

Lichaamstaal en bejegening in de ouderenzorg



Door: Tineke Tilma
Begeleider: Dhr. C. Niks
Beoordelaar: Mevr. G.J.F. Jol
School: Windesheim afdeling School of Human Movement- & Sports
Opleiding: Bewegingsagogie en psychomotorische therapie.
Datum: 23 mei 2008

INHOUDSOPGAVE:

Inhoudsopgave:	2
Voorwoord:	3
Samenvatting	4
Inleiding	5
Probleemstelling	5
Vraagstelling	5
Verantwoording van mijn vraagstelling:	5
Opbouw van de scriptie	5
Functie en rol als pmt-er.	5
Hoofdstuk 1 Casusomschrijving	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Individuele casus	6
Hoofdstuk 2 Diagnostiek	7
2.1 DSM IV	7
2.2 Inleiding	7
2.3 Woonleefdossier	7
2.4 Handelingsstrategieën	7
Hoofdstuk 3 Dementie	8
3.1 Vormen van dementie	8
3.2 Alzheimer	8
3.3 Vasculaire dementie	8
3.4 Ziekteverloop	8
Hoofdstuk 4 Theoretisch kader	8
4.1 Inleiding	8
4.2 Gentle teaching	8
Hoofdstuk 5 Methodieken	9
5.1 Inleiding	9
5.2 Validation therapy	9
5.3 Methode PDL	10
Hoofdstuk 6 Verbinding met BA/PMT	11
6.1 Modaliteiten psychomotorische therapie	11
6.2 Modaliteiten bewegingsagogie	11
6.3 Gedragstherapeutisch kader	11
Hoofdstuk 7 Communicatie	11
7.1 Inleiding	11
7.2 Non-verbale communicatie	12
7.3 Communicatiezones	12
Hoofdstuk 8 Lichaamstaal	13
8.1 Lichaamstaal	13
8.2 Lichaamshouding	13
8.3 Gebaren en gezichtsuitdrukkingen	14
Hoofdstuk 9 Bejegening	14
9.1 Inleiding	14
9.2 Attitude	14
9.3 Zelfreflectie	15
9.4 Samenwerking binnen het team	15
9.5 Inlevingsvermogen	15
Hoofdstuk 10 Workshop	15
Hoofdstuk 11 Terugkoppeling naar de casus	16
Hoofdstuk 12 Conclusie	17
12.1 Inleiding	17
12.2 Antwoord op de vraagstelling	17
Hoofdstuk 13 aanbevelingen	18
Literatuurlijst	19
Bijlagen 1, 2, 3	20 - 24

Voorwoord

Door mijn stage in de ouderenzorg tijdens de opleiding "Sociaal pedagogisch werk" heb ik een affiniteit voor deze doelgroep gecreëerd. De afdeling psychogeriatric sprak mij het meeste aan. Vooral de diversiteit aan ouderen die je er tegenkomt. Je probeert in hun ongeorganiseerde leven structuur en veiligheid te bieden. Daarom heb ik ervoor gekozen om mijn scriptie te richten op de ouderenzorg, omdat ik daar altijd met veel plezier heb gewerkt. Ik heb deze doelgroep nooit losgelaten tijdens mijn studie bewegingsagogie en psychomotorische therapie. Wanneer ik een opdracht kon uitvoeren binnen de ouderenzorg ging ik weer terug naar de Amerhorst, het huis waar ik mijn stage heb gelopen.

Ik ben tot het onderwerp lichaamstaal en bejegening gekomen omdat het vaak onbewust wordt toegepast binnen de zorgverlening. Als je vraagt; waar heb jij opgelet in het contact of hoe heb jij het wel voor elkaar gekregen om de ouderen aan tafel te krijgen voor het eten, dan geven de meeste collega's aan dat ze het eigenlijk niet weten. De collega's denken dan hard na over hoe ze dat hebben gedaan.

Bij deze wil ik het verzorgingshuis de Amerhorst uit Amersfoort bedanken voor hun medewerking. Ik bedank het personeel voor de verkregen informatie en de mogelijkheid die ik daar heb gekregen om te filmen en om daar mijn workshop aan te bieden.

Samenvatting

Lichaamstaal is een onderdeel van non-verbale communicatie. Het communicatieproces bestaat voor 97 % uit non-verbale communicatie. Je zegt veel door je houdingen, intonatie van de stem, gebaren en mimiek. Binnen de zorgverlening is lichaamstaal daarom een belangrijk aspect. Je haalt de meeste informatie uit lichaamstaal als je in contact bent met een dementerende oudere. Het personeel observeert het gedrag van de dementerende oudere vaak wel, maar neemt het niet bewust mee in volgende situaties. Het contact wordt aangegaan op de "automatische piloot" en/of onbewust. Vanwege de tijdsdruk wordt vaak niet naar de gehele context gekeken waarin de ouderen zich bevindt, waardoor miscommunicatie kan ontstaan. Je trekt daardoor verkeerde conclusies.

Door deze informatie ben ik gekomen tot mijn vraagstelling; Welke aspecten van lichaamstaal dient een pmt-er te belichten met betrekking tot bejegening binnen de ouderenzorg om een betere communicatie tot stand te brengen tussen een verzorgende en een cliënt?

De meerwaarde van een pmt-er is dat zij specifiekere hebben leren kijken naar lichaamstaal en vanuit daar een conclusie kunnen trekken. Deze informatie kan een pmt-er daarom goed overbrengen aan het verzorgende personeel. Daarnaast is een pmt-er opgeleid om door middel van bewegingsvormen inzicht te geven in gedrag of nieuw gedrag aan te leren. Door het aanbieden van oefenvormen kan het personeel oefenen met observeren van lichaamstaal. Zelf kan het personeel door oefenvormen ook ervaren hoe het is om aangeraakt te worden en wat een aanraking met een ander kan doen of welke attitude je het beste kan aannemen in het contact.

Het gesproken woord en lichaamstaal komen niet altijd overeen of zijn tegenstrijdig aan elkaar. Uit onderzoek is gebleken dat lichaamstaal eerder wordt geloofd dan gesproken woord. Daarom is het belangrijk dat je lichaamstaal goed observeert in het contact. Via gezichtsuitdrukkingen zijn emoties het beste zichtbaar. Deze kun je niet alleen afleiden uit het houdingsbeeld van de dementerende oudere. Het houdingsbeeld is daar vaak een ondersteuning van. Om de lichaamstaal van de dementerende ouder te leren kennen en begrijpen helpt het om het gedrag te spiegelen. Op die manier kan een zorgverlener zich beter inleven in de situatie van een dementerende oudere.

Naast lichaamstaal is bejegening ook een belangrijk aspect in de zorgverlening aan ouderen. Hoe maak je contact en welke attitude gebruik je daarbij. De dementerende oudere haalt ook informatie uit jouw lichaamstaal. Het is belangrijk om van jezelf te weten hoe je overkomt op anderen. Hiervoor is zelfreflectie nodig. Met zelfreflectie wordt bedoeld; Het nagaan van je eigen denken, voelen en handelen en hoe dat over kan komen op de ouderen. De Roos van Leary kan een handig hulpmiddel zijn om de juiste attitude aan te nemen. In het contact met de dementerende oudere is het erg belangrijk dat je van te voren aangeeft wat je gaat doen. De dementerende oudere kan zich dan beter voorbereiden op wat er komen gaat. Dit heeft een positief effect op de samenwerking.

Tijdens de algemene dagelijkse zorg is er vaak sprake van intiem contact met dementerende ouderen. Daarom is het belangrijk om rekening te houden met hun privacy en grenzen. De samenwerking met het team is binnen bejegening ook een belangrijk aspect om goede zorg te kunnen verlenen. Kritiek en advies geven aan anderen speelt daarin een rol.

Het verloop van de ziekte de Alzheimer is verdeeld in drie stadia. Per stadium is omschreven welke aspecten belangrijk zijn in de omgang met de dementerende oudere. De non-verbale communicatie wordt in het laatste stadium het meeste aangesproken, omdat de dementerende ouderen niet meer kunnen communiceren via woorden.

Bij de Validation therapy is het meegaan in het gedrag van de dementerende oudere het belangrijkste aandachtspunt. Hiervoor is het nodig dat je de non-verbale signalen die de dementerende ouderen uitzendt leert begrijpen en daarop in kan gaan. Gentle teaching is een theoretisch kader. Wederzijdse afhankelijkheid en companionship (liefde kunnen geven en ontvangen) zijn begrippen waarmee gewerkt wordt binnen dit kader. Het observeren van de lichaamstaal geeft informatie over hoe de dementerende oudere zich voelt.

Binnen de bewegingsagogie komt de modaliteit vieren het meeste aanbod binnen de ouderenzorg. De doelen creëren van een ontspannen bewegingssituatie en het richten van je blik op de buitenwereld zijn voor de meeste ouderen van belang. Het oefenen staat niet meer op de voorgrond. In het contact met het verzorgende personeel heb je als psychomotorische therapeut een adviserende en inzichtgevende rol. Je leert hen nieuwe vaardigheden aan en geeft hen inzicht in hun eigen handelen. Het werkt hierdoor uit het gedragstherapeutische kader.

Als psychomotorische therapeut heb je een inzichtgevende en adviserende rol naar het verzorgende personeel als het gaat om bejegening en lichaamstaal. Je zet de begrippen bewegingsbeeld en houdingsbeeld meer op de voorgrond in het observeren van lichaamstaal. Je leert het personeel op een andere manier kijken naar lichaamstaal. Door te oefenen met verschillende attitude's en lichaamshoudingen krijgt het personeel meer zicht op de manier hoe zij de dementerende ouderen bejegenen.

Inleiding

De doelgroep die in mijn scriptie aanbod komt is de ouderenzorg. Het gaat om ouderen die verblijven in een verzorgingshuis, die algemene dagelijkse zorg nodig hebben van verzorgend personeel. De ouderen hebben verschillende redenen waarom ze in het huis wonen: Dementie en fysieke klachten zijn de meest voorkomende oorzaken. De ouderen kunnen hierdoor niet meer zelfstandig wonen. Bij het ouder worden merk je dat het lichaam minder gaat functioneren. De zintuigen gaan minder functioneren, hierdoor wordt het zicht minder en is het gehoor aangetast. Het geheugen vermindert, wat vergeetachtigheid kan veroorzaken. Hartklachten, diabetes en osteoporose komen ook veel voor bij ouderen.

Deze scriptie richt zich op dementerende ouderen. Ouderen met dementie kunnen niet altijd goed duidelijk maken aan het personeel wat ze graag zouden willen. Hierdoor worden zij soms op een verkeerde manier geholpen of krijgen zij niet wat ze hadden gevraagd. Het personeel moet hierdoor soms handelen op de informatie die ze zien en ze kunnen niet altijd navragen wat de bewoner wil. Hierdoor ontstaat er regelmatig een miscommunicatie tussen de bewoner en het personeelslid.

Op psychisch gebied merk je ook veranderingen. De sociale omgeving van de oudere wordt kleiner doordat er steeds meer mensen om hen heen overlijden. Het accepteren van "het ouder worden" staat hierin ook centraal. Veel ouderen gaan terug kijken op het leven wat ze gehad hebben en gaan dat beoordelen. Dit kan soms een negatief effect hebben op de stemming.

Probleemstelling:

Dementerende ouderen krijgen niet altijd zorg op de manier die ze zelf graag zouden willen. De zorg op maat kan verbeterd worden. Communicatie speelt daarin een grote rol, zowel verbaal als non-verbaal. Als pmt-er wordt je opgeleid om het bewegingsbeeld en houdingsbeeld van cliënten te observeren. Deze informatie is ook relevant voor het verzorgende personeel.

