hulp van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	I
27	Geeft aan meer hulp te willen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
28	Geeft aan zich opgesloten te voelen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
29	Trekt vriendschappelijk op met één of meer bewoners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
30	Wil graag (in bed) liggen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	J
31	Accepteert hulp	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	A
32	Roept	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	G
33	Heeft kritiek op de gang van zaken	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
34	Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
35	Geeft aan niets te kunnen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
36	Voelt zich thuis op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	H
37	Laat blijken zichzelf niets waard te vinden	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
38	Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	I
39	Wil van de afdeling af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
40	Stemming is positief te beïnvloeden	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B

Scoreberekening: achter elke vraag staat met een hoofdletter aangegeven tot welke subschaal de vraag behoort. Tel de scores per subschaal op.

Subschaal (aantal vragen)	Scorebereik	Score
A: Zorgrelatie (7)	0 – 21	A
B: Positief Affect (6)	0 – 18	B
C: Negatief Affect (3)	0 – 9	C
D: Rusteloos Gespannen Gedrag (3)	0 – 9	D
E: Positief Zelfbeeld (3)	0 – 9	E
F: Sociale Relaties (6)	0 – 18	F
G: Sociaal Isolement (3)	0 – 9	G
H: Zich Thuis Voelen (4)	0 – 12	H
I: Iets Om Handen Hebben (2)	0 – 6	I
J: Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek		

Voor een uitgebreide handleiding wordt verwezen naar:  
[http://www.trimbos.nl/~media/Programmas/Ouderen/Qualidem\\_handleiding.ashx](http://www.trimbos.nl/~media/Programmas/Ouderen/Qualidem_handleiding.ashx)

## Bijlage 3: Beschrijving van de sessies

### **Inhoudsopgave**

Sessie 1 .....	19
Sessie 2 .....	22
Sessie 3 .....	25
Sessie 4 .....	28
Sessie 5 .....	31
Sessie 6 .....	34
Sessie 7 .....	37
Sessie 8 .....	40
Sessie 9 .....	43
Sessie 10 .....	46
Sessie 11 .....	49
Sessie 12 .....	52

# Sessie 1

## Benodigheden:

- Muziekinstallatie
- CD met muziek (het liefst instrumentale muziek, bijvoorbeeld; "Crazy feet" van F. Astaire)
- Bal (hard opgepompt)
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Bewegen op muziek

### Opstelling:

Zittend op stoelen in kring

### Thema:

Lichaamsbeleving

### Doel:

Bewoner doet positieve ervaringen op wat betreft het eigen lichaam en eigen kunnen. Bewoners hebben weinig contact met het lichaam, zijn uit zichzelf minimaal in beweging. Door letterlijk in beweging te komen, wordt een bewoner zich bewust van het lichaam.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Vervolgens zet ik de muziek aan, maar niet te hard, zodat jullie mij nog kunnen horen. Om even warm te worden gaan we beginnen met een warming-up vanuit de stoel, u kunt dus gewoon blijven zitten. We beginnen met het optillen van onze benen alsof we lopen (ongeveer 1 minuut). Probeer de knieën zo hoog mogelijk te heffen (ongeveer 30 seconden). Hou de linkerknie bovenaan even vast door je handen om je knie te slaan en vervolgens de rechterknie (ongeveer 30 seconden). Zet de voeten weer op de grond. Strek je armen om de beurt naar boven uit, telkens afwisselend links en rechts in de lucht steken (ongeveer 1 minuut). Steek uw beide armen naar buiten (net zoals een vliegtuig) en draai kleine rondjes met uw armen (ongeveer 30 seconden). Strek u helemaal uit met de armen en benen in de lucht en laat vervolgens alles los en ontspan u. Dit doen we nog een keer, strek u helemaal uit, armen en benen optillen en ontspan!

### Interventies:

- Vraag na of de uitleg goed verstaanbaar is, zet indien nodig de muziek zachter.
- Doe de oefening voor en laat de bewoners de oefening herhalen.
- Benoem de ledenmaten en stimuleer bewoners om naar hun eigen bewegingen kijken.
- Stimuleer een bewoner om zelf een oefening met de armen of benen te bedenken.
- Geef fysiek sterke bewoners een balletje in de hand voor meer uitdaging.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut heeft een rustige en structurerende attitude. De bewoners van de groep kunnen slechthorend zijn. Zet daarom de muziek niet te hard. Daarnaast is rustig spreken en een duidelijke articulatie van belang. De therapeut blijft de oefening herhalen, zodat iedereen de oefening begrijpt en na kan doen. Het is goed om op de volgende punten te letten: Kan de bewoner de oefening nadoen? Neemt de bewoner initiatief in het bedenken van een oefening?

### Inquiry

Wat heeft u ervaren met betrekking tot uw eigen lichaam? Was er sprake van ontspanning of juist spanning? Zijn er lichaamsdelen waar je pijn in voelde? Zo ja, welke? Kunt u iets zeggen over hoe het lichaam nu voelt? En kunt u iets zeggen over uw stemming?

## **B. Stuiteren**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Contact

### Doel:

Bewoner neemt initiatief in het maken van contact.

Bewoners maken op de afdeling weinig contact met de ander. Bij het stuiteren van een bal naar de ander wordt er contact gelegd middels het materiaal. De vragen kunnen gespreksonderwerpen oproepen.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Ik heb hier een bal. Met deze bal gaan we zo meteen over stuiteren naar elkaar. Dat betekent dat we de bal met een stuit naar de ander gooien. Als u de bal hebt, stelt u zichzelf voor en stuitert u de bal naar iemand anders. Noem dus eerst uw naam voordat u de bal verder stuitert. Ik begin.

### Interventies:

- Geef uitleg in de kring.
- Laat de bal terug stuiteren naar de bewoner, wanneer een bewoner zonder antwoord te geven de bal door gooit.
- Herinner bewoners aan de opdracht, als zij dit niet meer weten.
- Varieer met opdrachten, zoals beroep, geboortestad, hobby's, sport, favoriete eten, vakantieland.
- Laat bewoners zelf een vraag verzinnen: Wat zou u van een ander willen weten?

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert een sturende en luisterende attitude. De therapeut zorgt ervoor dat het spel rustig verloopt. Dit doet de therapeut door stil te staan bij de vragen en de bal pas te stuiteren als iedereen het antwoord op de vraag heeft gehoord. Observeer bij deze oefening de volgende punten: Kan de bewoner de vraag onthouden? Weet de bewoner het antwoord op de vraag? Maakt de bewoner oogcontact naar degene waar hij/zij heen gooit?

### Inquiry

Dit is een werkvorm waarbij contact en initiatief de centrale thema's zijn. Merkte u iets op in het maken van contact? Hoe heeft u het ervaren om contact met anderen te maken? Maakt u veel contact met elkaar op de afdeling buiten deze groep om?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring.

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadmintond? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

## Sessie 2

### Benodigheden:

- Blikken (10)
- Bal (hard opgepompt)
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

### Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

### A. Toren bouwen

#### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kring

#### Thema:

Samenwerken

#### Doel:

Bewoner geeft zijn mening met betrekking tot de woonomgeving.

Door op de hoogte te zijn wat een bewoner van de woonomgeving vindt, kan men tegemoet komen aan de wensen van een bewoner. Ook is het geven van een mening en dat er naar hen geluisterd wordt, een bevestiging van identiteit.

#### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. We gaan samen een toren bouwen van blikken. Iedereen krijgt een blik. Daarnaast leg ik nog een aantal blikken in de kring. Probeer de toren samen zo hoog mogelijk te maken. De blikken die ik heb uitgedeeld moeten in ieder geval een onderdeel van de toren vormen. Het blik wat u in uw hand hebt, moet dus opgestapeld worden.

