

PMT in groepsverband ter vermindering van teruggetrokken en passief gedrag bij ouderen

Cindy van den Bogert, Federico Buma, Suzanne de Lange, Femmy van der Voort, Ruth The (2015)

Zorgprogramma Ouderen; SAS (Stemmings-, angst- of somatoforme stoornis) en cognitieve stoornis

Prototype werkwijze Supportief –pragmatisch structurerend

Probleemomschrijving

Probleem

De Nederlandse bevolking kent een toenemend aantal mensen ouder dan 65 jaar. Een hoge leeftijd gaat vaak gepaard met verschijnselen die de kwaliteit van het leven ernstig aantasten. Te denken valt aan onder andere geheugenstoornissen, chronische ziekten, spierzwakte, gebrekkige visus en gehoor. Deze verschijnselen beperken het functioneren in het dagelijks leven (Mast, Heeren, Kat, Vandenbulcke & Verhey, 2010). Daarnaast wordt het sociale netwerk vaak kleiner, neemt het aantal sociale rollen af en vindt herbezinning op het leven plaats (Deeg, Comijs, Thomése & Visser, 2009; Kempen & Deeg, 2010). Waar sommige ouderen tot op hoge leeftijd, ongeacht ziekte of aandoening, redelijk blijven functioneren, lukt het anderen niet zich aan te passen aan de veranderende mogelijkheden en omstandigheden. Wanneer ouderen onvoldoende in staat zijn om te anticiperen op tegenslagen in het leven, kunnen problemen ontstaan, zoals gebrek aan motivatie, initiatiefverlies en depressie (Bergsma, 2002; Trouillet, Gana, Laurel & Fort, 2009). Dit kan leiden tot teruggetrokken en passief gedrag.

Spreiding

Het aantal ouderen in Nederland neemt toe: in 2013 was 16,8% van de bevolking 65 jaar of ouder (CBS, 2013), in 2030 zal dit oplopen tot 24,3% (Mast et al., 2010). Ook het aandeel ouderen op de totale bevolking wordt groter. Met het toenemen van de leeftijd zal ook het aantal mensen dat te maken krijgt met functieverlies toenemen (Deeg et al., 2009).

Gevolgen

Teruggetrokken en passief gedrag bij ouderen leidt tot toename van lichamelijk functieverlies. Door toename van lichamelijke beperkingen is de oudere minder goed in staat zich in het dagelijks leven staande te houden. Het leidt tot vermindering van deelname aan sportieve activiteiten, een kleiner sociaal netwerk en afgenomen sociaal functioneren. De afhankelijkheid van anderen, zoals mantelzorg en professionele hulpverlening, wordt groter. Het risico op vallen neemt toe, evenals de kans op chronische depressie en eenzaamheid. De kosten van de gezondheidszorg en zorgvoorzieningen zullen stijgen (Deeg et al., 2009).

Doelgroep

Mensen van 65 jaar of ouder, die door toename van de leeftijd geconfronteerd worden met veranderingen in hun fysiek, cognitief of sociaal functioneren en hierop reageren met passief en teruggetrokken gedrag.

Indicaties

- Cliënt komt weinig tot niet in beweging (hoewel lichamelijk daar wel toe in staat);
- Cliënt toont weinig tot geen initiatieven;
- Cliënt trekt zich terug uit sociale contacten en activiteiten.

Contra-indicaties

- Cliënt is gedragsmatig niet in staat om in een groep te functioneren (bijvoorbeeld vanwege persoonlijkheidsproblematiek, ernstige depressie of ernstig trauma);
- Cliënt is dermate fysiek beperkt dat bewegen in groepsverband onmogelijk is;
- Cliënt heeft ernstige cognitieve stoornissen (MMSE score < 18).

Selectie

Deelnemers worden geïndiceerd door de hoofdbehandelaar van de betreffende instelling. Voorafgaand aan deelname aan de groep vindt een intake met de psychomotorisch therapeut plaats. Doelen van de intake zijn probleeminventarisatie en vaststellen van concrete doelen voor vaktherapie-PMT.