Vraagstelling:

Welke aspecten van lichaamstaal dient een pmt-er te belichten met betrekking tot bejegening binnen de ouderenzorg om een betere communicatie tot stand te brengen tussen een verzorgende en een cliënt.

Verantwoording van de vraagstelling:

Het doel van deze scriptie is informatie vanuit observaties over te brengen aan het verzorgende personeel, om zo de zorg te verbeteren aan de ouderen. Op deze manier wordt er meer gekeken naar de signalen die de bewoner uitzendt met zijn houding of uitdrukkingen. Zodat het bewegingsbeeld en het houdingsbeeld van de bewoner meer centraal komt te staan. De resultaten van een literatuurstudie naar lichaamstaal in de hulpverlening en hoe je die kan toepassen in zorgverlening aan ouderen wordt ook weergegeven in het verslag. Het begrip bejegening komt daardoor centraal te staan en wat er daarvoor in het contact met de cliënten en in de omgang met collega's nodig is. In deze scriptie komt aan bod welke aspecten er van belang zijn bij het observeren van lichaamstaal en op welke wijze je deze in een workshop kunt overbrengen aan het personeel.

Opbouw van de scriptie

In het eerste hoofdstuk zal ik mijn vraagstelling verwoorden en de verantwoording van mijn vraag weergeven. De diagnostiek en de casusomschrijving kunt u vinden het in tweede en derde hoofdstuk. Ik zal daarin meer informatie geven over een mevrouw met Alzheimer, een vorm van dementie. In hoofdstuk vier en vijf geef ik u meer informatie of het theoretische kader en de methode die aansluit bij de doelgroep dementerende ouderen. Daarna zal ik u in de hoofdstukken zes tot en met tien verdere informatie geven die relevant is om te vermelden over mijn vraagstelling. Dit zal gaan over communicatie, lichaamstaal en bejegening. In de hoofdstukken geef ik aan welke aspecten belangrijk zijn voor de zorg aan dementerende ouderen. In de laatste twee hoofdstukken vindt u mijn conclusies en aanbevelingen met betrekking tot mijn vraagstelling.

Functie en rol als pmt-er.

Als pmt-er kun je voorlichting training en advies geven aan anderen. De kennis van het theoretisch onderzoek zal door middel van een workshop over gebracht worden aan verzorgend personeel van een verzorgingshuis. Dit zal niet alleen zijn door het aanbieden van een stuk theorie over het onderwerp, maar ook door het doen van oefeningen. Om zo het personeel te laten ervaren hoe het is om in contact te gaan met anderen. Door het te ervaren kunnen ze er tijdens het contact met ouderen bewuster op letten. In bijlage 1 staat beschreven wat precies de aspecten zijn van de voorlichting, het advies en het training geven.

1. Casusomschrijving

1.1 Inleiding

De ouderen komen vanuit de thuissituatie of vanuit een aanleunwoning terecht in een verzorgingshuis, dit omdat zij niet meer in staat zijn om zelfstandig thuis te kunnen wonen. De ouderen komen in een andere woonomgeving met andere regels en gebruiken. Dit is voor alle ouderen een hele onderneming en verandering. Voor ouderen met dementie is de stap vaak nog moeilijker, omdat zij vergeten dat zij de verhuizing hebben gemaakt naar het verzorgingshuis. Ze willen vaak weer terug naar hun "eigen huis". Door de dementie veranderen de ouderen in hun gedrag. Sommige ouderen kunnen zich verbaal niet of niet goed meer verwoorden. Het is daarom erg van belang om de lichaamstaal goed te observeren. Dit is vaak de enige manier waardoor je informatie van de oudere kunt krijgen.

1.2 Individuele casus

(voor deze casus wordt een fictieve naam gebruikt)

Mevrouw Bast is 89 jaar en woont nu twee en een half jaar in het verzorgingshuis op de psychogeriatrische afdeling. In het begin had mevrouw het hier erg moeilijk mee en wilde terug naar haar eigen huis. Ze zag zelf niet in dat ze daar niet meer zelfstandig kon wonen. Ook mistte zij het intensieve contact dat zij had met haar huisgenoot.

Mevrouw heeft dementie in de vorm van Alzheimer en zit in het derde stadium van de ziekte volgens de methode Validation therapy. Dit kan geconcludeerd worden uit het volgende: mevrouw haar korte termijn geheugen is nog matig aanwezig. Ze haalt het heden en verleden door elkaar. Ze herkent alleen de mensen waar ze regelmatig contact mee heeft en haar familie die ze al vanaf vroeger kent. Bij activiteiten waarin de herinnering wordt aangesproken kan mevrouw goed meedoen. Rijmpjes / versjes kent ze allemaal, net als de vragen over hoe het vroeger ging.

Op haar 39^{ste} levensjaar is mevrouw weduwe geworden. Zij en haar man hadden geen kinderen. Daarnaast had mevrouw weinig familie. Zij had één zus en haar man één broer en drie zussen. Het contact met de familie van haar man verwaterde, waardoor ze haar zus en ouders overhield naast een aantal kennissen en vrienden. Mevrouw en haar man hadden een eigen zaak in huisdieren. Daarmee is zij gestopt en ze begon een nieuwe baan als huishoudster in een ziekenhuis. Via het werk kwam zij in contact met een vrouw die woonruimte zocht. Mevrouw had kamers over en bood de vrouw aan om bij haar te komen wonen. Op deze manier heeft mevrouw 45 jaar lang met een vriendin samengewoond. Samen zijn zij naar het verzorgingshuis gekomen en ze konden zo het contact onderhouden. Onlangs is de vriendin van mevrouw overleden. Mevrouw is vergeten dat de vriendin overleden is. Ze vraagt steeds waar haar vriendin is. Het personeel zegt dan tegen haar: "dat haar vriendin er niet meer is, dat ze overleden is." Mevrouw wordt hier elke keer weer emotioneel van. Het personeel heeft soms moeite om met het verdriet van mevrouw om te gaan. Wanneer mevrouw weer naar haar vriendin vraagt, wordt deze vraag soms vermeden of afgewimpeld met "ze is er vandaag niet". Dit om de confrontatie met haar verdriet te vermijden. Als professioneel hulpverlener keur ik dat gedrag niet goed omdat mevrouw niet wordt gesteund en bevestigd in haar gevoelens.

Naast het werk had mevrouw een druk sociaal leven. Ze zat bij een kerkgemeenschap waarin zij erg actief was. Ze stond altijd klaar voor anderen en hielp waar het nodig was. Haar overige hobby's waren borduren, breien en zingen in een koor. Deze hobby's onderneemt zij nu niet meer. Ze kan de meeste hobby's niet meer uitvoeren vanwege de concentratieproblemen. Ze zit nu vaak voorzichtig uit te staren en onderneemt weinig tot niets.

Mevrouw wordt volledig geholpen met de algemene dagelijkse zorg. Tijdens die momenten is zij angstig en soms agressief. Ze wil graag zelf de controle behouden over wat er gebeurt en hoe het gebeurt. Zij kan het niet meer zelfstandig en daardoor wordt de kans op vallen vergroot. Als je mevrouw wilt helpen bij het opstaan of haar wilt begeleiden bij het lopen zie je haar angstig worden. Dan verhoogt haar spierspanning enorm. Ze vraagt veel aan het personeel: vooral wat er gaat gebeuren, waarom het allemaal zo gebeurt en moet. Hierdoor is er in de begeleiding naar mevrouw toe vaak een strijd en discussie. Dit omdat mevrouw niet geholpen wil worden, maar dat wel nodig heeft. Mevrouw biedt dan weerstand door te gaan schelden en ze klampt zich vast aan de rand van de stoel of van het bed. Dit komt bijna dagelijks voor.

In de huiskamer maakt mevrouw geen contact met anderen. Ze zit voor zich uit te kijken of ze zit te "duttend" in de stoel. Mevrouw is individueel te activeren tot het deelnemen aan activiteiten. Het gehoor van mevrouw functioneert nog goed, ze hoort alles om haar heen. Wanneer je fluistert dan reageert zij daarop met de vraag; "wat zeg je nu over mij of niet fluisteren waar anderen bij zijn". Dit kan soms de oorzaak zijn van grof en agressief woordgebruik.

In het contact is mevrouw vaak grof in haar taalgebruik en scheldt veel. Dit gebeurt vaak naar aanleiding van vragen. Mevrouw vraagt dan; 'Mag ik weg?' als het personeel daar niet positief op reageert, dan kan mevrouw grof worden in haar taalgebruik. Ook gebeurt dit als het personeel haar niet kan vertellen waar haar vriendin is of waar haar ouders zijn.

Als mevrouw het ergens niet mee eens is, dan kan ze gaan tegenwerken. Dit doet ze door middel van haar houding. Ze wilt niet gaan staan of wilt niet naar haar kamer toe gaan. Ze schiet dan in een opstandige houding en blijft daarin. Je kunt haar dan niet overhalen of overtuigen om het toch te doen. Haar laten zitten en later terugkomen is een strategie die werkt en daardoor wordt de agressie minder. Zinnen als; "donder op of laat me alleen" gebruikt mevrouw veel in het contact.

Mevrouw heeft zelf nog weinig lichaamsbesef, ze denkt dat ze alles nog zelfstandig kan. Wanneer ze een poosje zit, dan zakt ze langzaam onderuit in de stoel. Als je dat aangeeft of benoemt merkt ze dat zelf niet op. Voor het personeel is belangrijk om op haar houding te letten. Ook moeten ze mevrouw in de gaten houden, zodat ze niet alleen wegloopt van de tafel.

2. Diagnostiek

2.1 DSM IV

Vanuit het onderzoek is vastgesteld dat de cliënt een vorm van dementie heeft. Het gaat om de vorm Alzheimer (294.1). In het hoofdstuk dementie staat beschreven wat Alzheimer precies inhoudt.

2.2 Inleiding

CIZ (Centrum indicatiestelling zorg) stelt vast of de oudere recht heeft op een plek in een verzorgingshuis. Het CIZ geeft aan op hoeveel zorg de oudere recht heeft. Daarnaast kun je via de AWBZ (algemene wet bijzondere ziektekosten) extra aanvraag doen voor materiaal of extra zorg. De omgeving van de oudere vraagt vaak om de hulp en niet de oudere zelf. De oudere ervaart zelf geen problemen of ziet het gevaar van zijn eigen situatie niet in. Dus naast anamnese vindt er een heteroanamnese plaats om meer informatie in te winnen over de oudere.

2.3 Woonleefdossier

Binnen het verzorgingshuis wordt een woonleefdossier samengesteld. Hierin komt het intakeverslag van de oudere dat gemaakt is naar aanleiding van een vragenlijst die samen met een contactverzorgende (aanspreekpunt voor familie wanneer er vragen of bijzonderheden zijn) wordt ingevuld. Dit dossier wordt samen met de oudere en familie opgesteld. Het moet inzicht geven in de zorg die de oudere gaat ontvangen en door welke discipline dat zal gebeuren. De oudere en familie kunnen hierop terugvallen om de medezeggenschap over de aangeboden zorg te vergroten.

2.4 Handelingsstrategie

Mevrouw heeft jarenlang zelfstandig gewoond en alles alleen moeten doen. Ze stond actief in het leven en ondernam veel. Dit is te concluderen uit het volgende feit; mevrouw wil nu nog steeds alles zelfstandig ondernemen. Wanneer de verzorging haar wil begeleiden zegt ze gelijk: " ik doe het alleen of je hoeft mij niet vast te pakken". Ook zie je als je haar vastpakt haar lichaamsspanning oplopen. Mevrouw biedt op die momenten weerstand door te gaan schelden of te verstarren in haar houding.