#### Interventies:

- Start zelf met het eerste blik in het midden van de kring.
- Betrek bewoners bij het bouwen van de toren als zij dit niet uit zichzelf doen
- Wees consequent in het gebruik van de blikken (die de bewoner heeft gekregen, moet in de toren)
- Stel als de toren staat vragen over de woonomgeving. Neem de toren als uitgangspunt: zou u in een toren willen wonen? En vervolgens: Hoe vind u het om hier te wonen?
- Laat één of meerdere bewoners na het gesprek alle blikken omgooien

#### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut heeft na de start een afwachtende attitude. Bewoners die slecht ter been zijn, zullen hulp moeten vragen aan medebewoners. Indien de bewoner dit niet vanuit zichzelf doet zal de therapeut hiernaar vragen of medebewoners opdracht geven. Observeer de volgende punten: Welke rol neemt de bewoner aan? Is deze rol bij de bewoner of de afdeling bekend?

#### Inquiry

Dit is een werkvorm waarbij samenwerken centraal staat. Heeft u verbaal of non verbaal contact gemaakt met anderen? Merkte u iets bij uzelf op tijdens het samenwerken? Hoe is het voor u om samen te werken?



## **B. Bal tegen het plafond**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kring

### Thema:

Kracht en agressie

### Doel:

Bewoner uit frustratie, zodat de frustratie afneemt.

Bewoners vinden het veelal lastig om hun emoties te reguleren. Door hier bij PMT aandacht aan te besteden, kan worden voorkomen dat de frustratie wordt geuit middels probleemgedrag op de afdeling.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. We gaan om de beurt zo hard mogelijk met de bal stuiten. Probeer zo hard te stuiten dat de bal het plafond raakt. Wie wil beginnen met stuiten?

### Interventies:

- Geef een voorbeeld, dit is bij deze oefening van belang.
- De bal wordt in het midden van de kring gestuiterd.
- Ga de bewoners van de kring (groep) om de beurt af, begin met algemene uitnodiging en vervolgens door namen te noemen.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

Let op: de oefening is alleen geschikt in een therapieruimte, niet in een woonkamer. Hieronder staat een alternatief. De therapeut heeft een motiverende attitude en is sturend aanwezig.

Gezien de coördinatie van de bewoners vaak niet meer gecontroleerd, is dient de therapeut de veiligheid van de medebewoners te waarborgen. Denk daarbij aan opspringende ballen. Wie raakt het plafond? Wie gebruikt er veel kracht? Wie houdt er rekening met de ander?

### Alternatief:

De therapeut staat in het midden van de kring, speelt de ballen naar iedere bewoner en krijgt deze ook weer terug gespeeld. De eerste opdracht is om zo zacht mogelijk tegen de ballen te slaan. Na een tijdje laat de therapeut de bewoners steeds harder slaan.

### Inquiry

Kracht en agressie, dat is het thema van deze werkvorm. Heeft u kracht bij uzelf ervaren? Bent u verbaasd over de kracht die u uit? Wat merkt u op bij het uiten van kracht? Hoe voelt dat in het lichaam? En komen er ook gevoelens bij, of gedachten? Durft u alle kracht te uiten die je hebt?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadmintond? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

## Sessie 3

### Benodigheden:

- Korf
- Ballen (3)
- Snoezelvoorwerpen (8)
- Theedoek of tafellaken
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

### Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

### A. Bal in korf gooien

#### Opstelling:

Zittend op stoelen in kring

#### Thema:

Hulp vragen en initiatief

#### Doel:

Bewoner neemt initiatief en accepteert hulp.

Het nemen van initiatief is belangrijk ter activering. Bewoners zijn veelal erg passief, door dit te stimuleren en te bekrachtigen, wordt getracht de bewoners te activeren. Ook op de afdeling. Om een goede relatie met verzorgenden te ontwikkelen, is het accepteren van hulp erg belangrijk.

#### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. In het midden van de kring staat een korf. Waar kunnen we de korf voor gebruiken? Ik geef nu om beurt een ieder drie ballen. Probeer de ballen in de korf te gooien. Wie wil er eerst?

#### Interventies:

- Vraag aan een ieder om de score te onthouden van een beurt totdat diegene weer aan de beurt is.
- In de tweede ronde; vraag per bewoner of de korf verzet moet worden. De bewoners kunnen het op die manier makkelijker en moeilijker maken voor zichzelf.
- In de derde ronde; vraag hoeveel ballen de bewoner denkt dat hij/zij raak zal gooien. Voor iemand de ballen gooit kan een inschatting van de score gevraagd worden.
- Initiatief nemen is vaak moeilijk in deze doelgroep; betrek wel iedereen bij de werkvorm. Ook degenen die in eerste instantie niet het initiatief nemen.

#### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut kan een afwachtende houding innemen, zodat één van de bewoners het initiatief neemt om te starten. Echter, neemt niemand initiatief, dan kan de therapeut aangeven wie er aan de beurt is en een structurerende en sturende rol aannemen. Belangrijk is dat de groep als veilig wordt ervaren door de bewoners. Let er als therapeut op dat er geen vervelende opmerkingen worden gemaakt. Dit kan bijvoorbeeld wanneer iemand het niet goed begrijpt, niet sterk is in de coördinatie, maar ook als iemand door ontremd gedrag meer op de voorgrond treedt. Observeer de volgende punten: Neemt een bewoner initiatief of is diegene meer afwachtend? Kan de bewoner zijn score onthouden? Vraag de bewoner hulp, kan diegene aangeven wat hij/zij wil? Overschat of onderschat een bewoner zichzelf?

### Inquiry

Hulp vragen en initiatief nemen, het thema van deze werkvorm. Wie heeft er hulp gevraagd? Hoe is het om hulp te vragen? Welke gedachten, gevoelens of lichamelijke sensaties ervaart u daarbij? Vooraf en achteraf? Vraagt u hulp op de woonvorm waar u woont? En neemt u daar wel eens initiatief?

## **B. Bedekte materialen aanraken**

### Opstelling:

Zittend op stoelen rond een tafel

### Thema:

Vertrouwen

### Doel:

Bewoner neemt ruimte in door een voorwerp te beschrijven.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Op tafel leg ik een voorwerp onder een doek. Voel met uw handen het voorwerp. Haal vervolgens het voorwerp onder het doek vandaan. Beschrijf het voorwerp. Geef het materiaal door aan uw buurman of -vrouw.

### Interventies:

- Stel vragen om de bewoner te helpen bij het beschrijven van het voorwerp: Hoe ziet het eruit? Is het groot/klein? Hard/zacht? Welke kleur is het? Welke vorm? Maakt het lawaai of is het geluidloos? Hoe ruikt het? Hoe zou het smaken? Vindt u het prettig om vast te houden? Hierin kan onderscheid worden gemaakt tussen open en gesloten vragen.
- Begeleid bewoners door bijvoorbeeld de handen vast te houden of verbaal.
- Tijdens het voelen kan de therapeut stil blijven, hiermee wordt de spanning opgebouwd. Er is meer (basis)vertrouwen nodig voor deze interventie, dus zet deze niet automatisch in.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

Betrek iedereen bij de opdracht, ook al is er maar één iemand aan de beurt. De aandacht kan zo langer vastgehouden worden. Belangrijk is dan ook om het voorwerp door te geven na iedere beurt, zodat allen regelmatig een actieve rol krijgen in deze werkvorm. Observeer de volgende punten: Neemt een bewoner ruimte in tijdens het beschrijven? Kan de bewoner zelf eigenschappen van het voorwerp benoemen? Hoe gaat een bewoner om met spanning?

### Inquiry:

Het thema vertrouwen stond centraal in de werkvorm die we net gedaan hebben. Voelt deze groep veilig en vertrouwd? Merkte u dat in de werkvorm? Of op andere momenten? Waar merkt u bij uzelf aan dat u de ander vertrouwt? Zijn dat bepaalde gedachten, gevoelens of lichamelijke sensaties? Is het makkelijk om op een afdeling waar u woont anderen te vertrouwen?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadmintond? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

# Sessie 4

## Benodigheden:

- Stoelen met stoelleuning
- Kleine bal (bij voorkeur licht van gewicht; voor elke bewoner één)
- Ballon
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Balanceren in de stoel

### Opstelling:

Zittend op stoelen in kring

### Thema:

Evenwicht

### Doel:

Bewoner doet positieve ervaringen op wat betreft het eigen lichaam en eigen kunnen.