Doelen

Hoofddoel

Cliënt komt vaker in beweging, onderneemt meer, toont meer initiatief en heeft meer sociale contacten.

Subdoelen

1. Cliënt doet positieve lichamelijke ervaringen op (meten door afnemen van Dresdner Körperbild Fragebogen (DKB-35, Pöhlmann, Mück-Weyman, Gruss & Joraschky, 2004) waarbij onder andere ervaren vitaliteit, zelf acceptatie en fysieke nabijheid gemeten wordt).
2. Cliënt komt zowel tijdens de vaktherapie-PMT als daarbuiten vaker in beweging (meten door aantal veel voorkomende lichamelijke activiteiten uit te vragen (Deeg et al., 2009).
3. Cliënt kan voor zichzelf doelen stellen op het gebied van bewegen, activiteiten en sociale contacten en kan zich inspannen om dit doel te bereiken.
4. Cliënt ervaart meer controle en grip op eigen mogelijkheden en situatie en hierdoor op eigen leven (mastery: te meten door 5 itemschaal, afgeleid van Pearlin & Schoolermastery schaal; Deeg et al., 2009).
5. Cliënt gaat uit zichzelf meer contact aan met groepsleden, therapeut en anderen (domein contactmethode om veranderingen hierin te objectiveren; Deeg et al., 2009).
6. Cliënt kiest voor een hogere moeilijkheidsgraad bij dezelfde oefeningen aan het einde van de therapie (circuit in de eerste en de laatste sessie, waarbij de cliënt bij elke oefening uit drie niveaus kiest).

Beschrijving van de interventie-aanpak

Opzet van de interventie

De vaktherapie-PMT vindt plaats in groepsverband waarbij de cliënten wekelijks een uur vaktherapie-PMT volgen gedurende 12 weken.

Inhoud van de interventie

De directe concrete ervaring van de cliënt met het eigen lichaam in beweging en de groepsgenoten is steeds het uitgangspunt om tot verandering te komen. De therapeut kan de situatie zo inrichten en beïnvloeden dat de cliënt kan experimenteren met nieuwe gedragsalternatieven. Door de manier waarop de oefeningen worden aangeboden, onder andere door de intensiteit van bewegen en keuze van de spelregels, kan worden aangestuurd op de gewenste ervaring. De opgeroepen ervaring wordt in de persoon verankerd door herhaling.

De interventie bestaat uit twee fasen:

Fase 1 (sessie 1-6)

In deze fase ligt de focus van de vaktherapie-PMT op het letterlijk in beweging komen en de concrete lichamelijke ervaring. Er wordt gewerkt aan de eerste twee subdoelen: de cliënt doet in deze fase positieve ervaringen op en komt tijdens de vaktherapie-PMT vaker in beweging. De therapeut kiest hiervoor relatief makkelijke, dus haalbare, werkvormen (Esposito, Gendolla, van der Linden, 2013) die relatief weinig negatieve fysieke symptomen (pijn, buiten adem raken e.d.) op zullen roepen (Warner, Schüz, Knittle, Ziegelmann & Wurm, 2011). De mogelijkheden en de onmogelijkheden van het eigen lichaam kunnen door de oefeningen opnieuw ontdekt en ontwikkeld worden (Bergsma, 2002).

De volgende thema's komen aan bod:

- In beweging komen;
- Bewustwording van de signalen en mogelijkheden van het eigen lichaam;
- Ademhaling als signalering gebruiken voor de eigen lichamelijke mogelijkheden en grenzen;
- Ervaren van de eigen kracht/mogelijkheden;
- Succeservaring door haalbare opdrachten;
- Ontspanning.