Mevrouw zegt vaak: ik donder wel op. Wat zij hier precies mee bedoeld weet het verzorgende personeel niet. Door aan haar aan te geven dat ze welkom is op de groep en iedereen het fijn vindt dat ze hier woont, neemt het gedrag vaak af.

Wanneer mevrouw moe is scheldt zij meer. Je ziet haar op die momenten meer knikkebollen met haar hoofd en ze zit dan met haar ogen dicht. Als dit voor de middagrust is, blijft ze vaak een half uurtje langer liggen. Gebeurt dit in de avond, dan gaat ze wat vroeger op bed. Zelf vindt mevrouw dit "prettig". In de middag zegt ze dan ook: "mag ik nog even slapen, ik ben nog niet helemaal wakker

Zelf heeft mevrouw geen inzicht meer in haar gedrag ze leeft maar gedeeltelijk in de werkelijkheid. Voor het personeel is haar gedrag moeilijk hanteerbaar. Mevrouw is erg angstig wanneer zij zorg krijgt aangeboden. Ze laat dit niet graag toe en vraagt veel bevestiging over wat er gaat gebeuren. Dit kost veel geduld en tijd van het personeel en het geduld en de tijd is er niet altijd. Hierdoor gaat de zorgverlening bij mevrouw, vaak met agressie van haar kant gepaard. De verzorging moet dan doorpakken om haar de algemene dagelijkse zorg te geven, wat soms betekent dat ze mevrouw moet dwingen om dingen te doen.

Door heel duidelijk aan mevrouw te vertellen wat je gaat doen, wordt de spanning minder bij mevrouw. Ze kan dan voor haar zelf een plaatje maken wat er gaat gebeuren. Hierin moet je erg concreet zijn, omdat ze alles wat je zegt letterlijk aanneemt en daar geen nuances in aan kan brengen. Als je zegt: "eventjes" dan vraagt zij gelijk "hoe lang is dat dan eventjes".

3. Dementie

3.1 Vormen van dementie

Er zijn verschillende soorten dementie; Alzheimer, vasculaire dementie, ziekte van Creutzfeldt Jakob (gekke koeienziekte), Lewy body dementie en de ziekte van Pick. Dementie kan ook een onderdeel zijn van of naar aanleiding van intoxicatie van alcohol, HIV, hersenletsel, kanker of parkinson. Alzheimer en vasculaire dementie zijn de meest voorkomende vormen van dementie. Deze twee vormen worden verder uitgewerkt. In het proces van de ziekte zit het grootste verschil. Bij Alzheimer merk je geleidelijke achteruitgang van het geheugen en bij vasculaire dementie worden eerst andere functies van het lichaam minder.

3.2 Alzheimer

Bij deze vorm is er sprake van een geleidelijke achteruitgang. De geleidelijke achteruitgang is verdeeld in vier stadia's deze staan beschreven in het hoofdstuk Validation therapy. Het is een aandoening waarbij bepaalde hersencellen in een versneld tempo verouderen of aangetast worden. Door het verlies van de cellen ontstaat er een stoornis in de werking van het geheugen. 60/70 % van de mensen met dementie lijden aan deze vorm. Het komt minder dan 1 % voor bij mensen onder de zestig jaar. Bij Alzheimer wordt het korte termijn geheugen (KTG) aangetast en daarna het lange termijn geheugen (LTG).

3.3 Vasculaire dementie

De hersencellen raken beschadigd doordat de vaten in de hersenen niet meer goed functioneren. De doorbloeding neemt af waardoor het hersenweefsel beschadigt en afsterft. In de hersenen ontstaan veel infarcten wat leidt tot geheugenstoornis. Ook andere functies die bestuurd worden door de hersenen nemen af, zoals praten en lopen. Traagheid in het spreken en handelen staat eerder op de voorgrond dan het geheugenverlies. Het geheugen wordt later zichtbaar in het verloop van dit ziektebeeld. Het komt vaker voor bij mensen met hoge bloeddruk nu of eerder in hun leven, een verhoogd cholesterol en roken. Dit is een van de redenen waarom bij patiënten met dementie een lichamelijk onderzoek moet gebeuren, gevolgd door bloedonderzoek. De cliënt heeft meer inzicht in het ziektebesef dan bij Alzheimer, hierdoor kan depressie optreden.

3.4 Ziekteverloop

De oudere maakt veel veranderingen mee in het proces van deze ziekte. Dit heeft ook invloed op de sociale omgeving van de oudere. Dementie wordt gekenmerkt door een globaal verlies van cognitieve functies bij een helder bewustzijn, waardoor men niet meer in staat is de normale dagelijkse bezigheden uit te oefenen.

Dementie is geen ziekte op zichzelf, maar een syndroom. Dit wil zeggen dat het gaat om een aantal met elkaar samenhangende verschijnselen die zich tegelijk voordoen. Onder cognitieve functies wordt onder andere verstaan: denken, intelligentie, geheugen, aandacht en oriëntatie. Het waarnemen en opnemen van nieuwe informatie is verminderd door de concentratie en daarbij ook het vasthouden van informatie voor langere tijd. Het ophalen van herinneringen is verstoord waardoor ze dingen niet meer kunnen herinneren. Ouderen met dementie kunnen last hebben van afasie (moeite met het ophalen van woorden uit het geheugen, je weet de betekenis van het woord maar kan er niet opkomen) en apraxie. Apraxie is onderverdeeld in twee aspecten. Bij motorische apraxie werkende spieren niet meer voldoende samen waardoor de oudere zijn bewegingen niet goed kan aansturen en bij ideatorische apraxie heeft de oudere geen idee hoe hij / zij een activiteit moet uitvoeren. De volgorde van handelingen is verloren gegaan of voorwerpen worden onjuist gehanteerd. Bijvoorbeeld iemand heeft moeite met aankleden (doet onderbroek over de bovenkleding aan of doet de koffie in het waterreservoir etc.).

4. Theoretisch kader

4.1 Inleiding

De omgang met de ouderen staat centraal, hoe je daar de invulling aan geeft. Bij het kijken naar lichaamstaal is het belangrijk dat de zorg wordt afgestemd op het individu, dat er gekeken wordt naar de mogelijkheden van de cliënten en niet naar de beperkingen. Gentle teaching werkt vanuit dat kader.

4.2 Gentle teaching

Een omgangsvorm die niet kiest voor afstand maar voor nabijheid. Vanuit het besef dat ieder mens er naar verlangt om zich veilig te voelen in de relatie met anderen, zich verbonden te voelen met anderen, om zich geliefd te voelen en om zelf anderen lief te kunnen hebben. (Gentle teaching P. van de Siepkamp. 2005 blz. 10.)

▪ Wederzijdse afhankelijkheid

Binnen de zorgverlening is het belangrijk dat de relatie voor beide partijen goed voelt en niet alleen voor de zorgverlener. Je bent van de ander afhankelijk, een relatie kan niet alleen bestaan uit een eenrichtingsverkeer. Dit wordt wederzijdse afhankelijkheid genoemd. In het hoofdstuk over bejegening wordt hier meer op ingegaan.

▪ Companionship

Companionship is meer dan een vriendschap, je deelt het bestaan met elkaar. Ieder mens verlangt ernaar zich intens verbonden te voelen met één of een paar mensen. De kern van companionship is: liefde kunnen geven en liefde kunnen ontvangen. Als begeleider leer je om onvoorwaardelijke liefde te geven aan je cliënten. Dit is niet gemakkelijk, want je accepteert soms het verkeerde gedrag niet. Je wilt juist de cliënt helpen om zijn gedrag te veranderen. Je wilt dat het gedrag niet meer voorkomt of dat het geen betekenis meer heeft en dat het hem nieuwe mogelijkheden aanreikt.

▪ Gelijkwaardigheid in de relatie.

De belangen van de begeleider gaan niet boven die van de cliënt, de belangen van de cliënt staan voorop. Welke mogelijkheden heeft de cliënt, wat kan de cliënt nog ontwikkelen staat centraal. Een goede relatie met de ander is nodig om je op een evenwichtige manier te kunnen ontwikkelen. Wanneer je als dementerende oudere iemand vertrouwt neem je zijn boodschap sneller aan.

In het contact met de oudere kan dit betekenen dat je dichterbij mag komen of dat hij of zij sneller instemt met jou mening of advies. Ze vertrouwen erop dat jij hem of haar gaat helpen en dat op een goede manier zal doen.

▪ Koppeling dementie.

Hieronder wordt in het kort een beschrijving gegeven over de koppeling naar de vier stadia van de methode Validation therapy die in het volgende hoofdstuk aan bod komt.

Stadium 1: Het zelfbeeld van de cliënt is zeer kwetsbaar. De cliënt ervaart zelf geen structuur in zijn leven. De cliënt voelt zich hierdoor minder veilig en meer geïsoleerd. De cliënt herkent niet meer alle mensen om zich heen. Wanneer je als begeleider wilt weten hoe een cliënt zich voelt, moet je goed de lichaamstaal van de cliënt observeren.

Stadium 2: De structuur is weg in het leven van de cliënt. De cliënt leeft in het verleden en heden deze lopen door elkaar heen. De eigen werkelijkheid komt meer op de voorgrond. Ga als begeleider mee in zijn gevoelens en bevestig de cliënt daarin. Maak ruimte voor de emotie die vrijkomen bij de cliënt.

Stadium 3: De structuur is helemaal weg het leven van de cliënt. Ook is het zelfbeeld van de cliënt onsamenhangend. De innerlijke rust wordt continue bedreigd door vroegere emoties. De cliënt leeft in het verleden. Als begeleider is het belangrijk dat je mee gaat in het gedrag van de cliënt. Als begeleider moet jij je eigen houding daarop afstemmen. De cliënt heeft geen sociaal leven meer.

Stadium 4: Het contact met het eigen lichaam staat centraal. Belangrijk in het contact is dat het gevoel van companionship niet verdwijnt. Helemaal als het geheugen wegvalt. Blijf goed contact maken met de cliënt, doe dit nu meer via non-verbale communicatie.

5. Methodieken

5.1 Inleiding

Validation therapy is een methode die aansluit op Gentle teaching en is specifiek gericht op dementerende ouderen. De methode PDL is erop gericht om de algemene dagelijkse zorg (ADL) te verbeteren. Deze methode wordt benoemd omdat een goede zorgverlening in de ADL van belang is voor kwalitatief goede zorg. Deze methode is meer gericht op de manier hoe je dat doet.

5.2 Validation therapy (Naomi Feil)

De methode is gebaseerd op de holistische mens, visie en een empatische houding. Het inleven in het leven van de dementerende ouderen staat centraal, zodat je soms hun bizarre gedrag kunt begrijpen. Wanneer je werkt vanuit deze methode ben je zorgzaam naar de dementerende ouderen. Je oordeelt niet en staat open voor de gevoelens die geuit worden. Wanneer je openstaat voor de gevoelens van de oudere neemt de intensiteit van het gevoel bij de oudere af en kan de oudere beter communiceren.

Bij psychogeriatrische ouderen wordt vaak de vraag die ze stellen ontkend, ze worden daarin niet gehoord. Bij validation gaat het om het herkennen en bevestigen van de vragen en gevoelens van de psychogeriatrische ouderen. De oudere ontwikkelt op een gegeven moment zijn eigen werkelijkheid. Validation gaat er vanuit dat je de oudere niet perse meer terug moet halen naar onze werkelijkheid. Vaak wanneer je dat doet wordt de oudere opstandig of onrustig.