Bewoners zijn uit zichzelf vaak passief, waardoor men weinig beweegt. Door in beweging te komen, maakt men weer contact met het eigen lichaam. Bewoners kunnen ervaren wat zij nog met hun lichaam kunnen, veelal wordt dit onderschat door henzelf.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. We starten met de eerste oefening. Til het linkerbeen van de grond met de armen op de stoelleuning. Til het rechterbeen van de grond met de armen op de stoelleuning. Til het linkerbeen van de grond met beide armen in de lucht, dus los van de stoelleuning. Til het linkerbeen van de grond met beide armen los van de stoelleuning. Merkt u dat u uw evenwicht moet bewaren?

Beweeg vervolgens rustig van links naar rechts met uw bovenlichaam. Durft u iets verder? Waar ligt uw grens? Draai rondjes met uw bovenlichaam, bewaak uw evenwicht. Maak het rondje steeds groter tot voor u de grens bereikt is. Maak vervolgens de rondjes weer kleiner tot u stil zit.

Ik geef een ieder nu een kleine bal. Pak deze in uw hand en houdt hem vast. Leg de bal op het midden van uw hand. Laat de bal op de hand bewegen, zonder dat de bal van uw hand afvalt. Probeer het ook eens met uw andere hand.

### Interventies:

- Doe als therapeut iedere oefening voor, zodat bewoners een voorbeeld hebben.
- Geef een bewoner die vergeet zijn handen in de lucht te houden iets in de handen, zodat de handen meer automatisch van de leuning komen (bijvoorbeeld een bal of gymnastiekstok).
- Geef een bewoner een racket indien deze de bal vasthoudt in plaats van laat balanceren.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut heeft een sturende houding en dient oplettend te in verband met de veiligheid van bewoners. Let vooral bij de oefening met het draaien van de romp op dat iemand niet te ver naar voren buigt, waardoor er valgevaar ontstaat. Zorg voor lichte ballen. Het materiaal moet niet belastend worden voor de bewoners in deze oefening. Observeer de volgende punten: Hoe is het evenwicht van bewoners? Durven zij met hun romp te bewegen? Kunnen zij hun grens aanvoelen?

### Inquiry:

Evenwicht is een thema dat voor veel ouderen speelt. Denk aan de verminderde balans met in sommige gevallen vallen tot gevolg en lopen met hulpmiddelen. Welke rol heeft evenwicht in uw leven?

## **B. Ballon wegtikken**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in kring

### Thema:

Macht versus onmacht en frustratie

### Doel:

Bewoner uit frustraties, zodat de frustratie afneemt.

Door het uiten van frustratie, kan deze afnemen. Daarnaast gaat het over kracht, het voelen wat het lichaam in zich heeft.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Ik heb hier een grote ballon die ik eerst op ga blazen. We gaan nu de ballon naar elkaar overtikken. Wanneer we enige oefening gehad hebben, starten we met variaties in kracht. Als eerste gaan we gaan de ballon zo hard mogelijk wegtikken. Daarna tikken we de ballon zo zacht mogelijk weg. Als laatste tikken we met gemiddelde kracht de ballon aan.

### Interventies:

- Geef een voorbeeld van de mate van kracht
- Moedig bewoners aan om harder of zachter te slaan.
- Stel de bewoners vragen bij de verschillende vormen van kracht. Kan je nog bij de ballon? Doe je nog mee in het spel? Ervaar je macht/onmacht/frustratie? Kan je dat verder uitleggen?
- Vraag na de drie krachtsoefeningen: Wat vond u het fijnst; hard slaan, zacht slaan of gemiddeld? En waarom?

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert een afwachtende attitude. Bewoners kunnen bang zijn voor kracht van zichzelf en van anderen. Stel de bewoners gerust door te benoemen dat een ballon geen pijn doet of door de ramen kan gaan en alleen wat schrik kan veroorzaken als deze onverwacht en snel op iemand afkomt. Sommige bewoners vinden het juist lastig om zachter te slaan. Dan kan de therapeut als opdracht geven aan een bewoner dat de ballon in het midden moet komen waar niemand er meer bij kan. De therapeut kan in deze werkvorm observeren hoe een ieder met krachten van zichzelf en de ander omgaat: Durft iemand kracht mee te geven? Kan iemand zijn krachten aanpassen? De ervaring kan teruggekoppeld worden naar het thema macht/onmacht/frustratie.

### Inquiry

Het thema van deze werkvorm is macht versus onmacht, en frustratie. Heeft u kracht bij uzelf ervaren? Wat merkt u op bij het uiten van kracht? Hoe voelt dat in het lichaam? En komen er ook gevoelens bij, of gedachten? Durft u alle kracht te uiten die u heeft? Zijn er andere momenten – bijvoorbeeld op de afdeling - dat u frustratie ervaart?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadminton? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.



# Sessie 5

## Benodigheden:

- Ballen (3)
- Kegels (10)
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Kegelen

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een halve cirkel. Kegels staan op ongeveer drie meter afstand tegenover de halve cirkel.

### Thema:

Ruimte

### Doel:

Bewoner neemt ruimte in en maakt zelfstandig keuzes.

Sommige bewoners zijn erg teruggetrokken. Door hen ruimte te laten innemen, kunnen zij ervaren dat ze er mogen zijn. Het maken van keuzes stimuleert de autonomie, het gevoel van zeggenschap te hebben over het eigen leven.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. We zitten in een halve cirkel. Om de beurt proberen we met de bal de kegels om te rollen. Iedereen heeft twee pogingen. Ik zet nu de kegels op verschillende plekken in deze ruimte neer. Weer mag iedereen een kegel proberen om te gooien.

### Interventies:

- Er kan gevarieerd worden met verschillende ballen (groot/klein, zacht/hard) om keuzevrijheid te geven en de autonomie te bevorderen.
- Een variatie op de oefening: In tweetallen de oefening uitvoeren. Eén kegel staat tussen beide bewoners in en men mag allebei proberen de kegel om te gooien. Bewoners moeten uit zichzelf ballen halen en oprapen.
- Varieer in afstanden in de ruimte.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert een structurerende attitude. Dit houdt in dat de therapeut de bewoner aanwijst die aan de beurt is en kegels opnieuw rechtzet. De therapeut kan ingaan op de ruimte die de bewoner inneemt tijdens het werpen zowel verbaal als non-verbaal, hoe de bewoner anticipeert op de diverse afstanden van de kegels en hoe de bewoner omgaat met succeservaringen. Observeer daarnaast het volgende: Heeft een bewoner overzicht als de kegels verspreid staan in de ruimte?

### Inquiry

Het thema van deze werkvorm is ruimte. In de werkvorm hebben we de ruimte om ons heen gebruikt. Heeft u alle kegels opgemerkt in de ruimte? Of bent u gericht op een deel van de ruimte? Hoe bent u tot de keuze voor een bepaalde kegel gekomen om om te gooien? Wat merkt u wanneer u een keuze moet maken? Heeft de grote ruimte hier invloed op?

## **B. Eigen object beschermen**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een grote cirkel

### Thema:

Assertiviteit en grenzen

### Doel:

Bewoner komt voor zichzelf op en geeft zijn grens aan.

Om autonomie te ervaren, is het goed om de eigen grenzen aan te kunnen geven. Dit heeft te maken met het ontwikkelen van een goede zorgrelatie met het personeel.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Ik geef nu een ieder een bouncebalstick, dat is dit ding. Zet hem naast uw stoel neer. Iedereen heeft nu zijn eigen bouncebalstick als paal naast de stoel staan. Het is de bedoeling dat u bij elkaar de stick omver probeert te gooien met de bal.