Fase 2 (sessie 7 – 12)

De aandacht binnen de therapie wordt verlegd naar het contact dat cliënt heeft met zijn omgeving (materiaal, medecliënten en therapeut) en het eigen gedragsrepertoire. De oefeningen die in deze fase aan bod komen, leiden tot:

- Adequaat inschatten van mogelijkheden van het lichaam (bijvoorbeeld aan de hand van inschattingscircuit);
 - Ervaren van controle en grip op eigen mogelijkheden en de situatie;
 - Samenwerken, waarbij contact maken een voorwaarde is;
 - In de nabespreking transfer maken van het geleerde naar situaties buiten de therapieruimte.
- Zoals bovenstaand beschreven, staan de eerste twee subdoelen in de eerste fase van de therapie centraal. In de tweede fase wordt in de therapie ook aan subdoel 3 tot en met 6 gewerkt.

Rol van de therapeut

De houding van de therapeut is steunend en structurerend. De therapeut stimuleert, moedigt de cliënten aan en geeft positieve feedback. Door de geboden structuur en duidelijkheid wordt een veilige omgeving gecreëerd. Met name in de beginfase van de behandeling zal het motiveren van de cliënt aandacht en energie vragen om de passiviteit te doorbreken (Bergsma, 2002). Psycho-educatie is van belang om de cliënt de fysieke sensaties die door de oefeningen worden opgeroepen juist te laten interpreteren. Dit om te voorkomen dat misinterpretatie van deze sensaties door de cliënt, leidt tot gevoelens van bedreiging of onvermogen (Warner et al., 2011).

Materialen

Diverse sport- en spelmaterialen, meetinstrument voor lichaamsbeleving, registratieformulieren om (verandering in) beweging, sociale contacten en dergelijke te registreren en meten.

Onderbouwing

Factoren die het probleem veroorzaken

Uit onderzoek blijkt dat niet alleen de ernst van een ziekte en aanwezige beperkingen bepalend zijn voor het functioneren van een oudere, maar dat ook factoren als gevoel van competentie (self efficacy) en controle op het eigen leven (mastery) een belangrijke rol spelen. Door negatieve ervaringen, verminderd gevoel van sociale steun en verhoogde stress en pijnklachten ten gevolge van veroudering, kunnen ouderen minder vertrouwen krijgen in hun vermogen om met situaties om te gaan (self efficacy) en neemt het gevoel dat zij grip op hun omgeving hebben af (mastery). Hierdoor trekken ouderen zich eerder terug uit activiteiten, gaan situaties vermijden, stellen doelen en verwachtingen (te ver) naar beneden bij. Daarbij neemt het risico op het ontstaan van een depressie toe (Esposito et al., 2013; Trouillet et al., 2009).

Factoren die door middel van de interventie aangepakt worden

De psychomotorische interventie richt zich op het verminderen van teruggetrokken en passief gedrag. De cliënt doet tijdens fase 1 van Vaktherapie-PMT positieve lichaamservaringen op, waardoor een positiever beeld van zichzelf en de eigen mogelijkheden ontstaat. Daarnaast ervaart de cliënt in fase 2 van de therapie aan den lijve dat het mogelijk is invloed uit te oefenen op de (spel) situatie. Hierdoor neemt het gevoel van de ervaren competentie en controle toe. Door toename van het competentiegevoel, zal ook de motivatie van de cliënt om deel te nemen groter worden. De cliënt zal voor zichzelf duidelijker doelen durven stellen en de cliënt zal zich meer inspannen om het doel te bereiken (Esposito et al, 2013). De cliënt voelt zich beter in staat om het gedrag dat hij of zij wil realiseren, ook daadwerkelijk te realiseren en hierdoor te ervaren dat het mogelijk is invloed op de eigen situatie uit te oefenen. Gevoelens van competentie en controle zijn significant voorspellend voor de zelfredzaamheid van de oudere later in het leven (Kempen, 2009).

