

PSYCHO MOTORISCHE THERAPIE



VOOR MENSEN MET EEN
VERSTANDELIJKE BEPERKING

mei 2004



Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie (PMT) is een professionele behandelingsvorm voor mensen met psychosociale problemen, waarbij gewerkt wordt met interventies gericht op lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituaties. (beroepsprofiel NVPMT, 1995)

Het doel van PMT is verandering tot stand te brengen of ten minste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek te verminderen.

PMT onderscheidt zich van andere therapievormen door het middel dat ze hanteert: het bewegen en de lichamelijkeheid. PMT-ers werken om deze reden veelal in een (kleine) gymzaal/PMT-ruimte, maar ook in het zwembad of buiten. Er wordt gebruik gemaakt van zeer veel verschillende vormen die we kunnen indelen in:

- Vormen vanuit de bewegingscultuur, zoals sport en spel (van het rollen van een bal tot bijv. racketspelen), turnen (springen, balanceren) zwemmen, stoeien, zelfverdediging, dans en bewegingsexpressie, fitness, hardlopen, klimmen, etc.
- Vormen uit de lichaamservaringscultuur, zoals ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, sensory-awareness, massage, bio-energetica, etc.

Deze vormen hebben geen vanzelfsprekende, intrinsieke betekenis. Het therapeutisch proces komt niet op gang door het doen van de activiteiten op zichzelf, maar door de wijze van aanbieden van door de PMT-er, de betekenis die de cliënt geeft aan de aangeboden activiteiten en de interventies door de therapeut. Binnen de specifieke bewegingssituaties krijgt de cliënt zo de gelegenheid tot het opdoen van andere, misschien nieuwe ervaringen, vaardigheden of inzichten.



Een voorbeeld van een cliënt met een lichte/matige verstandelijke beperking.

Kees heeft een probleem. Hij heeft onvoldoende in de gaten dat zijn spanning te hoog oploopt. Dit leidt soms tot impulsdoorbraken waarbij hij andere mensen ernstig kan beschadigen. Samen met zijn therapeut heeft Kees in eerdere sessies al een aantal signalen voor het oplopen van de spanning benoemd. Kees noemt deze signalen 'zwaailichten'. De therapeut stelt Kees voor om elkaar te passeren op een bank die op ongeveer een meter hoogte is opgehangen. (Kees is goed in staat van die bank af te springen.) Al op een afstand van 2 meter van de therapeut gaat Kees met zijn hoofd naar beneden, hij is niet meer in contact met zichzelf of zijn omgeving. De spanning loopt hoog op, zichtbaar aan de schouders en de ademhaling die hij hoog vastzet en de geknepen billen waardoor zijn pasjes erg klein worden. De therapeut vraagt: "Wat is er?" Kees antwoordt met een beknepen hoog stemmetje: "Niets". De therapeut reageert: "Ik zie dat je geen contact met mij maakt en dat je gespannen wordt. Kun je dat zelf ook voelen?" Kees voelt niets. De therapeut benoemt wat hij gezien heeft aan Kees. Kees herkent het achteraf wel. De therapeut helpt Kees in contact te blijven met zichzelf en zijn omgeving door hem te vragen tijdens de opdracht zijn voeten te voelen zonder ernaar te kijken. Kees en de therapeut passeren elkaar. Het lukt wonderlijk gemakkelijk.

De therapeut maakt Kees complimenten voor het feit dat hij in staat was achteraf zijn spanning te herkennen en het te veranderen. De therapeut vraagt: "Heb je enig idee waarom je het zo spannend vond?" Kees heeft geen idee. "Was je soms bang dat het ons niet zou lukken?" Kees antwoordt: "Ja, ik wil het goed doen en ik wil niet dat jij valt."



Samen benoemen Kees en de therapeut twee oorzaken van de spanning: de angst om te falen en het zich sterk verantwoordelijk voelen voor een ander.