### Interventies:

- Variatie voetballen in plaats van gooien.
- Variatie tussen bal en ballon.
- Geef complimenten als een bewoner zijn grens aangeeft.
- Geef indien nodig de grenzen van een bewoner aan, als de bewoner zijn grenzen niet zelf aan kan geven.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut heeft een afwachterende attitude. De therapeut laat de groepsdynamiek op zijn beloop. Daar waar nodig structureert en begrenst de therapeut. Gezien het om het thema assertiviteit en grenzen gaat, is het belangrijk dat de bewoner de ruimte krijgt om zijn grenzen aan te geven. De therapeut moet er op attent zijn dat deze grenzen niet in het spel aangebracht. De groepsinteractie is hierin belangrijk. De therapeut kan observeren: Hoe verdedigd de bewoner zijn eigen bouncebalstick? Komt de bewoner voor zichzelf op? Hoe reageert de bewoner op interacties uit de groep? En hoe geeft de bewoner zijn grens aan?

### Inquiry

Assertiviteit en grenzen, dat zijn de thema's van deze werkvorm. Heeft u uw grenzen aangegeven? En bent u assertief geweest? Wat merkt u op in het al dan niet aangegeven van uw grens? In gedachten, gevoelens, lichamelijke sensaties? Hoe is dit voor u op uw woonvorm? Kunt u daar een grens aangeven en u assertief opstellen? Of kent u iemand die dat goed kan?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadminton? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

# Sessie 6

## Benodigdheden:

- Parachute
- Kleine bal en grote bal
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Parachute

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kring

### Thema:

Samenwerking

### Doel:

Bewoner maakt contact met medebewoners en therapeut.

Op de afdeling zijn bewoners veelal in zichzelf gekeerd en maken weinig contact met anderen. Door samen te werken, een doel na te streven, wordt het contact gelegd.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen pakt een handvat van de parachute vast. Ik tel tot drie en als we bij drie zijn doen we allemaal tegelijk de armen omhoog. Wie zou er nu tot drie willen tellen? We strekken de armen zo hoog mogelijk.

Ik heb een kleine bal. Trek de parachute maar strak dan kan de bal daar op rollen. We gaan de parachute een beetje bewegen, maar let erop de bal mag niet in het gat vallen.

Ik (of iemand anders) tel straks tot drie en als we bij drie zijn strekken we de armen allemaal tegelijk. We proberen de bal tegen het plafond te schieten.

Als we straks bij drie het doek optillen gaan we met de andere hand (de hand die niet de parachute vasthoudt) naar de buurvrouw aan de overkant zwaaien. Probeer diegene tegenover u maar aan te kijken.

### Interventies:

- Variëren in ballen (klein, groot, licht, zwaar) en in grootte van de parachute.
- Variatie: Hard en zacht wapperen met de parachute.
- Er kan gekozen worden om initiatief te laten nemen door bewoners (tellen, variatie verzinnen).
- Maak de oefening moeilijker door de opdracht te geven de bal van bewoner X naar bewoner Y te rollen. Dit accentueert de samenwerking.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert een structurerende en sturende attitude. Dit houdt in dat hij/zij de oefeningen aanbiedt en de structuur hierin bewaakt. Om de oefeningen te kunnen uitvoeren is er enige vorm van samenwerking vereist. Door een slecht begrip van het gesprokene, kan het zijn dat een bewoner de oefening niet begrijpt en niet zal samenwerken. Dit kan enige agitatie bij de overige bewoners oproepen. De therapeut dient hierop in te spelen bij de overige bewoners en kan de bewoner met een slecht begrip ondersteunen met een voorbeeld. Observeer het volgende: Lukt het om af te stemmen op de ander? Maakt een bewoner contact met anderen? Neemt een bewoner initiatief?

### Inquiry

Dit is een werkvorm waarbij samenwerken centraal staat. Heeft u verbaal of non verbaal contact gemaakt met anderen? Merkte u iets bij uzelf op tijdens het samenwerken? Hoe is het voor u om samen te werken? Op de woonvorm waar u woont, wordt daar samengewerkt?

## **B. Scoops**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kring

### Thema:

Vertrouwen

### Doel:

Bewoner doet positieve ervaringen op wat betreft het eigen lichaam en eigen kunnen.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Ieder krijgt van jullie één scoop of schep. Wat is het voor een materiaal? Wat kan je ermee? De therapeut doet voor hoe de bal met de scoop gegoid en gevangen kan worden. Vervolgens gaan de bewoners de bal naar elkaar toe werpen met de scoops. Kunnen we ook proberen om verder te spelen terwijl we de scoops in de andere (niet voorkeurs) hand vasthouden?

### Interventies:

- De therapeut geeft een duidelijke uitleg met een voorbeeld, vervolgens kan de therapeut een afwachtende houding hanteren.
- De therapeut kan meedoen met het spel.
- De bewoners raken steeds meer vertrouwd met het materiaal, benoem de vooruitgang.
- Gekozen kan worden om de bal met een stuit naar de ander te werpen.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De bewoners zijn vaak niet bekend met scoops en vinden het in het begin moeilijk. Geef regelmatig complimenten als therapeut als er meer gericht gegoid en gevangen wordt met de scoops. Observeer of iemand het materiaal durft te gebruiken. Ook kan je zien of iemand vertrouwt op zijn eigen mogelijkheden in het gebruik van de scoops. Is het vertrouwen in zichzelf er ook nog wanneer met de verkeerde hand wordt gegoid?

### Inquiry

Het thema van deze werkvorm is vertrouwen. Vertrouwen in nieuw materiaal en het gebruiken ervan. Wat merkte u op toen u nieuw materiaal in handen kreeg? En is dat veranderd naar het einde toe? Op de afdeling verandert er ook vaak iets, waar u weer vertrouwen in moet krijgen. Hoe is dat voor u? Merkt u bij veranderingen bepaalde gevoelens, gedachten of lichamelijke sensaties op?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadmintond? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

# Sessie 7

## Benodigheden:

- Tennisbal (voor elke bewoner één)
- Isolatiebuis (dubbelgevouwen en uiteinden aan elkaar vastgeknoopt; voor elke bewoner één)
- Ballon
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Tennisbal over het lichaam

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kleine kring

### Thema:

Lichaamsbeleving

### Doel:

Bewoner doet positieve ervaringen opgedaan wat betreft het eigen lichaam en eigen kunnen. Bewoners hebben weinig contact met het lichaam. Door met materiaal over het lichaam te gaan, wordt men zich weer bewust van alle lichaamsdelen en wordt het contact opnieuw gelegd.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Ik geef aan een ieder een tennisbal. We hebben allemaal een tennisbal in onze hand. Ga met uw aandacht naar de bal. Wat is het voor een bal? Voelt het warm/koud? Hard/Zacht? Zwaar/Licht? Kunt u erin knijpen? Rol vervolgens de tennisbal over uw lichaam; over de linkerhand, de linkeronderarm, de linkerbovenarm, de nek. Pak in het midden de bal over en rol over de rechterschouders, de rechterbovenarm, de rechteronderarm, de rechterhand. Hoe voelt het lichaam nu waar de tennisbal overheen gerold is? We gaan nu met de tennisbal over de benen rollen. We rollen over het linkerbovenbeen, het linkeronderbeen, het linkerscheenbeen en de linkervoet. Kom rustig terug uit deze gebogen houding. Nu gaan we naar het rechterbeen. We rollen de bal over het rechterbovenbeen, het rechteronderbeen, het rechter scheenbeen en de rechervoet. Leg de tennisbal op de grond en ga er met uw linkervoet op staan. Rol de linkervoet er overheen, zonder dat de tennisbal onder de voet vandaan gaat. En als laatste rollen we de bal onder de rechervoet.