Theoretische verantwoording

Vanuit de sociaal cognitieve leertheorie van Bandura (1997) wordt de mens gezien als lerend wezen waarbij leren ontstaat door interactie tussen gedrag (van de betreffende persoon), de omgeving en persoonlijke factoren (biologische, cognitieve en affectieve). Onvermogen om invloed uit te oefenen over dingen die het leven negatief beïnvloeden leidt tot spanning, bezorgdheid, apathie of wanhoop. Als men de overtuiging heeft dat men niet in staat is om bepaalde resultaten te behalen, zal men geen poging doen om doelen te stellen en te bereiken (Bandura, 1997; Esposito et al., 2013).

Afname in uithoudingsvermogen en functionele gezondheid bij ouderen worden te vaak alleen aan biologische veroudering toegeschreven. Verminderd vertrouwen in eigen fysieke mogelijkheden en negatieve vooroordelen en stigmatisering ten aanzien van ouderdom, spelen ook een belangrijke rol. Het kan leiden tot een neerwaartse spiraal van afnemend gevoel van competentie, verminderd cognitief en

gedragmatig functioneren, waardoor men minder gaat ondernemen en minder moeite doet bij de activiteiten die men nog wel onderneemt. Dit leidt tot verdere achteruitgang in functioneren, verdere onzekerheid over mogelijkheden, verminderde motivatie en interesseverlies (Bandura, 1997; Esposito et al., 2013). Om deze negatieve spiraal te doorbreken is het nodig om de persoon te laten ervaren dat deze wel degelijk controle kan uitoefenen om zo het vertrouwen in de eigen competentie weer te vergroten. Ondanks dat verbale en sociale overreding enig effect hebben op gedrag, is ervaren de basis voor verandering. Ervaren controle die tijdens therapie gestructureerd aangeboden wordt om vaardigheden te ontwikkelen om met situaties om te gaan, biedt een overtuigend bewijs dat men daadwerkelijk controle kan uitoefenen over moeilijke situaties (Bandura, 1997).

Werkzame elementen op grond van praktijkervaring en literatuuronderzoek

Werkzame elementen van vaktherapie-PMT zijn:

- (Opnieuw) vertrouwd raken met de eigen lichamelijke (on)mogelijkheden;
- Letterlijk weer in beweging komen;
- Succeservaringen in bewegingsituaties; hierdoor kan een cliënt meer zelfvertrouwen ontwikkelen, meer controle ervaren over het eigen lichaam en handelen en zich meer competent voelen;
- Ervaren dat men in staat is om doelen te bereiken;
- Contact maken met anderen.

Het stellen van haalbare doelen en het geven van positieve feedback versterkt het gevoel dat men competent genoeg is en dit kan somberheidsklachten doen verminderen (Esposito et al, 2013).

In de behandeling is het belangrijk om het lichaam in plaats van een ding (dat door veroudering onbetrouwbaar aan het worden is) weer een deel van het zelf te laten worden. Dit gebeurt door ontdekken, experimenteren en het leren kennen van de (on)mogelijkheden van het lichaam. Hierbij is het gevoel van controle hebben over het lichaam en over het eigen handelen belangrijk (Bergsma, 2002). Dit kan men zien als het vergroten van de lichamelijke self efficacy.

Vaktherapie-PMT voor ouderen met passief en teruggetrokken gedrag vindt plaats in groepsverband.

Door de therapie in een groep aan te bieden, wordt de mogelijkheid geboden tot onderlinge interactie en het delen en uitwisselen van ervaringen. Daarnaast blijkt dat het zien van het resultaat van gedrag van anderen de inschatting van de eigen competentie in vergelijkbare situaties positief kan versterken (Bandura, 1997; Bergsma, 2002).