Je gaat op deze manier uit van de belevingswereld van de dementerende ouderen met als doel hen helpen gelukkig te zijn met het leven dat ze leiden. Onverwerkte emoties van vroeger kunnen alsnog naar boven komen. Validation helpt om deze te verwerken, de zorgverlener is bevestigend en accepterend naar de ouderen toe en luistert naar wat er wordt aangegeven.

Validation is meer dan meegaan in de belevingswereld en de dementerende ouderen daarin bevestigen. Je bent ook op zoek naar de redenen waar iemand zich zo gedraagt of uit. Dit doe je door het observeren van de persoon in de context, te luisteren en vragen te stellen. Je kijkt naar de lichaamstaal die de dementerende ouderen uitzenden als boodschap.

Vier stadia van Validation:

- Stadium 1 "Lichte verwardheid" (Disorientation).

Hiermee wordt niet bedoeld de desoriëntatie in tijd, plaats én persoon. Het proces van dementeren begint met gaten in het heden en verleden (inprentings- en geheugenstoornissen) waarbij tijd nog zijn structurerend karakter bezit. Ook zijn er problemen met het ordenen van de waarnemingen en met het vermogen tot oordelen. Voor de mensen die in dit eerste stadium van geestelijke achteruitgang zitten, heeft oriënteren op de werkelijkheid wel degelijk zin.

- Stadium 2 "Verwardheid in tijd" (Time Confusion).

In dit stadium verliest de tijd zijn structurerende functie en komt de oudere in een tijdloze algemeenheid terecht. Verleden en heden lopen door elkaar. De oudere praat meer over zijn herinneringen en leeft meer in een eigen werkelijkheid.

- Stadium 3 "Voortdurende beweging"

In stadium 3 zijn de verbale vermogens langzaam aan het verdwijnen. De persoon is steeds minder ontvankelijk voor prikkels uit de omgeving. Deze mensen houden van bewegingen en ritmische herhalingen.

- Stadium 4 "Vegeteren"

In dit laatste stadium dringt de omgeving nauwelijks meer door. De ogen zijn gesloten. Er is wel een reactie op aanraking en deze ouderen zijn zeer gevoelig voor warmte en koestering.

In het volgende schema staat beschreven hoe om te gaan met de dementerende ouderen en welke aspecten daarin belangrijk zijn. Je kunt hiermee je attitude bepalen naar de oudere toe.

Stadium 1 Lichte verwardheid	Deze ouderen zullen zeker gebaat zijn bij een Realiteits- en Oriëntatietraining (ROT). Vanuit de validerende benadering is relevant dat de zorgverlener geen "waarom" vragen stelt (dit leidt tot discussie). De vragen kunnen beter beginnen met wat, wie, waar en wanneer. Stel geen directe vragen over gevoelens raak de oudere alleen aan als de zorgverlener hiertoe uitgenodigd wordt.
Stadium 2 Verwardheid in tijd	Hier is het wel van belang om gevoelswoorden te gebruiken, b.v.: Ik merk, ik voel, ...enz. De stemming is niet altijd duidelijk. Lichamelijk contact en oogcontact is belangrijk. Vragen die gesteld kunnen worden zijn: "Wat bent u aan het doen?", "Voelt u zich prettig?", "Mist u uw eigen huis?", "Zijn de mensen hier aardig?"
Stadium 3 Voortdurende beweging	Belangrijk is dat er vage vragen gesteld worden met de bedoeling het gedrag te bevestigen. Voorbeeld: "Ik zie dat u plezier hebt", "Ik zie dat u boos bent", "Voelt u zich prettig als u zingt?", "Bent u verdrietig?". Het is belangrijk om dicht bij de oudere te zitten en aan te raken, maak oogcontact.
Stadium 4	Het accent ligt hier op het non-verbale contact. Van belang is het aanraken van de oudere, het aanspreken (eventueel) met voornaam of meisjesnaam. Gebruik daarbij een zachte stem en werk met muziek waarbij mee tikken belangrijk is.

(bron: http://www.btsg.nl/btsg_bibliotheek.htm)

5.3 Methode PDL (passiviteiten dagelijks leven)

De methode PDL sluit goed aan bij de laatste fase van Validation therapy. Door gebruik te maken van de juiste hulpmiddelen en attitude probeer je de spanning van de dementerende ouderen tijdens de zorg zo min mogelijk te laten oplopen.

Deze methode is gericht op cliënten die verzorgd of verpleegd worden in een zorgcentra (veelal ernstig dementerende mensen). Het gaat erom dat de handelingen, voorzieningen en maatregelen bijdragen tot optimale begeleiding, verzorging en verpleging van de cliënten. De cliënten zijn niet meer in staat om voor zichzelf te verzorgen.

De methode is er op gericht om de spanning te verminderen bij de dagelijkse zorg en dat de zorg met een respectvolle bejegening wordt aangeboden. Daarnaast staat het voorkomen van contracturen en decubitus centraal, door het gebruik van dynamische lig- en zitmiddelen en ergonomische kleding. Tevens wordt er gewerkt vanuit een multidisciplinaire aanpak. Activering van de cliënten is bij deze methode niet het eerste uitgangspunt, dat heeft namelijk geen effect meer. Ze gaan ervan uit dat de cliënt zich niet meer kan ontwikkelen, de zorgverlening aan de cliënten is in deze methode het belangrijkste. De zorg voor deze cliënten neemt veel tijd in beslag en vergt veel energie. In het contact zijn de volgende punten van belang om de spierspanning en angst van de cliënt te verminderen: het maken van oogcontact, snelle bewegingen vermijden, hoofd op dezelfde hoogte, spreken als rustgevend middel gebruiken, fysieke handelingen tot minimum beperken. (bron: <http://www.stichtingpdl.nl/informatief.htm>)

6. Verbinding naar bewegingsagogie en psychomotorische therapie.

6.1 Modaliteiten psychomotorische therapie.

In de eerste fase van dementie is het nog mogelijk om psychomotorische therapie te geven aan dementerende ouderen. Sociale vaardigheden, voorkomen van een sociaal isolement en agressievermindering zijn doelen die bij deze doelgroep aanbod kunnen komen. Binnen de therapie kunnen ze ook positieve ervaringen opdoen die het zelfvertrouwen van de cliënt kunnen vergroten.

Binnen de tweede en derde fase functioneert het geheugen niet meer voldoende om de ervaringen op te slaan. Nieuw gedrag aanleren is bij deze doelgroep niet of nauwelijks meer van toepassing. In de tweede fase van dementie, volgens de validation therapie, keren ze al gedeeltelijk in hun eigen werkelijkheid. In dat stadium kunnen onverwerkte emoties naar boven komen, het is belangrijk dat daar ruimte voor wordt gemaakt en naar wordt geluisterd.

6.2 Modaliteiten bewegingsagogie

Binnen de zorg aan dementerende ouderen kun je werken met de modaliteiten ontmoeten en vieren. Het vieren zal bij deze doelgroep het meeste van toepassing zijn. De ouderen hoeven niet meer te leren, activiteiten met een ontspannend karakter zijn belangrijk. Dat de ouderen makkelijk gemotiveerd kunnen worden om mee te doen.

▪ Ontmoeten

Binnen het ontmoeten richt de oudere zich op de omgeving of anderen. Op deze manier probeer je een sociaal isolement te voorkomen en hun blik en gedachten meer op de buitenwereld te richten. Om binnen het bewegen de oudere een positieve ervaring te laten ervaren, kan weer een positief effect hebben op het zelfvertrouwen van de oudere.

▪ Vieren

Het is erg van belang dat je een ontspannen bewegings sfeer creëert waarin elke oudere mee kan doen. De activiteiten moeten gemakkelijk zijn en het winnen moet niet centraal staan. Door het ondernemen van een activiteit is de oudere naar buitengericht net als bij de modaliteit ontmoeten. Net als bij het ontmoeten is het van belang dat de oudere positieve ervaringen op doet binnen het bewegen.

6.3 Gedragtherapeutisch kader

Ik wil het verzorgende personeel leren om op een andere wijze om te gaan met de dementerende ouderen. Dat de verzorgenden gebruik gaan maken van gedragsalternatieven, zoals omschreven staat binnen het gedragtherapeutische kader. Ik hoop door middel van het zelf oefenen en het zelf te ervaren binnen het contact met elkaar, dat het verzorgend personeel de ervaringen meenemen in het contact met de bewoners. Ze oefenen door ander gedrag toe te passen en ze doen ervaring op over hun eigen manier van handelen (zelfreflectie). Doordat ik het gedrag wil veranderen van het personeel, ga ik met ze oefenen en werk ik vanuit een gedragstherapeutisch kader.

Als psychomotorisch therapeut ben ik op het moment dat ik de activiteiten aanbied een trainer. Ik wil het personeel de vaardigheden aanleren of aanpassen. Door te werken met een gericht stappenplan, kan ik het gedrag veranderen.

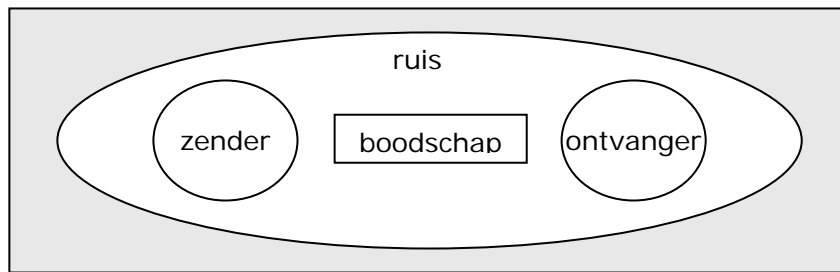
7. Communicatie

7.1 Inleiding

Lichaamstaal is een onderdeel van communicatie. Om daar een duidelijk beeld van te krijgen wil ik eerst het begrip communicatie uitleggen om te laten zien welke rol lichaamstaal daarin speelt. Binnen het begrip bejegening is communicatie het middel waarmee je de dementerende ouderen bereikt.

In het kort gezegd heb je bij communicatie te maken met een boodschap die wordt verzonden door de zender en wordt ontvangen door de ontvanger. Binnen communicatie is bijna altijd sprake van een wisselwerking in de communicatie, de ontvanger geeft vaak een boodschap terug aan de zender. Communicatie kan plaats vinden op inhoudsniveau (wat er gezegd wordt) en op betrekkningsniveau (hoe het gezegd wordt). Lichaamstaal hoort bij hoe het gezegd wordt met het lichaam, hoe druk je een boodschap uit. Als zorgverlener kan je informatie halen uit de manier waarop de dementerende oudere zijn boodschap overbrengt. Dit omdat ze vaak moeite hebben met het vinden van de juiste woorden of zich niet goed meer kunnen uitdrukken via verbale communicatie.

Bij het geven van een boodschap wil je iets aan een ander overbrengen en/of zijn gedrag beïnvloeden. Helaas gaat dat niet altijd goed en kan er ruis ontstaan in de communicatie. Een boodschap kan verkeerd worden geïnterpreteerd door de ontvanger. Daarnaast kan het ook zijn dat de ontvanger te snel zijn conclusies trekt over de boodschap waardoor deze ook niet goed wordt ontvangen. (Dit is op intern niveau, de ruis ontstaat bij de personen zelf.) (Bron: Bosch 2001, Bejegening in de zorg. Respectvol omgaan met cliënten.)