### Interventies:

- Laat bewoners zelf experimenteren met de tennisbal (vooraf of achteraf).
- Varieer met de kracht die gezet moeten wordt bij het rollen van de tennisbal. En stel daarbij de vraag: Voelt het anders als je meer of minder kracht op de bal zet?
- Laat bewoners hun hand (of pittenzakje) gebruiken als de tennisbal hanteren te lastig blijkt.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut kan een sturende houding aannemen door stap voor stap aan te geven welk lichaamsdeel aan de beurt is, maar deze ook loslaten door bewoners zelf te laten experimenteren. Let op de lenigheid van de afzonderlijke bewoners. Speel erop in als iemand door een fysieke beperking niet alles uit kan voeren. Bijvoorbeeld bij een halfzijdige verlamming één arm nogmaals. Ook kan iemand pijn ervaren, waardoor de opdracht moeilijk is. Kies in dat geval om bijvoorbeeld de tennisbal weg te laten en alleen de hand te gebruiken.

### Inquiry

Wat heeft u ervaren met betrekking tot uw eigen lichaam? Was er sprake van ontspanning of juist spanning? Zijn er lichaamsdelen waar u pijn voelde? Zo ja, welke? Kunt u iets zeggen over hoe het lichaam nu voelt? En kunt u iets zeggen over uw stemming?

## **B. Ballon door isolatie**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in kring

### Thema:

Kracht en agressie

### Doel:

Bewoner uit frustratie, zodat de frustratie afneemt en bewoner leert omgaan met frustraties. Bewoners vinden het veelal lastig om hun emoties te reguleren. Door hier bij PMT aandacht aan te besteden, kan worden voorkomen dat de frustratie wordt geuit middels probleemgedrag op de afdeling. Daarbij leert een bewoner hoe die kan omgaan met frustratie, door het te ervaren.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Aan een ieder van jullie deel ik het volgende materiaal uit. Het is een isolatiebuis, die is dubbel geklapt en aan de uiteinden vastgemaakt. Wat is het voor een materiaal? Voel maar met de handen, of ruik er eens aan. Hoe klinkt het als u het tegen uw oor houdt en met uw nagels overheen gaat? We gebruiken nu meerdere zintuigen om het materiaal te onderzoeken. Nu blaas ik de grote ballon op en ik doe voor hoe de isolatiebuizen als racket gebruikt kunnen worden. We gaan de ballon naar elkaar overslaan door de isolatiebuis te gebruiken. We gaan vervolgens variëren in kracht wanneer ik dat aangeef. Allereerst slaan we de ballon met zo min mogelijk kracht weg. Vervolgens slaan we de ballon met zo veel mogelijk kracht weg, zoveel als we hebben. Hoe is het om zoveel kracht te zetten? Kunt u nog wat harder slaan? En als laatste slaan we de ballon weer met zo min mogelijk kracht weg. Hoe is de overgang van zoveel mogelijk naar zo weinig mogelijk kracht? En lukt het goed om zo min mogelijk kracht te gebruiken? Kunt u nog wat zachter slaan?

### Interventies:

- De therapeut doet voor wat veel en weinig kracht is, hier het stemvolume op afstemmen.
- Geef de opdracht de ballon in het midden te laten landen, indien een bewoner het lastig vindt om zacht te slaan. Variatie: gebruik een korf in het midden om de ballon in te mikken.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert een afwachtende attitude. Bewoners kunnen bang zijn voor kracht van zichzelf en van anderen. Stel de bewoners gerust door te benoemen dat een ballon geen pijn doet of door de ramen kan gaan. Erken dat het een schrikreactie veroorzaakt als de ballon snel op een bewoner afkomt. De therapeut kan in deze werkvorm observeren hoe een ieder met krachten omgaat: Durft iemand kracht mee te geven? Kan iemand zijn krachten aanpassen? Begrijpt de bewoner de opdracht? Lukt het de bewoner om het onbekende materiaal te hanteren?

### Inquiry

In deze werkvorm stonden kracht en agressie centraal. Is het voor u makkelijk om kracht in te zetten? En om te variëren in kracht tijdens de werkvorm? Hoe ervaart u het om kracht te gebruiken in deze groep met elkaar? Voelt u iets in het lichaam veranderen tijdens de oefening? Of bepaalde gevoelens en gedachten die bij u opkwamen?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning



### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. We gaan met elkaar deze ballon overslaan.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel.

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

# Sessie 8

## Benodigheden:

- Bal
- Toverkoord / Elastisch koord
- Eén of twee ringen
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Eerst contact maken, dan gooien!

### Opstelling:

Zittend op stoelen in kring

### Thema: Contact

### Doel:

Bewoner neemt initiatief en maakt contact met medebewoners.

Voor het maken van contact is het non-verbale element erg belangrijk. Door de verschillende manieren contact maken te stimuleren, wordt men zich bewust. Daarnaast is het contact op zich al gunstig voor de resocialisatie.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Met deze bal stuiten we naar elkaar toe, dus we gooien met een stuit. Allereerst gaan we even oefenen.

Nu iedereen de bal één of meerdere malen gehad heeft, gaan we het iets moeilijker maken. Er mag pas gegooid worden als er contact gemaakt is met degene naar wie de bal gaat. Op welke wijze kunnen we contact maken met een ander?

### Interventies:

- Indien bewoners weinig verschillende manieren van contact hanteren, geef een suggestie ('één per keer). Bijvoorbeeld wijzen, oogcontact, de naam noemen, aantikken, noemen van een kenmerk, zoals een kledingstuk, enzovoorts.
- Als meerdere manieren van contact maken onoverzichtelijk wordt voor een bewoner. Geef de opdracht om op één manier tegelijk contact te maken, die iedereen gebruikt.
- Indien het cognitieve niveau van de groep hoog genoeg is, kan de opdracht aangepast worden. De bal mag pas gegooid worden als de ontvanger (de bewoner die de bal krijgt) aangeeft deze te willen hebben.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut kan meedoen aan de oefening, als voorbeeldfunctie en een structurerende attitude hanteren. Draag er zorg voor dat het veilig blijft en de bal niet onverwacht en/of hard door de ruimte gegooid wordt. Vaak is er een groot verschil binnen de groep in hoeverre er contact gemaakt wordt. Probeer alleen degenen te helpen die er zelf veel moeite mee hebben en laat hen die het goed oppakken, de opdracht zelf uitvoeren.

### Inquiry

Dit is een werkvorm waarbij contact en initiatief de centrale thema's zijn. Merkte u iets op in het maken van contact? Hoe heeft u het ervaren om contact met anderen te maken? Maakt u veel contact met elkaar op de afdeling buiten deze groep om?

## **B. Ring door toverkoord**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in kring

### Thema:

Samenwerking

### Doel:

Bewoner geeft zijn mening met betrekking tot de woonomgeving.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Willen jullie allemaal een stuk van dit koord vasthouden. Ik deel het rond in de kring tot ik het begin en het einde bij mij heb. De ring doe ik om het koord heen en de twee uiteindes van het koord maak ik aan elkaar vast, zodat de ring vastzit. We maken nu met de ring een rondje over het koord. Bij iedereen komt de ring langs, tot deze weer bij mij is.

Vervolgens maken we nog een rondje met de ring, maar we mogen de ring niet aanraken. We houden het koord wel vast. Nu maken we een rondje de andere kant op. Kunnen we het rondje ook de andere kant opmaken zonder de ring aan te raken?

### Interventies:

- Geef aanwijzingen aan bewoners. Bijvoorbeeld touw omhoog/omlaag, wat losser laten.
- Varieer met twee ringen in plaats van één. Dit zal als moeilijker worden ervaren. Hierbij is observeerbaar of een bewoner nog overzicht heeft.
- Varieer de grote van de twee ringen. Nu kunnen ze in tegengestelde richting elkaar passeren. Let er wel op dat het cognitieve niveau van de groep voldoende is.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut heeft een structurerende houding. Waak voor de veiligheid als het koord door één of meerdere in de groep heel strak wordt getrokken. Als het op dat moment wordt losgelaten, kan dit pijnlijk zijn voor medebewoners. Observeer de volgende punten: Hoe reageren de bewoners op elkaar? Helpen ze elkaar? Werkt de bewoners samen of neemt hij/zij het over van de ander of laat het aan de ander over?