Samenvatting

Veroudering leidt tot diverse verlieservaringen, maar zoals door Bandura (1997) gesteld wordt, zijn het niet zozeer de verlieservaringen zelf, maar de afname in vertrouwen in de eigen mogelijkheden en verminderd gevoel van controle die leiden tot achteruitgang in functioneren. Een verminderd vertrouwen in het eigen functioneren kan leiden tot initiatiefverlies, terugtrekken en passief gedrag. Om dit te doorbreken is het belangrijk dat de cliënt weer aan den lijve ervaart dat hij of zij wel degelijk invloed uit kan oefenen op de situatie om zo het vertrouwen in eigen mogelijkheden te vergroten. Vaktherapie-PMT kan door de ervaringsgerichte aard van de therapie, de cliënt weer vertrouwen geven in de mogelijkheden van het eigen lichaam en in zichzelf.

Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak

Uitvoering

Materialen

Voor werving zijn folders beschikbaar

Organisatorische randvoorwaarden:

- Een rolstoeltoegankelijke therapieruimte van tenminste 40 m²;
- Maximale groepsgrootte: 8 cliënten;
- Materiaal: divers sport- en spelmateriaal, registratieformulieren (ten behoeve van registreren; beweging, sociale contacten e.d.), meetinstrument lichaamsbeleving;
- Multidisciplinaire setting.

Randvoorwaarden voor de cliënt:

Beheersing van de Nederlandse taal is voorwaarde voor deelname zodat instructies en feedback goed begrepen worden

Organisatie

Instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ), dagbehandeling van een verpleeghuis, verpleeghuisbedden binnen verzorgingshuis, Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)

Opleiding en competenties

- Psychomotorisch therapeut, bij voorkeur ingeschreven in het register van vaktherapeuten.
- Affiniteit met de doelgroep.

Kwaliteitsbewaking

Door het afnemen van observatielijsten met betrekking tot self efficacy en objectieve maten, zoals hoeveelheid beweging en sociale contacten in de week wordt de effectiviteit van de behandeling gemeten. De uitkomsten op deze metingen vormen de input voor het evalueren en bewaken van de kwaliteit van deze interventie.

Subtypen

Geen

Literatuur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bergsma, J. (2002). *Lichamelijke verstoring en autonomie; een medisch-psychologische bijdrage*. Maarssen, Nederland: Elsevier gezondheidszorg
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *Bevolking, kerncijfers 21-10-2013*. Geraadpleegd op: <http://statline.cbs.nl/Statweb/>.
- Deeg, D.J.H., Comijs, H.C., Thomése, G.C.F. & Visser, M. (2009). De longitudinal aging study Amsterdam: een overzicht van 17 jaar onderzoek naar verandering in dagelijks functioneren. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 40 (6), 217-227.
- Esposito, F., Gendolla, G.H.E. & van der Linden, M. (2013). Are self-efficacy beliefs and subjective task demand related to apathy in aging? *Aging & Mental Health*. Geraadpleegd op: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.856865>.
- Kempen, R. van & Deeg, D. (2010) Psychosociale aspecten van veroudering. In: R van der Mast, T. Heeren, M. Kat, M. Vandenbulcke. M. & F. Verhey (red.). *Handboek ouderenpsychiatrie* (pp. 69-81). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Kempen, G.I.J.M. (2009). Psychosociale aspecten van gezondheid en zelfredzaamheid bij ouderen: Van determinanten naar interventie. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 40, 253-261.
- Mast, R van der, Heeren, T., Kat, M., Vandenbulcke, M. & Verhey F. (Red.) (2010). *Handboek ouderenpsychiatrie*. Utrecht, Nederland: de Tijdstroom
- Pöhlmann, K., Mück-Weymann, M., Gruss, B. & Joraschky, P. (2004). Der Dresdner Körperbild-Fragenbogen. Entwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Messung des Körperbildes. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 93-100.
- Trouillet, R., Gana K., Lourel, M. & Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: the role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging & Mental Health*, 13(3), 357-366.
- NVPMT (2009). Beroepsprofiel. Geraadpleegd op: <http://www.NVPMT.nl>.
- Warner, L.M., Schüz, B., Knittle, K., Ziegelmann, J.P. & Wurm, S. (2011). Sources of perceived self-efficacy as predictors of physical activity in older adults. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 3(2), 172-192.