Je kunt communiceren door middel van taal (verbaal) en door middel van tekens (non-verbaal). Uit onderzoek van Mehrabian (1971) bestaat communicatie voor 97% uit non-verbale communicatie en voor 3% uit gesproken woord. Non-verbale communicatie is hierbij verdeeld in toonhoogte 38% en 55% uit lichaamstaal. Doordat communicatie voor een groot deel uit lichaamstaal bestaat is het belangrijk om na te denken over hoe je de boodschap overbrengt en niet alleen maar stil staat bij de woorden die je gebruikt. De belangrijkheid van non-verbale communicatie wordt bewezen door de talloze op het lichaam betrekking hebbende uitdrukkingen die metaforisch worden gebruikt, zoals een uitnodigende glimlach, een dodelijke blik, sprekende ogen.

Kinesica bestudeert lichaamsbewegingen (één van de eerste Kinesici is antropoloog Birgwhisell). Onderzoek geeft aan communicatie een geïntegreerd systeem is, en als geheel geanalyseerd moeten worden. Non-verbale communicatie en verbale communicatie staan met elkaar in verband. (Bron: Marwijk van, F. *De taal van je houding*. <http://www.innernet.org/nvc6.html>)

7.2 Non-verbale communicatie

Non-verbale communicatie bestaat uit verschillende aspecten:

- Mimiek (gezichtsuitdrukkingen)
- Lichaamstaal (houding, gebaren en wijze van bewegen.)
- Stemgebruik (toonhoogte, intensiteit, stilte, tempo van spreken)
- Oogcontact
- Algeheel voorkomen (algemene dagelijkse verzorging)
- Fysieke kenmerken (lengte, gewicht, gelaatskleur)
- Autonome fysiologische responsen (versnelde ademhaling, rode vlekken in het gezicht, blozen, verwijden pupillen)

De intonatie van je stem maakt dat we meer expressie kunnen geven aan de boodschap. Door de bewegingen die we eraan toevoegen benadrukken we de boodschap nog meer. In het hoofdstuk lichaamstaal zal er verder worden ingegaan op de non-verbale communicatie en hoe die betrekking heeft op het contact met de dementerende ouderen. Bij de Validation therapy wordt er in de laatste fase vooral gewerkt met non-verbale communicatie. Je maakt contact door de dementerende ouderen aan te raken en probeert hem of haar op die manier warmte en liefde te geven.

7.3 Communicatiezones

Wanneer je communiceert met anderen kun je dit doen op verschillende afstanden. Dit worden communicatiezones genoemd deze zijn onderverdeeld in vier zones. Binnen de zorgverlening aan de ouderen heb je vaak te maken met de eerste twee zones. Vooral in de intieme zone is het van belang om het vertrouwen van de oudere niet te schaden. Benoemen wat je gaat doen en afwachten op de reactie van de oudere is van belang voor een goede relatie. (Bron Remmerswaal, J. 2003 *Handboek groepsdynamica*.)

De intieme zone: 0 tot 45 cm afstand van de ander. Wanneer je in deze zone contact hebt is het vaak op een vertrouwelijke manier. In de bus of de lift komen mensen ook vaak in deze zone bij elkaar terecht door non-verbale signalen wordt er vaak kenbaar gemaakt dat men dat niet prettig vindt.

De persoonlijke zone: 50 tot 150 cm afstand van de ander. In deze zone vinden de meeste gesprekken plaats, je kunt de ander goed verstaan en letten op zijn gedrag. Deze zone is nog persoonlijk genoeg om een vertrouwd gesprek te voeren.

De sociale zone: 150 tot 300 cm afstand van de ander. Op feestjes, bij vergaderingen, tijdens de lunch speelt de communicatie zich af in deze zone. Persoonlijke gesprekken worden in deze zone niet meer gevoerd, iedereen kan verstaan wat je zegt. Wanneer iemand spreekt wordt de aandacht op die persoon gevestigd.

De publieke zone: 300 tot 800 cm afstand van de ander. Denk hierbij aan presentaties voor groepen, gesprekken in de klas. De communicatie blijft veelal op rationeel niveau. Wanneer de communicatie verder is dan 8 meter gaat het vaak om lezingen of optredens van. Je bent dan een toeschouwer of passieve toehoorder. Je kunt dan niet reageren op de zender.

8. Lichaamstaal

8.1 Lichaamstaal

Lichaamstaal is een groot deel van de non-verbale communicatie. Het laat zich op verschillende manieren zien via het lichaam. Deze manieren zijn onder te verdelen in drie categorieën (motoriek, sensomotoriek en psychomotoriek).

Bij motoriek gaat het om de manier van voort bewegen, de houding, de mimiek en de gebaren die gemaakt worden. Bij sensomotoriek wordt je geleid vanuit de zintuigen zowel innerlijk als uiterlijk. Deze bepalen hoe je reageert op situaties of dingen. Je kunt je innerlijk niet lekker voelen en dat kan zich uiten door een slome houding, of als door te voelen dat je dorst hebt. De zintuigen slaan de prikkels van buitenaf op. Soms houdt iemand zich doof omdat hij iets expres niet wil horen en de andere keer spits hij zijn oren om het goed te kunnen horen. Bij psychomotoriek wordt de geest betrokken, de vijf basisemotie spelen hierbij een rol. In het gezicht zijn de het duidelijkst te zien. Aan iemand zijn ogen en/of mondhoeken kan je vaak zien hoe die zich voelt. (Bron Rebel. *Lichaamstaal de sleutel tot meer succes in uw leven blz 10.*)

Het lichaam spreekt zijn eigen taal, deze komt niet altijd overeen met de woorden die de dementerende oudere uitspreekt. Wanneer deze niet overeenkomen wordt lichaamstaal eerder geloofd dan de gesproken woorden. Als iemand heel agressief zegt ik vind je lief en een vuist naar je opsteekt geloof je eerder zijn lichaamstaal dan de woorden die hij zegt. Als een dementerende oudere wankel op zijn benen staat en zegt "het gaat wel", bied je hem als zorgverlener toch aan om hem te ondersteunen. Dit omdat je de verbale signalen die hij uitzendt niet vertrouwt.

Innerlijke gevoelens kunnen tot uiting komen door lichaamstaal. Dit kun je terug zien in de emotie die de dementerende oudere toont of het kan blijken uit zijn stem, deze klinkt bijvoorbeeld nerveus of agressief. Volgens Watzlawick communiceert een persoon altijd non-verbaal omdat zijn lichaam altijd iets uitdrukt. Je kunt niet, niet communiceren zegt Watzlawick. Een stilte op zichzelf kan ook een betekenis hebben, op die momenten kun je het non-verbale gedrag goed waarnemen. (Bron: Watzlawick, P. Beavin J.H. & D.D. Jackson (2001) *Pragmatische aspecten van de menselijke communicatie.*)

Binnen Gentle teaching wordt aangegeven dat het ruimte geven aan de emotie een belangrijk aspect is. Het observeren van de lichaamstaal van de dementerende ouderen speelt hierin een rol om de emoties van de dementerende ouderen te kunnen begrijpen. Wanneer je deze begrijpt kun je beter meegaan in de emoties van de dementerende ouderen.

Dementerende cliënten geven vaak tegenstrijdige boodschappen. Met woorden zeggen ze dat ze geen hulp willen ontvangen maar aan hun mimiek en houdingsbeeld vragen zij daar wel om. Helaas bestaat er geen eenvoudige handleiding voor het waarnemen en daarna interpreteren van lichaamstaal. Het is daarom van groot belang dat je de context waarin het gedrag zich afspeelt meeneemt. Je moet niet te veel ingaan op de details die je ziet of hoort maar kijken naar het geheel. (Bron: Bosch, E. 2001 *Bejegening in de zorg. Respectvol omgaan met cliënten.*)

8.2 Lichaamshouding

- Houding van de dementerende ouderen.

Herkennen van gevoelens en emoties op basis van alleen de lichaamshouding is lastig, je hebt hierbij vaak de gezichtsuitdrukking nodig om er zeker van te zijn. Bij ouderen zie je vaak dat ze voorovergebogen lopen dit kan een onzekere houding zijn maar ook bij het bewegingsbeeld horen. Dat de ouderen zijn rug niet meer goed kan strekken vanwege de ouderdom. Lichaamshoudingen vertellen veel maar je kunt daaruit niet altijd een juiste conclusie trekken. (bron: Nijssen, A. (1998) *Lichaamstaal in zorg- en hulpverlening.*)

Als een dementerende oudere zich niet veilig voelt of onzeker is zal hij een gesloten houding aannemen (kruisen van armen of benen, voorwerp voor zich houden) om zich af te schermen voor een intieme benadering. Op die manier voelt hij aan of hij de ander wel kan en wil vertrouwen. (bron: Nijssen, A. (1998) *Lichaamstaal in zorg- en hulpverlening.*)

Het observeren van de lichaamshouding is een belangrijk aspect in de zorgverlening. Dit komt ook terug bij de beschreven methodieken. Door de houdingen te herkennen en te begrijpen weet je wat de dementerende oudere nodig heeft of bedoeld. Bij de PDL methode proberen ze via het gebruiken van materialen binnen de algemene dagelijkse zorg de spanning van de dementerende zo laag mogelijk te houden. Door het gebruik van materialen hoeft er minder getild en gedraaid te worden aan de dementerende ouderen. Hierdoor ervaart de dementerende oudere minder spanning.

- Houding van de zorgverlener.

Zoals in het hoofdstuk communicaties is beschreven, heb je verschillende zones binnen de communicatie. Binnen de attitude kun je ook afstand houden of belangstelling tonen. Door je lichaam meer naar de

dementerende ouderen te richten toon je belangstelling en door je met je lichaam meer van hen af te keren creëer je afstand.

Dementerende ouderen beoordelen de zorgverlener ook op hun houding als zij contact maken. Het maakt een verschil of een zorgverlener rustig of gehaast binnenkomt lopen. Daar kunnen de dementerende ouderen hun conclusies uit trekken. Een openhouding laat zien dat een zorgverlener contact wil maken.

Het helpt om de lichaamshouding van de dementerende ouderen te leren kennen. Het nadoen van de houdingen helpt om deze beter te begrijpen. Ze zorgverlener spiegelt het gedrag van de dementerende ouderen. Op deze probeert de zorgverlener zich meer in te leven in het gedrag van de dementerende ouderen en deze te begrijpen. Door de lichaamshouding te begrijpen kan een zorgverlener sneller contact maken met de dementerende ouderen.

De informatie die lichaamshouding ons geeft is natuurlijk wel belangrijk. Lichaamshouding zegt vooral iets over de manier waarop iemand omgaat met zijn emoties en hoe hij zich in relatie met anderen opstelt. Je kunt aan de lichaamshouding bijvoorbeeld wel iets zeggen over iemands belangstelling, assertiviteit of zelfverzekerdheid. Toch blijft lichaamshouding los van andere informatie zoals mimiek en stem vaak lastig te interpreteren. (Marwijk van, F. www.lichaamstaal.com)

8.3 Gebaren en gezichtsuitdrukkingen

Gebaren zijn vaak illustratief: ze begeleiden de gesproken taal en geven een aanvulling, wanneer woorden tekort schieten of ze zijn een vervanging van de geschreven taal. Ze kunnen aanwijzingen geven over de emotionele toestand van de cliënt (bijvoorbeeld gebalde vuisten). Met een knikje naar de ander wordt vaak gezien als een teken van respect aan de ander.