### Inquiry

Het thema van deze werkvorm is samenwerken. Hoe hebben jullie de samenwerking tot stand gebracht? Non verbaal of verbaal? Hoe is het om met elkaar contact te hebben en samen te werken? Gebeurt dit ook op de afdeling? Tijdens het eten bijvoorbeeld? Geeft samenwerken u nog een bepaald gevoel of zijn er gedachten die bij u opkomen? Ook kunt u wellicht iets in het lichaam ervaren dat veranderd is tijdens de oefening.

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadmintond? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

## Sessie 9

### Benodigheden:

- Pittenzakjes en andere kleine voorwerpen (vijf per bewoner)
- Korf
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

### Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

### A. Pittenzakjes gooien

#### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

#### Thema:

Assertiviteit en grenzen

#### Doel:

Bewoner neemt ruimte in en neemt initiatief.

Bewoners tonen weinig initiatief en nemen daarmee vaak weinig ruimte in. Door dit te stimuleren, kan hun gevoel van eigenwaarde positief beïnvloed worden. Als er ruimte ingenomen mag worden, dan krijgt een bewoner het gevoel dat diegene er toe doet.

#### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Een mand staat in het midden van de kring. Een ieder krijgt vijf pittenzakjes (of andere kleine voorwerpen) per persoon, hou deze nog even vast. In het midden van de kring staat een korf, er kunnen maar vijftien voorwerpen in de mand. Wie pakt zijn/haar kans om de pittenzakjes erin te gooien?

#### Interventies:

- Varieer met een kleiner mikpunt, om de oefening uitdagender te maken.
- Moedig bewoners aan om de pittenzakjes te gooien. Aanmoedig kan ook individueel gericht zijn, als een bewoner telkens afwachtend is.

#### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert een afwachtende attitude. Hierdoor ontstaat er ruimte voor de bewoners om initiatief te nemen en grenzen aan te geven. De therapeut houdt het overzicht van de groepsdynamiek en stuurt daar waar nodig aan om te voorkomen dat bewoners ondergesneeuwd worden. Er kan gelet worden op: Wie gooit zijn zakjes in de mand? Wie bewaakt de grens van vijftien voorwerpen? Hoe geeft iemand zijn grens aan? Kan de bewoner het overzicht behouden en heeft hij/zij in de gaten hoeveel zakjes er in de mand liggen?

#### Inquiry

Assertiviteit en grenzen, dat zijn de thema's van deze werkvorm. Heeft u uw grenzen aangegeven? En bent u assertief geweest? Wat merkt u op in het al dan niet aangeven van uw grens? In gedachten, gevoelens, lichamelijke sensaties? Hoe is dit voor u op uw woonvorm? Kunt u daar een grens aangeven en u assertief opstellen? Of kent u iemand die dat goed kan?

### B. Jacobson

#### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kring

### Thema:

Spanning en ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd en leren omgaan met stress.

Door zich bewust te worden van het verschil tussen spanning en ontspanning, kan de spanning afnemen. Als de basisspanning bij een bewoner lager is, is de kans op probleemgedrag kleiner.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Probeer u af te sluiten van de omgeving en te concentreren op uw lichaam. Dit mag met de ogen dicht. We doen een aantal ontspanningsoefeningen waarbij we de spieren aanspannen en loslaten.

1 Maak een vuist van de rechter en linker hand. Probeer de vuist met opbouw van kracht te spannen.

Acht tellen vasthouden en ontspannen. Richt uw aandacht op de ontspanning en het verschil tussen in- en ontspanning.

2 Til uw schouders omhoog richting uw oren. Probeer ze opbouwend zo hoog mogelijk op te tillen.

Acht tellen vasthouden en ontspannen. Richt uw aandacht op de ontspanning en het verschil tussen in- en ontspanning.

3 Houd uw buik in. Probeer opbouwend uw buik zover mogelijk in te houden. Acht tellen vasthouden en ontspannen. Richt uw aandacht op de ontspanning en het verschil tussen in- en ontspanning

4 Span uw bovenbeenspieren door uw knieën naar achter te duwen. Probeer dit op te bouwen in kracht. Acht tellen vasthouden en ontspannen. Richt uw aandacht op de ontspanning en het verschil tussen in- en ontspanning.

5 Span uw kaakspieren door uw tanden op elkaar te knijpen. Probeer dit op te bouwen in kracht. Acht tellen vasthouden en ontspannen. Richt uw aandacht op de ontspanning en het verschil tussen in- en ontspanning.

### Interventies:

- Om het aanspannen duidelijker te maken, kan een bewoner een voorwerp krijgen om in te knijpen, duwen of bijten.
- Ter ondersteuning als therapeut adem inhouden bij aanspannen, hard uitblazen bij ontspannen.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut is directief tijdens de instructies. Als therapeut is het erg lastig om te controleren of de bewoner ook daadwerkelijk zijn spieren loslaat. Een duidelijke uitleg vooraf is belangrijk. Er kan geobserveerd worden hoe de bewoner omgaat met ontspanning; In hoeverre kan de bewoner zijn spieren aanspannen? Kan de bewoner waargenomen verschillen/sensaties benoemen?

### Inquiry

Spanning en ontspanning zijn de thema's van deze werkvorm. Kunt u het verschil ervaren tussen spanning en ontspanning? Zijn er delen in het lichaam waarbij u het verschil makkelijker op kunt merken of juist niet? Hoe voelt u lichaam na de werkvorm? Ervaart u ontspanning? Hoe voelt dat voor u in uw lichaam? En zijn er ook bepaalde gedachten of gevoelens die bij u opkwamen tijdens of na Jacobson?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadmintond? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

# Sessie 10

## Benodigheden:

- Verschillend materiaal (12 voorwerpen; ballen, zakjes, pylonen, knuffel, lintjes, ringen)
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Been zwaaien

### Opstelling:

Staand achter hun stoel in een kring

### Thema:

Evenwicht

### Doel:

Bewoner doet positieve ervaringen op wat betreft het eigen lichaam en eigen kunnen.

Bewoners hebben weinig contact met het lichaam, zijn uit zichzelf minimaal in beweging. Door letterlijk in beweging te komen, wordt een bewoner zich bewust van het lichaam. Als het lukt de oefening staand uit te voeren, kan dit veel vertrouwen geven. Daarnaast gaat het om het ervaren wat de eigen mogelijkheden zijn.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Ga achter uw stoel staan en hou de stoel met één arm vast. We gaan de volgende oefeningen ongeveer twee minuten doen. De eerste oefeningen zwaaien we ons linkerbeen naar voren en achter. Mocht u zich niet stevig genoeg kunnen vasthouden, dan kunt u ook een tafel gaan staan, die blijft meestal steviger staan. Nu zwaaien we met ons rechterbeen naar voren en achteren.

Vervolgens zwaaien we het linkerbeen naar buiten en binnen (ab- en adductie). Hou de stoel of tafel weer vast ter ondersteuning. Dat doen we ook met het rechterbeen, van buiten naar binnen zwaaien.

Nu gaan we onze knie heffen. Eerst onze linkerknie, hef uw been telkens omhoog en omlaag. Als het zwaar wordt, zet dan even het been neer om te rusten. Ga vervolgens weer verder met knie van het linkerbeen. Zoek bij het heffen van de knieën ondersteuning bij de stoel of tafel. En nu met onze rechterknie, hef het been telkens omhoog en omlaag.

Als laatste tillen we ons linkerbeen een klein beetje van de grond en draaien kleine rondjes met de voet. Hou u weer vast aan de stoel of tafel bij het draaien. Hetzelfde doen we met het rechterbeen, we draaien rondjes met de voet.

### Interventies:

- Doe alle oefeningen voor, zodat bewoners een voorbeeld hebben.
- Vraag bij de bewoners na: Hoe is het om deze oefening te doen? En wat doet u als u uit evenwicht raakt? Herkent u dit uit andere situaties?
- Indien een bewoner in rolstoelafhankelijk is, laat de bewoner de oefeningen met de armen uitvoeren (zwaaien, ab- en adductie, strekken, fietsen met de handen).
- Laat fysiek sterke en motorisch ontwikkelde bewoners een gewichtje in de hand nemen voor meer uitdaging. Hierdoor wordt het moeilijker om evenwicht te kunnen behouden en zal er meer beroep worden gedaan op de spierspanning van de bewoner.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert een rustige structurerende attitude. Aangezien het risico om te vallen bij ouderen hoger is, is het voor de therapeut van belang om alert te zijn op de veiligheid. Ook dient de therapeut van te voren in te schatten of de oefening haalbaar is voor de bewoner, indien dit niet is,



kan het zwaaien met de armen gedaan worden of zittend vanuit de stoel. Observeer het volgende: Geeft de bewoner zijn grens aan wanneer de oefeningen teveel worden? Hoe anticipeert de bewoner op uit evenwicht raken?

#### Inquiry

Evenwicht is een thema dat voor veel ouderen speelt. Denk aan de verminderde balans met in sommige gevallen vallen tot gevolg en lopen met hulpmiddelen. Welke rol heeft evenwicht in uw leven? Speelt evenwicht een rol op de afdeling? Tijdens de zorgmomenten of andere momenten?

### **B. Keuzevrijheid en creativiteit**

#### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kring

#### Thema:

Hulp vragen en initiatief

#### Doel:

Bewoner neemt initiatief.

Om een bewoner te activeren is het nemen van initiatief belangrijk. Bewoners hebben veelal een passieve houding als gevolg van de dementie.

#### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. In het midden van de kring heb ik allerlei voorwerpen neergelegd. Om de beurt kiest een ieder een voorwerp uit. We bespreken dan waarom u het voorwerp hebt gekozen, wat we met het voorwerp zouden kunnen doen. En dan gaan we de activiteit uitvoeren. Wie wil als eerste een voorwerp uitkiezen?

#### Interventies:

- Nodig bewoners uit om een voorwerp te kiezen, start met een open vraag en wijs uiteindelijk bewoners aan als zij niet uit zichzelf een voorwerp kiezen.
- Geef complimenten als bewoners hulp vragen en initiatief nemen, stimuleer het op deze manier.
- Stimuleer hulpvragen, indien een bewoner niet zelf in staat is om een voorwerp te pakken.

#### Aandachtspunten voor de therapeut:

De attitude van de therapeut is in eerste instantie afwachtend. Na het pakken van het voorwerp kan de therapeut een meer directieve houding aannemen, waarbij de therapeut vragen stelt. Bij het bedenken van een activiteit kan de therapeut een helpende/ondersteunende houding aannemen, als het de bewoner niet zelf lukt om een activiteit te bedenken. De therapeut kan observeren wie er initiatief neemt in het pakken van materialen. Wie er hulp aan iemand anders vraagt.

#### Inquiry

Hulp vragen en initiatief nemen, het thema van deze werkvorm. Heeft u initiatief genomen in deze werkvorm. Wat merkte u op toen u gevraagd werd initiatief te nemen? Welke gedachten, gevoelens of lichamelijke sensaties ervaart u daarbij? En veranderde dit nadat u initiatief genomen heeft? Neemt u ook initiatieven op de afdeling?

### **C. Ballontennis**

#### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

#### Thema:

Ontspanning

#### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadminton? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

### Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

### **Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

# Sessie 11

## Benodigheden:

- Hoepel
- Pittenzakjes
- Bal
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Pittenzakjes door de ruimte

### Opstelling:

Zittend op stoelen naast elkaar in een rij of een halve cirkel

### Thema:

Ruimte

### Doel:

Bewoner oriënteert zich in de ruimte in en maakt zelfstandig keuzes.

Om desoriëntatie tegen te gaan, helpt het bewust worden van de ruimte door de aandacht te verleggen in de ruimte. Daarnaast is het uitspreken van wensen of voorkeuren van bewoners belangrijk, om de autonomie te stimuleren.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Deze grote hoepel ga ik voor jullie neerleggen op de grond. Jullie krijgen om de beurt drie pittenzakjes. Gooi de drie pittenzakjes in de hoepel. De hoepel verplaats ik nu naar een andere plek in de ruimte. Jullie blijven gewoon zitten. Probeer nu weer de drie pittenzakjes, die ik je geef in de hoepel te gooien. Als laatste leg ik de hoepel neer op de grond waar jullie dat graag willen. We spelen weer om de beurt. Aan het begin van de beurt vraag ik waar je de hoepel graag wilt hebben in de ruimte. Hebt u een idee? Wijs maar aan!

### Interventies:

- Varieer tussen uitnodigen en aanwijzen van bewoners om aan de beurt te zijn.
- Varieer in aantal keer gooien per ronde afhankelijk van het aantal bewoners.
- Begeleid bewoners als zij het lastig vinden een keuze te maken met de plek waarop de hoepel moet komen te liggen.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut gaat sturend en begeleidend te werk. Let erop dat dit een werkvorm is met als thema ruimte. De bewoners verkennen de ruimte waar ze zich bevinden door de hoepel op verschillende plekken te leggen. Om te vermijden dat het hoofdthema mikken wordt, zorgt de therapeut dat de hoepels niet zo komen te liggen dat het gooien te moeilijk wordt. Observeer de volgende punten: Hoe gaat een bewoner met de ruimte om? Heeft de bewoner overzicht? Kan diegene zich oriënteren in de ruimte? Hoe gaat een bewoner om met het maken van keuzes, is het mogelijk om diens wensen (non-)verbaal duidelijk te maken?

### Inquiry

Het thema van deze werkvorm is ruimte. In de werkvorm hebben we de ruimte om ons heen gebruikt. Welke ruimte heeft u gebruikt tijdens de werkvorm? Hoe is het voor u wanneer de ruimte waarin de werkvorm mag plaatsvinden vergroot wordt? Zijn er bepaalde gevoelens of gedachten? Of voelt u in u

lichaam veranderingen op het moment dat de ruimte vergroot wordt? Wat merkt u wanneer u een keuze moet maken? Heeft de grote ruimte hier invloed op?

## **B. Ja – Nee bal**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kring

### Thema:

Macht versus onmacht en frustratie

### Doel:

Bewoner leert omgaan met frustraties en maakt zijn mening kenbaar.

Het rekening houden met een ander kan lastig zijn voor bewoners. Als een ander iets niet wil, kan dit frustraties opleveren. Er wordt mee geoefend op een gereguleerde manier. Daarnaast geeft deze oefening mogelijkheden om de eigen mening uit te spreken, wat de autonomie stimuleert.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. We gaan de bal naar elkaar overgooien met een stuit. Dit is de oefenronde, zodat we allemaal weer even kunnen voelen hoe het is om naar elkaar te gooien.

Nu komt er een regel in het spel: Voor u gooit, maakt u eerst contact met de ander naar wie u wilt gooien. Contact maken kunnen we zowel verbaal door te spreken als non-verbaal, door middel van wijzen en oogcontact.

Iedereen is meerdere malen aan de beurt geweest. Er komt nog een regel in het spel: Als ontvanger zegt u 'ja' als u de bal wél wilt hebben. U zegt 'nee' als u de bal niét wilt ontvangen.

### Interventies:

- Varieer in kringgrootte, pas dit aan op het niveau van de bewoners. Meestal is het in een kleinere kring gemakkelijker om contact te maken, in een grotere kring wordt het vaak als lastiger ervaren.
- Herhaal de opdracht als een bewoner dit lijkt te zijn vergeten.
- Vraag bewoners: Hoe is het om ja of nee te zeggen? Is er verschil tussen ja en nee zeggen?
- Vraag, als de bal wordt gegooid terwijl een bewoner nee zegt of ja zegt en de bal niet krijgt: Wat vind je ervan als je een bal krijgt terwijl je nee zegt of de bal niet krijgt als je ja zegt?