Aan het gezicht is veel expressie te zien. Je ziet veel als het gaat om de emotionele toestand, van de dementerende ouderen ook wanneer iemand dat probeert te verbergen. Aan de ogen zie je veel. De emotie is daarin goed te zien. Blijdschap, woede, verdriet, angst, verbazing, minachtig, zie allemaal terug in het gezicht. Het maken van oogcontact is daarom belangrijk in het contact om de emotionele toestand van de dementerende oudere te zien.

9. Bejegening

9.1 Inleiding

Bejegening is de manier waarop cliënt en zorgverlener met elkaar omgaan. Als het goed is, gaat dat op een respectvolle en gelijkwaardige manier. Communicatie is het middel hoe er contact gemaakt wordt met de dementerende ouderen. Omdat de dementerende ouderen het gesproken woord niet altijd meer goed begrijpen of en zichzelf niet goed meer kunnen verwoorden speelt lichaamshouding binnen bejegening een grote rol.

De hulpverlening verloopt beter als er een basis van vertrouwen is. Daarom is een goede relatie tussen patiënt en zorgverlener heel belangrijk. Hoe je een relatie met een ander opbouwt is voor iedereen persoonlijk verschillend, wel spelen dezelfde aspecten een rol. Velen gaan deze relaties onbewust aan en weten eigenlijk niet hoe ze dat doen en waardoor de relaties slagen of mislukken.

De aspecten zijn onderverdeeld in vier punten betreffende het begrip bejegening. De attitude die je gebruikt in het contact met de cliënt, zelfreflectie over je eigen handelen, de samenwerking binnen het team en inlevingsvermogen in de cliënt. In het hoofdstuk van communicatie is al eerder uitgelegd wat daarin van belang is als je in contact gaat met de cliënt en wat jezelf uit de communicatie kan halen.

9.2 Attitude

Een zorgverlener heeft een bepaalde macht, omdat de dementerende oudere afhankelijk is de zorg die hij aangeboden krijgt. Daarnaast is de zorgverlener afhankelijk van de oudere want aan hem wil je zorg verlenen. Binnen Gentle teaching wordt dit duidelijk omschreven met de term wederzijdse afhankelijkheid. Zonder elkaar kun je niet functioneren, dit kan een bepaalde sfeer creëren. Aan de houding en non-verbale signalen van de zorgverlener kan een oudere merken in hoeverre je hem accepteert. De blik van een zorgverlener kan veel vertellen aan de oudere. De oudere kan voelen of de zorgverlener hem ziet als object of als mens.

De visie van de instelling heeft invloed op de attitude die de zorgverlener aanneemt tegenover de ouderen. Als zorgverlener is het daarom belangrijk om te weten wat de visie of methode is van waaruit gewerkt wordt binnen de instelling.

Op sommige momenten ontstaat er intiem contact met de oudere binnen het verlenen van de zorg. Privacy is daarin een belangrijk aandachtspunt. Iedere oudere heeft zijn eigen persoonlijke ruimte die je als zorgverlener niet zomaar binnen kan treden (zie hoofdstuk communicatie). Benoemen wat je gaat doen als zorgverlener helpt om de spanning tijdens de momenten in de intieme zone te verminderen.

Tijdens de zorgverlening wordt de dementerende oudere soms angstig of agressie. Door het aannemen van een bepaalde attitude kun je het gedrag van de ouderen beïnvloeden en de zorg makkelijker laten verlopen. Volgens Leary reageren mensen op een voorspelbare manier op elkaar. Met de Roos van Leary kan je het interactie patroon met de dementerende oudere beïnvloeden. Door een bepaalde attitude of positie aan te nemen tegenover de oudere kun je zijn gedrag beïnvloeden. Het vergt wel oefening om met de Roos van Leary te kunnen werken. Wanneer ouderen agressief worden of weerstand bieden is het van belang om weer in de samen positie te komen. Dit om het proces van de interactie te stimuleren. (In bijlage twee heb ik de Roos van Leary verder uitgewerkt.)

9.3 Zelfreflectie

Zelfreflectie is een vorm van feedback, dat een zorgverlener durft te kijken naar zijn eigen handelen en daarop durft te reflecteren. Als zorgverlener is het belangrijk om te weten hoe je over komt op de dementerende ouderen. Het inzien van de eigen opvoeding en ontwikkelingsgeschiedenis speelt hierin een rol. Die geschiedenis neemt een zorgverlener mee in het vormen van je eigen normen en waarden. Dat een zorgverlener weet wat zijn of haar goede en slechte kwaliteiten zijn. (Bosch, E. 2001 *Bejegening in de zorg. Respectvol omgaan met cliënten.*)

Door te werken vanuit een bepaalde visie weet een zorgverlener welke attitude hij aan moet nemen in het benaderen van de dementerende ouderen. Door zelfreflectie te gebruiken kun je als zorgverlener onderzoeken of je attitude overeenkomt met de visie van de instelling. Attitude, de visie van de instelling en zelfreflectie staan hierdoor met elkaar in verbinding. Op die manier kun je als zorgverlener onderzoeken op welke manier je zorg verleent.

9.4 Samenwerking binnen het team

Door samen te werken in een team kun je als zorgverlener terugvallen op collega's en praten over de situaties praten die je meemaakt als zorgverlener binnen het werken. Collega's kunnen elkaar helpen met het reflecteren. Samen kijken naar de eventuele stappen of mogelijkheden die er gemaakt kunnen worden in het contact met de dementerende oudere om de zorg te verbeteren. Kritisch willen samenwerken is daarin wel een belangrijk aspect. In het team moet een sfeer zijn dat je open en eerlijk mag zijn naar elkaar.

9.5 Inlevingsvermogen

Om goede zorg te kunnen verlenen is het nodig dat een zorgverlener zich kan verplaatsen in de belevingwereld van de oudere. Om zo een duidelijk beeld te krijgen hoe de dementerende oudere zich voelt. Op die manier kun je als zorgverlener beter ingaan op de behoeftes en of wensen van de dementerende oudere. Op zoek gaan naar de betekenis van het gedrag wat de dementerende oudere laat zien en wat wil hij ermee bereiken.

De normen en waarden per dementerende oudere verschillen. Dit is terug te merken in het contact. Deze informatie komt vaak uit de intake. Als iemand heel introvert is dan is het logisch dat die persoon niet staat te springen om twaalf nieuwe mensen te ontmoeten en zich daaraan te moeten voorstellen, terwijl dat voor een andere oudere geen probleem is. Het kan ook zijn dat een dementerende oudere jarenlang een huishoudster heeft gehad en zij moet nu opeens koffie zetten en mee helpen met tafeldekken. De cliënt zal daar niet positief op reageren. Respecteer deze verschillen en accepteer dat iedereen anders is.

10. Workshop

In de hoofdstukken acht en negen heb ik uitgelegd welke aspecten er belangrijk zijn om de communicatie te kunnen verbeteren in de zorg aan de ouderen. Een aantal van de punten wil ik terug laten komen in de workshop om daar mee te oefenen of de theorie rondom bejegening en lichaamstaal te verduidelijken.

Als het gaat om het observeren van lichaamstaal en het begrip houdingsbeeld en bewegingsbeeld meer op de voorgrond te zetten in de zorg aan de dementerende ouderen moet je als psychomotorische therapeut vooral een adviserende en inzichtgevende rol aannemen tegenover het personeel. Dit geldt ook wanneer je gaat oefenen met verschillende lichaamshoudingen en attitudes.

Om de begrippen bejegening en lichaamstaal meer uit elkaar te halen zou ik de workshop in twee hoofdstukken verdelen of verdelen over twee bijeenkomsten als dat mogelijk is. In bijlage 3 wordt een korte samenvatting van oefeningen die gegeven kunnen worden tijdens een workshop. Observeren van video-opnamen over dementerende ouderen, oefenen met gezichtsuitdrukkingen, observeren en ervaren van spierspanning in het lichaam.

Hieronder staat in het kort beschreven op welke aspecten een psychomotorische therapeut een adviserende of inzichtgevende rol kan hebben naar het verzorgende personeel toe.

- **Letten op lichaamstaal**

De verzorgenden zien wanneer de dementerende ouderen gespannen zijn maar kijken naar het gehele lichaam, ze zien niet de spanning per lichaamsdeel. Daar kan ik een psychomotorische therapeut zich meer op richten. Om op een andere manier naar de lichaamstaal van de dementerende ouderen te kijken om zo spanning beter zien oplossen.

- **Context**

Door te kijken naar de gehele context, naar alles wat je opmerkt en ziet kun je beter een conclusie of interpretatie geven aan het gedrag wat je ziet. Dus naast de verbale en de non-verbale signalen kijk je ook naar de achtergrondinformatie die je hebt van de dementerende oudere en de omgeving waarin hij zich op dat moment bevindt. Deze neem je allemaal mee.

- **Meegaan in het gedrag**

Je hoeft de dementerende ouderen niet naar hun kamer te brengen als ze de andere bewoners tot "last" zijn. Door soms mee te gaan in de verhalen die ze vertellen en daar gehoor aan te geven, hoef je de discussie niet aan te gaan. Hierdoor neemt het gedrag vaak af en voelt de dementerende oudere zich begrepen. Je bevestigt hem of haar in zijn vragen.

Wanneer je ziet dat een dementerende oudere angstig of verdrietig is benoem dit naar die persoon toe. Dit kan helpen om de emotie te doen af nemen en de oudere voelt dat hij wordt gezien.

- **Non-verbaal contact maken.**

Wanneer communiceren met woorden niet meer mogelijk is, blijft het wel mogelijk om via lichaamsaanrakingen contact te maken. Door het geven van een hand, een arm om de schouder te leggen of de bewegingen te ondersteunen. Door te oefenen met de aanrakingen en zelf te ervaren hoe het voelt op te merken hoe het bij een ander kan werken.

11. Terugkoppeling naar de casus.

Bij mevrouw Bast, uit de casus, is het erg belangrijk dat je weet dat mevrouw altijd erg zelfstandig heeft geleefd en actief was in de gemeenschap door anderen te helpen. Dit kan een verklaring zijn waarom zij het zelf moeilijk vindt om hulp te ontvangen en daar angstig voor is. Mevrouw verzet zich tegen de aangeboden hulp met agressie en schelden. Zij kan zelf geen andere alternatieven meer bedenken om te reageren. Mevrouw zit in de derde fase van dementie volgens de methode Validation therapy. Het aannemen van een steunende en begrijpende attitude helpt mevrouw om voor zichzelf meer duidelijkheid te creëren. Het meegaan in haar belevingswereld zorgt ervoor dat er minder confrontaties ontstaan. Het helpt niet meer om mevrouw terug te halen naar de realiteit.

Door haar lichaamstaal te observeren kom je erachter op welke momenten mevrouw haar lichaamsspanning oploopt of wanneer zij angstiger of agressiever wordt. Dit gebeurt wanneer mevrouw geholpen moet worden met de ADL en wanneer zij zich niet gehoord voelt door het personeel als deze niet op haar vragen reageren. Het is belangrijk om mevrouw het gevoel te geven dat ze gehoord wordt en dat je begrijpt dat zij het moeilijk vindt om hulp te ontvangen. Probeer de momenten van zorg tot het minimum te beperken. In deze fase kun je mevrouw soms door middel van woorden de situatie te verduidelijken. Probeer daarom in de samen positie te komen van de Roos van Leary. Door te benoemen wat je ziet, kan mevrouw helpen om een duidelijker beeld te creëren over waarom ze hulp nodig heeft.