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert in eerste instantie een afwachtende houding, maar deze wordt naarmate de werkvorm vordert meer directief en sturend. De therapeut zorgt ervoor dat het spel rustig verloopt. Het gevaar kan zijn dat er met te veel kracht de bal wordt gegooid, waar andere bewoners van schrikken. Observeer het volgende: Begrijpt de bewoner de opdracht? Is er een verschil tussen ja en nee zeggen? Wat gebeurt er als iemand de bal niet wilt hebben toch krijgt en vice versa? Is er sprake van onmacht, macht of frustratie?

### Inquiry

Het thema van deze werkvorm is macht versus onmacht, en frustratie. Hoe vindt u het om *ja* te zeggen tegen de bal die komt? Merkt u iets anders wanneer u *nee* zegt? Wat merkt u op als u aangeeft de bal niet te willen ontvangen, maar deze toch toegegooid krijgt? Heeft u bepaalde lichamelijke sensaties bij deze werkvorm? Of gedachten en gevoelens die opkomen? Ervaart u weleens onmacht en frustratie op de afdeling?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadminton? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

**Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.

# Sessie 12

## Benodigdheden:

- Stok (voor elke bewoner één)
- Ring
- Scoops
- Bal voor de scoops
- Badmintonrackets (bij voorkeur met korte steel; voor elke bewoner één)
- Ballon

## Inleiding:

Heet iedereen welkom. Start met R.O.B. (realiteit oriëntatie benadering) door te benoemen op welke locatie we nu zijn, hoe laat het is, en eventueel een actualiteit die spreekt voor deze doelgroep. Vraag vervolgens naar hoe het met een ieder gaat. Hoe voelt u zich? Hoe gaat het op dit moment? Hoe zit u erbij?

## A. Ring doorgeven met de stok

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kring

### Thema:

Samenwerking

### Doel:

Bewoner geeft zijn mening met betrekking tot de woonomgeving.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Aan een ieder deel ik nu een houten of een kunststof stok uit. We gaan met de aandacht naar de stok. Wat is het voor een materiaal? Voelt het warm of koud aan? Is het licht of zwaar? Welke kleur heeft de stok? Wat kunt u met het materiaal? Welk geluid maakt het als u erop klopt? We gaan nu met de stokken deze kleine ring doorgeven. U doet de ring om de stok en geeft de ring door aan de buurman of buurvrouw die links van u zit; we gaan met de klok mee. Wanneer de ring valt, doen we deze weer op de stok en gaan we verder.

Nu proberen we de ring de andere richting op door te geven. Kunnen we de ring ook de andere kant op doorgeven met de stokken; tegen de klok in?

### Interventies:

- Complimenteer bewoners met de samenwerking.
- Moedig bewoners aan.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut neemt een sturende en directieve attitude aan. In deze oefening worden harde stokken gebruikt, waarborg als therapeut de veiligheid. Let op dat het materiaal niet op een gevaarlijke manier gebruikt wordt.

### Inquiry

Dit is een werkvorm waarbij samenwerken centraal staat. Heeft u verbaal of non verbaal contact gemaakt met anderen? Merkte u iets bij uzelf op tijdens het samenwerken? Hoe is het voor u om samen te werken? Op de woonvorm waar u woont, wordt daar samengewerkt?

## B. Actief ontspannen door massage

### Opstelling:

Zittend op stoelen in een kleine kring

Thema: Spanning en ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning afneemt.

Massage kan erg ontspannend werken. Als de basisspanning bij een bewoner lager is, is de kans op probleemgedrag kleiner. Daarnaast wordt een bewoner zich bewust van zijn lichaam tijdens het masseren.

### Uitleg aan groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm en vraagt een ieder of deze op dit moment spanning ervaart. We gaan nu een ontspanningsoefening doen. Deze vorm van ontspanning wordt ook wel actieve ontspanning genoemd. We starten met het masseren van je hoofd met de vingertoppen. Beweeg uw vingers alsof er regen op uw hoofd en in uw gezicht valt. Maak vervolgens kommetjes van uw handen en beklop hiermee de armen, van boven naar beneden, van binnen naar buiten. Doe dit ook met uw borst, buik (om uw navel heen), en onderrug (niet op de wervels). Maak vervolgens vuisten van uw handen en beklop hiermee uw benen. Zachtjes op de scheenbeen, wat harder op de dijbenen. Vraag aan een iemand anders of die op uw bovenrug wil bekloppen. Geef aan hoe hard of zacht u wilt dat de ander op uw rug klopt. Als u bij de ander op de bovenrug klopt, maak dan van uw handen een kommetje.

### Interventies:

- Indien bewoners fysiek niet in staat zijn om hun benen te masseren, laat hen dan nogmaals het bovenlichaam masseren.
- Vraag achteraf: Wat voelde u tijdens de oefening in uw lichaam? Welke tekenen van ontspanning zijn waarneembaar? Zwaar / Tinteling / Warm / Koud?
- Het ervaren van spanning kan aangegeven worden op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 volledig ontspannen en 10 geheel gespannen is.

### Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut hanteert een directieve attitude. Observeer het volgende: Begrijpt de bewoner de oefening? Kan een bewoner ontspannen tijdens de oefening? Wat voelt een bewoner? Kan diegene dat onder worden brengen?

### Inquiry

Het thema van deze werkvorm is spanning en ontspanning. Ervaart u een verschil hoe u er nu bij zit ten opzichte van de start van deze actieve ontspanningsmassage? Kunt u veranderingen in u lichaam benoemen? Of hoe u lichaam op dit moment aanvoelt? Is het voor u mogelijk om deze werkvorm ook (zelfstandig) uit te voeren op de afdeling?

## **C. Ballontennis**

### Opstelling:

Zittend op stoelen in de kring

### Thema:

Ontspanning

### Doel:

Bewoner ontspant, zodat de spanning verlaagd.

Het beleven van plezier is een belangrijke factor in het ontspannen bij bewoners. Als zij minder gespannen zijn, is de kans op probleemgedrag ook minder.

### Uitleg aan de groep:

De therapeut start met het noemen van het thema en het doel van deze werkvorm. Iedereen heeft een racket. Wie heeft er wel eens gebadminton? We gaan met elkaar deze ballon overslaan. Probeer de ballon van de grond te houden.

### Interventies:

- Geef de opdracht om te tellen, dit om competentiebeleving te vergroten.

Aandachtspunten voor de therapeut:

De therapeut doet mee aan het spel, maar heeft een afwachtende attitude. De bewoners zijn zelf verantwoordelijk voor de ballon en het spel. Let op: Wie neemt er initiatief om de ballon te pakken? Wordt er plezier beleefd tijdens het spel? Hoe reageert iemand wanneer de ballon op de grond komt?

Inquiry

Merkt u spanning of ontspanning op het in het lichaam? Kunt u vertellen hoe dat voor u voelt? Zwaar in het lichaam, tintelingen, loom, slaperig, etc.. Voor iedereen is dat weer anders. Heeft het slaan tegen de ballon invloed op uw stemming?

**Afsluitend:**

Bedankt voor de deelname. Wat hebben jullie het afgelopen uur ervaren? Als we teruggaan naar het begin van het uur en hoe het toen met u ging. Is er iets veranderd? In hoe u zich voelt, of uw stemming?

Therapeut eindigt zoals deze ook gestart is met een kort stukje R.O.B, door te benoemen wat de tijd nu is, waar de bewoners heengaan, wat er vervolgens op het programma staat etc..

Let op: De therapeut past de R.O.B. bij het welkom heten en de afsluiting toe. Conform de doelgroep zal de therapeut gedurende de sessies voornamelijk een validerende benadering toepassen.