Het helpt om mevrouw niet vast te pakken, maar pas ondersteunen als ze bijna gaat staan. Dit helpt mevrouw om haar angst te verminderen tijdens het begeleiden. Op deze manier kan mevrouw zelf gedeeltelijk de controle houden over de situatie. Oogcontact maken en op dezelfde hoogte gaan zitten of komen helpt om meer contact met mevrouw te krijgen. Mevrouw kan jou als zorgverlener dan beter zien en begrijpen.

Het woordgebruik van mevrouw komt niet overeen met de houding die zij aanneemt. Haar woorden zijn vaak grof. In haar houding is zij nog ontspannen als zij zegt; ' ik donder wel op'. Dit komt niet met elkaar overeen. Zij zit nu in een fase van de dementie dat je haar daarop niet meer kan corrigeren. Meegaan in de beleving en/of proberen om haar gedachten op iets anders te richten kan helpen om het gedrag te verminderen. Door ruimte te geven aan haar emoties neemt de spanning vaak af.

12. Conclusie

12.1 Algemeen

Communicatie bestaat voor 93% uit non-verbale communicatie en voor 7% uit gesproken woord. Non-verbale communicatie is hierbij verdeeld in toonhoogte 38% en 55% uit lichaamstaal. Je kunt met alleen non-verbale signalen al iets duidelijk maken aan de dementerende ouderen. Daarvoor heb je niet altijd een gesproken woord nodig. Een gebaar zegt soms meer dan woorden. Om een betere communicatie tot stand te brengen, tussen de verzorgende en de cliënt zijn de volgende aspecten van belang met betrekking tot het observeren van lichaamstaal:

Door tijdsgebrek in de zorgverlening wordt er vaak niet goed geluisterd en gekeken naar de dementerende ouderen. Je handelt op de automatische piloot en gaat er van uit dat je de dementerende ouderen elke dag hetzelfde kan benaderen. Er worden vaak te snel conclusies getrokken. De ouderen worden hierdoor niet goed begrepen, dit kan agressief gedrag of weerstand opleveren vanuit de ouderen. Door specifiek te kijken naar de lichaamstaal, kan dit verbeterd worden. Bekijk het proces goed. Je moet eerst contact leggen met de dementerende oudere, voordat je gaat handelen bij de dementerende ouderen. Zo bereik je namelijk meer in het gehele proces. Je moet het gedrag leren kennen en begrijpen van de dementerende ouderen. Dit aspect is het belangrijkste, dat je het gedrag leert kennen en begrijpen.

Voor de dementerende ouderen is het belangrijk dat ze zoveel mogelijk zelfstandig dingen kunnen blijven ondernemen. Dit heeft een positieve werking op het zelfbeeld en zelfvertrouwen van de dementerende ouderen. In de 2^e fase van dementie is het realiteitsbesef weg bij de ouderen. Door het verzorgende personeel wordt dit dan ook vaak vergeten. Het personeel gaat wel in discussie met de oudere, waar hij/zij dat beter niet kan doen. Ze vergeten op dat moment de belevingswereld van de dementerende ouderen.

Gentle teaching is een goed kader waarin het observeren en begrijpen van lichaamstaal op de voorgrond staat. Naast het observeren van lichaamstaal wordt er gekeken naar de dementerende oudere nodig heeft om goed te kunnen functioneren en hoe zij met haar emoties om kan gaan die naar tot uiting kunnen komen. De methode PDL richt zich voornamelijk op de het laatste stadium van dementie. Het verzorgen is het uitgangspunt. Het deel van onderhandelen en meegaan in de herinneringen van de ouderen wordt bij deze methode niet benoemd. Je kijkt met andere ogen naar de lichaamstaal. Een ontspannen houding staat daar voorop. Er wordt minder gekeken naar de emoties.

12.2 Antwoord op de vraagstelling.

Vraagstelling:

Welke aspecten van lichaamstaal dient een pmt-er te belichten met betrekking tot bejegening binnen de ouderenzorg om een betere communicatie tot stand te brengen tussen een verzorgende en een cliënt?

Een pmt-er dient de volgende aspecten te belichten als het gaat om lichaamstaal:

- Per fase van dementie is het gedrag wat de dementerende oudere laat zien verschillend.
- Kijken naar de gehele context waarin de communicatie plaats vindt, en vanuit daar betekenis verlenen aan het gedrag wat je ziet.
- Specifiek observeren van de lichaamstaal. (Houding, mimiek, spierspanning, gebaren.) Het lichaam niet zien als een geheel maar als onderdelen.
- Congruentie en incongruentie tussen woorden en lichaamstaal leren herkennen.
- Inleven in de ander om zijn of haar lichaamstaal te begrijpen.

Op deze manier kun je de communicatie tussen de verzorgende en de dementerende verbeteren. Als je kijkt naar de bejegening van de dementerende ouderen dan zijn de volgende aspecten belangrijk om te weten als je een goede communicatie tot stand wilt brengen.

- Wederzijds respect voor elkaar.
- Benoemen wat je gaat doen helpt in de samenwerking met de ouderen.
- Respect voor de grenzen van de dementerende ouderen en die van jezelf.
- Meegaan in de emoties en gevoelens van de dementerende ouderen om hen zo de ruimte te geven. Op deze manier leer je de dementerende ouderen beter kennen.
- Zelfreflectie is nodig om te weten hoe je op de ander overkomt. Om zo te weten welke attitude en positie je aanneemt tegenover de dementerende ouderen.
- Durf kritisch te zijn en elkaar advies te geven als collega's.

Een psychomotorische therapeut heeft daarin een adviserende en inzichtgevende rol naar het verzorgende personeel toe. Je kunt als psychomotorische therapeut beter het houdingsbeeld en bewegingsbeeld van de dementerende oudere in kaart brengen. Je zet deze begrippen meer op de voorgrond. Als psychomotorische therapeut neem je eveneens in je conclusie of interpretatie de volgende aspecten mee:

- Het ziektebeeld van de dementerende oudere en in welk stadium hij zich bevindt.
- De achtergrondinformatie en levensgeschiedenis van de dementerende oudere.
- Het inleven in zijn of haar situatie om de emotie en gevoelens beter te begrijpen.

13. Aanbevelingen

Een psychomotorische therapeut kan een extra bijdrage leveren met betrekking tot het observeren van lichaamstaal in de ouderenzorg. Dit kan door middel van het schrijven van omgangsadviezen voor het verzorgende personeel over de dementerende ouderen. Door binnen deze adviezen het bewegingsbeeld en houdingsbeeld van de dementerende ouderen meer in kaart te brengen. Door workshop over lichaamstaal en bejegening kan het personeel oefenen met het observeren van het bewegingsbeeld en houdingsbeeld en daarnaast houdingen en spierspanning te ervaren. Als psychomotorische therapeut ben je er namelijk in geschoold om gericht te kijken naar lichaamstaal en het aanbieden van lichaamsgerichte oefeningen.

Literatuurlijst

Bosch, E. (2001) *Bejegening in de zorg. Respectvol omgaan met cliënten*. Soest: Nelissen.

Droes, R. (2000) *Beweeg met ons mee! Een activeringsprogramma in groepsverband voor dementerende mensen*. Maarssen: Elsevier/ De tijdstroom

Heeren, T.J., Kat, M.G., & Stek, M.L. (2001) *Handboek ouderenpsychiatrie*. Leusden: De tijdstroom.

Nijssen, A. (1998) *Lichaamstaal in zorg- en hulpverlening*. Baarn: Nelissen.

Rebel, G. (1975) *lichaamstaal: De sleutel tot meer succes in uw leven*. Deventer: Loghum Slaterus

Remmerswaal, J. (2003) *Handboek groepsdynamica*. Soest: Nelissen.

Siepkamp van de, P (2005) *Gentle teaching*. Soest: Nelissen.

Watzlawick, P. Beavin J.H. & D.D. Jackson (2001) *Pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*
Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Internet sites:

Marwijk van, F. www.lichaamstaal.com.

http://www.btsg.nl/btsg_bibliotheek.htm

<http://www.stichtingpdl.nl/informatief.htm>

Bijlage 1: Profiel van de vaktherapeutische beroepen.

Dit is een onderdeel van het profiel waar ik mee aantoon dat je als psychomotorische therapeut advies kan geven aan andere disciplines.

Neventaken – Begeleiding, Preventie, Voorlichting, Advies en training

De vaktherapeut geeft voorlichting en trainingen aan cliënten(groepen) en past daarbij vaktherapeutische methoden en technieken toe. Hij geeft advies vanuit zijn deskundigheid aan andere professionele hulpverleners ten aanzien van voorgelegde problematiek. Vaktherapeuten kunnen ook trainingen geven in het bedrijfsleven of aan het personeel van een zorginstelling, om mediumvaardigheden aan te leren. Trainingen kunnen ook bedoeld zijn om de samenwerking tussen teamleden te verbeteren en hun communicatieve vaardigheden aan te spreken.

Bijlage 2: Roos van Leary

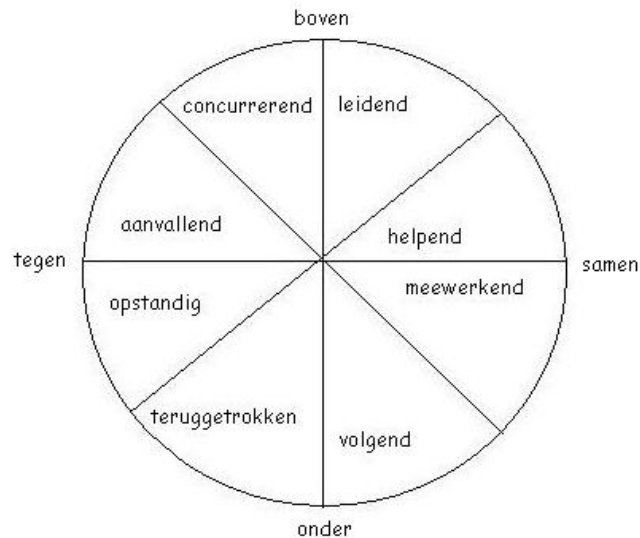
In het model van Leary worden de relaties tussen mensen in kaart gebracht. Het kan inzicht geven op het betrekkningsniveau van communicatie met de ander.

Macht en afhankelijkheid zijn begrippen in de communicatie die tegenover elkaar staan en de afstand of nabijheid die je hebt van de ander. Dit zijn de 2 verschillende dimensie in het model van Leary.

1^e dimensie; verwijst naar hiërarchisch gedrag, 'boven' en 'onder' gedrag.

2^e dimensie; verwijst naar klimaat waarin mensen met elkaar communiceren. Samenwerkend (helpen, assisteren) of tegenwerkend gedrag (affectie, afwijzing) oproepen. Samen gedrag wordt meestal beantwoord met samen gedrag en tegen gedrag wordt met tegen gedrag beantwoord.

Hieronder vindt je een overzicht van de acht sectoren in de Leary-roos die per sector het betrekkningsniveau aangeven.



bron: www.menscentraal.nl

Uitleg van de sectoren

Zelfdefinitie (Zo denk je over jezelf.)

Definitie van de ander (Zo denk je over de ander.)

Relatiedefinitie (Je houding tegenover de ander.)

1. De sector Boven-Samen (BS). Leidend

Zelfdefinitie: ik ben sterker, beter dan jij; Ik overzie "het". Definitie van de ander: jij bent zwak en hulpbehoevend. Relatiedefinitie: jij moet naar mij luisteren.

Verbaal gedrag (praten): de ander raad geven, beïnvloeden, iets adviseren, dingen regelen en organiseren voor de ander, leiding nemen, beslissingen nemen, tijd bewaken. In "wij-termen" praten als het feitelijk om de eigen mening gaat.

Non-verbaal gedrag (manier van doen): luide stem opzetten, met veel poeha praten, aan het hoofd van de tafel gaan zitten, veelvuldig rondkijken, niet goed luisteren naar anderen en tekenen van ongeduld vertonen als anderen te lang aan het woord zijn, gespannen houding, serieus gezicht, knipogen naar andere leiders. Opgeroepen reacties: gehoorzaamheid, afhankelijkheid, (concurrentie).

2. De sector Boven-Tegen (BT). Concurrerend

Zelfdefinitie: ik ben beter dan wie ook, ik vertrouw alleen op mezelf. Definitie van de ander: jij bent vijandig en zwak. Relatiedefinitie: kijk naar mij en voel je minderwaardig.

Verbaal gedrag (praten): indruk maken op de ander, hoog over jezelf opgeven, in competitie gaan met andere leiders, kritiek negeren, geen interesse tonen voor anderen of voor samenwerking, steeds het initiatief in handen houden, veel zinnen met "ik" beginnen.

Non-verbaal gedrag (manier van doen): veel en hard praten, anderen onderbreken, rechtop zitten of staan, opvallende gebaren maken om aandacht te trekken, te onpas opstaan, als een ander iets zegt of doet gaan gapen, wegstaren, tekenen van verveling of ongeduld vertonen.

3. De sector Tegen-Boven (TB). Aanvallend

Zelfdefinitie: ik ben kwaad, bedreigend. Definitie van de ander: jij bent vijandig en machteloos.

Relatiedefinitie: wees bang voor mij.

Verbaal gedrag (praten): de ander bekritisieren, normen en discipline eisen, laten zien dat de ander tekort schiet, de ander uitlachen, kleineren, kwaad zijn op de hele groep, schelden, sancties voorstellen en toepassen.

Non-verbaal gedrag (manier van doen): luid praten, schreeuwen als men niet luistert, anderen onderbreken, dreigend aankijken, vuisten ballen van woede, kwetsbare mensen als mikpunt kiezen, je afzetten tegen de groep, mimiek van kwaadheid.

4. De sector Tegen-Onder (TO). Opstandig

Zelfdefinitie: ik ben anders dan anderen, ik heb niemand nodig. Definitie van de ander: jij bent onbetrouwbaar, jij mag mij niet. Relatiedefinitie: verwerp me, haat me maar.

Verbaal gedrag (praten): kritische vragen stellen, niet geloven wat de ander zegt, alle positieve gevoelens ontkennen of niet horen, conflicten uitlokken door de ander uit te dagen, boos te maken of af te wijzen, steeds wijzen op het verschil tussen jezelf en de ander, overal tegen zijn, hulp aanboden belachelijk maken.

Non-verbaal gedrag (manier van doen): niet veel zeggen, maar als je wat zegt vinnig en scherp, de ander in de gaten houden, boos kijken, "nee"-schudden als de ander iets zegt, buiten de groep gaan zitten, afzijdig, anderen nooit aanraken of aangeraakt willen worden, bokkig, on sociaal erbij zitten.

5. De sector Onder-Tegen (OT). Teruggetrokken

Zelfdefinitie: ik doe alles verkeerd, het is mijn eigen schuld. Definitie van de ander: jij bent bedreigend.

Relatiedefinitie: bemoei je maar niet met mij.

Verbaal gedrag (praten): zelfverwijten maken, jezelf afbreken, "slecht" noemen, alle kritiek en boosheid van anderen op jezelf betrekken, falen van de groep aan jezelf wijten, bijna niets zeggen op eigen initiatief.

Non-verbaal gedrag (manier van doen): de ander niet aankijken, in elkaar gedoken zitten, zuchten, snikken, antwoorden met gebaren in plaats van met woorden (schouders ophalen, jaknikken), star en onbeweeglijk erbij zitten, bijna niets zeggen, zacht praten en stuntelig naar woorden zoeken.

6. De sector Onder-Samen (OS). Volgend.

Zelfdefinitie: ik ben zwak en gewillig, ik heb hulp nodig. Definitie van de ander: jij bent steviger dan ik.

Relatiedefinitie: jij moet mij helpen en leiding geven.

Verbaal gedrag (praten): de ander om raad vragen, vragen om leiding, uitleg, je moeilijkheden aan een ander voorleggen, goedkeuring vragen, met iedereen instemmen, bewondering voor iedereen uitspreken, op vragen antwoorden dat je het niet weet of niet kunt.

Non-verbaal gedrag (manier van doen): teruggetrokken plekje in de groep, schuchter, afwachtende houding, verlegen glimlachen, blozen, antwoorden met gebaren in plaats van woorden (ja-knikken, nee schudden, hulpeloos schouders ophalen), tegen anderen opkijken - vooral tegen 'leiders' - weinig en zacht spreken.

7. De sector Samen-Onder (SO). Meewerkend

Zelfdefinitie: ik ben vriendelijk, aardig en meegaand. Definitie van de ander: jij bent ook vriendelijk en aardig. Relatiedefinitie: zeg maar wat je wilt; ik ben tot alles bereid.

Verbaal gedrag (praten): met de ander instemmen, hem naar de mond praten, gelijk geven, de ander vleien en bewonderen, respect uitdrukken voor 'leiders', het gedrag van de ander goed praten, in algemene termen praten (je, men, iedereen), jezelf wegcijferen door toevoegingen als 'misschien', 'als ik iets mag zeggen', 'ik weet niet of dit juist is, maar'

Non-verbaal gedrag (manier van doen): beleefd erbij zitten, naar ander opkijken, veel jaknikken, glimlachen, gediensig zijn, lachen om ieder grapje, verlegen worden als mensen kritiek op je hebben, je plaats weten in de groep, goed gehumeurd zijn, niet zoveel zeggen en niet met een luide stem.

8. De sector Samen-Boven (SB).

Zelfdefinitie: ik ben evenwichtig, betrouwbaar en sympathiek. Definitie van de ander: jij bent ook evenwichtig en sympathiek. Relatiedefinitie: wij mogen elkaar graag.

Verbaal gedrag (praten): de ander op zijn gemak stellen, moed inspreken, troosten, opbeuren, positieve dingen opmerken, uitnodigen tot samenwerking, vriendelijk en attent zijn, begrip tonen, meeleven, conflict in de groep niet ernstig nemen, leuke opmerkingen maken.

Non-verbaal gedrag (manier van doen): vriendelijk kijken, veel oogcontact zoeken, de ander vriendelijk aanraken (schouderklop, vriendelijke por), veel lachen, het zonnetje in de groep zijn, met iedereen bezig zijn, veel praten en anderen bij de groep betrekken door ze iets te vragen of aan te bieden.

Bijlage 3: De workshop

Deel 1. Lichaamstaal

▪ Wat is eigenlijk lichaamstaal?

Het is een onderdeel van de communicatie. Het ondersteunt of verduidelijkt het gesproken woord. Houdingen, gebaren, mimiek, zie je terug in de lichaamstaal van jezelf en de ouderen. Stiltes geven ook weer hoe iemand zich voelt.

Lichaamstaal en woorden komen niet altijd overeen bij de ouderen. Ze zeggen vaak je hoeft mij niet te helpen maar aan hun houding kun je zien dat ze het wel nodig hebben.

Voorbeelden vragen / geven.

Het is belangrijk om de hele context te observeren om een goede interpretatie te kunnen geven aan het gedrag van de ouderen. Om zo te voorkomen dat je de verkeerde conclusies trekt.

Niet kijken naar het detail maar naar het geheel.

Observeren van video mevrouw S.

Kijken naar haar houdingsbeeld en wat kun je zien aan lichaamstaal.

Laten zien en geen aanwijzingen geven waar je naar kan kijken.

Observeren van video mevrouw R.

Nog een keer oefenen met het kijken naar lichaamstaal en houdingsbeeld.

Oefening 1

In tweetallen of drietallen.

Emotie uitbeelden met alleen je houding.

De ander moet raden welke emotie je nadoet.

Eerst alleen met gezicht daarna met houding erbij.

Benoemen dat je gezicht het meeste uitspreekt bij emoties. Het lichaam je houding is daarin een ondersteuning.

Oefening 2

Controle approach.

Kijken naar lichaamsspanning: Wanneer zie je wat veranderen bij de ander. Waar zie je dat precies aan. Dit koppelen naar de bewoners. Bij jezelf voelen hoe de spanning oploopt.

Oefening 3

Oefenen met houdingen in het contact.

Je zit aan tafel. Neutraal naar voren een gesprek te voeren. Daarna iets meer van de ander afgewend of naar de ander toe gericht. wat voor verschillen merk je op in het contact.

Oefening 4

Zelf voelen en ervaren wat een aanraking met jou doet.

Hand op de schouder.

Duwtje in de rug.

Hand vastpakken.

Rationale hiervoor is:

Door de ervaring blijft het beter in het geheugen. Je hebt het zelf gevoeld en weet wat het is.

Deel 2. Bejegening

Bejegening is de manier waarop cliënt en zorgverlener met elkaar omgaan. Als het goed is, gaat dat op een respectvolle en gelijkwaardige manier. De hulpverlening verloopt beter als er een basis van vertrouwen is. Daarom is een goede relatie tussen patiënt en zorgverlener heel belangrijk.

Belangrijke aspecten vanuit de theorie:

- Aan je houding en non-verbale signalen kan een cliënt merken in hoeverre je hem accepteert.
- Werken vanuit de visie van de Amerhorst
- Respect voor grenzen en privacy
- Attitude. (Roos van Leary)
- Zelfreflectie, weten wat jou gedrag met de cliënt kan doen
- Inlevingsvermogen voor het begrijpen van non-verbale signalen.
- Samenwerking in het team kan verhelderend werken. durf kritisch en duidelijk te zijn naar elkaar.

Oefeningen:

Contact maken met bewoner.

Bewoner zit op een stoel een broodje te eten, jij wilt hem of haar de medicatie geven.

Hoe spreek je de bewoner aan en op welke hoogte doe je dat?

Verschil ervaren.

Tweetallen:

Bewoner en verzorgende.

Je neemt de bewoner mee naar de salon of de grote zaal. De bewoner kan niet goed zelfstandig lopen en heeft een steuntje nodig.

We proberen 3 varianten:

Naast de bewoner.

Vooruitlopend op de bewoner.

Schuin achter de bewoner.

Merk op wat je zelf het prettigst vindt. Welk effect heeft jou manier van begeleiden op de bewoner.

Roos van Leary m.b.t. attitude en posities.

Omgangsadvisen

- Ga geen discussie aan. Dit leidt vaak tot spanning, onrust en irritatie.
- Noem regelmatig de dagen en tijden op voor het realiteitsbesef.
- Overvraag de bewoner niet met moeilijk hoe, wat en waar vragen.
- Stel 1 vraag tegelijk.
- Geef 1 opdracht tegelijk.
- Vraag niet naar wat ze de dag ervoor hebben gedaan of hebben gegeten.
Dit wordt vaak vergeten. Dit kan voor de bewoner een faalmoment zijn omdat hij het niet weet.
- Praat mee met de bewoner en probeer hem niet constant te verbeteren.
- Neem de gevoelens serieus.
- Ga op de gevoelens in of leid de aandacht naar iets anders na enige tijd.
- Knijp soms een oogje dicht als je gedrag ziet want niet netjes is of niet hoort.
- Pas je gedrag aan, aan het gedrag van de bewoner. Zij kunnen zich niet aan jou aanpassen.