Mensvisie

De relatie die binnen de PMT wordt gelegd tussen het psychosociaal functioneren enerzijds en het bewegen en de lichamelijkeheid anderzijds komt voort uit de holistische mensvisie.

Binnen deze visie zijn beide; de psyche en het bewegen/de lichamelijkeheid niet van elkaar te scheiden. Met andere woorden: de mens is een geheel van denken, voelen, handelen, houding en beweging. Wanneer men bijvoorbeeld gestresst is, is dit zichtbaar in de houding en de wijze van het bewegen. Men beweegt bijvoorbeeld gespannen, gehaast of van hot naar her.

Er kan ook andersom geredeneerd worden. Door mensen bepaalde ervaringen op te laten doen, kan de psyche beïnvloed worden. Wanneer men bijvoorbeeld het gestresste lichaam door middel van massage ontspant, kan men zich soms beter gaan voelen, kan men adequater handelen en meer helder denken.

Natuurlijk is er niet altijd sprake van zo'n simpele oorzaak – gevolg reactie als hierboven beschreven staat. De PMT-er zal, gebruik makend van zijn specifieke deskundigheid, zijn cliënt beter moeten kennen. Pas wanneer hij in meerdere situaties eenzelfde beeld tegen komt, kan hij vanuit het bewegen en de lichamelijkeheid iets zeggen over de psychische kant van de betreffende persoon. Hierna zal hij zorgvuldig uit moeten zoeken met welke ervaringen hij de cliënt kan helpen bij zijn/haar probleem.



Opleiding en deskundigheid

Een gekwalificeerd PMT-er heeft specialistische kennis over de theorie en de praktijk van de PMT. Tevens heeft hij uitgebreide kennis van de psychopathologie en de theoretische modellen voor de behandeling van cliënten met sociaal-emotionele en psychiatrische problemen. Hij heeft de beschikking over beroepsvaardigheden die nodig zijn om zelfstandig therapieën te plannen, uit te voeren en te evalueren.

Voor dit alles heeft de PMT-er een opleiding in de PMT op Post-HBO of Post-academisch niveau gevolgd.

Van PMT-ers die werken met mensen met een verstandelijke beperking mag verondersteld worden dat ze kennis hebben van theorieën met betrekking tot de doelgroep in het algemeen en de meest voorkomende stoornissen/syndromen in het bijzonder. Tevens mag verwacht worden dat de PMT-er de vaardigheid bezit om op adequate wijze met de cliënt met een verstandelijke beperking te communiceren.

PMT en mensen met een verstandelijke beperking

Gedrags- en psychische problemen vormen vaak een ernstige belemmering voor het functioneren en de integratie van mensen met een verstandelijke beperking en geven dikwijls aanleiding tot permanente uithuisplaatsing. De laatste decennia groeit in Nederland het besef dat probleemgedrag vaak in verband staat met psychopathologie, hetgeen dan te vergelijken is met de psychische stoornissen bij mensen zonder verstandelijke beperking. Vergeleken met het doorsnee percentage van voorkomen van psychische stoornissen bij mensen zonder verstandelijke beperking (10%) valt op dat mensen met een verstandelijke beperking een 3 tot 5 keer hoger risico lopen.

(Došen, 1990, Psychische en gedragsstoornissen bij



verstandelijk gehandicapten)

De ervaring leert echter dat bij een groot percentage van de aangemelde cliënten de opgestelde doelstellingen gedeeltelijk of geheel bereikt kunnen worden.

PMT is zeer geschikt bij de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking om de volgende redenen:

- Er wordt gewerkt vanuit concrete hier-en-nu situaties.
- Verbaliteit speelt een ondergeschikte rol. Redeneren of verbale communicatie is niet noodzakelijk.
- De wijze waarop mensen met een verstandelijke beperking leren is voor een groot deel gebaseerd op ervaren/ondervinden.

Indicaties

De problematiek van mensen die in aanmerking komen voor PMT is zeer divers. Toch willen we een opsomming geven van een aantal klachten waarmee cliënten zich veelvuldig aanmelden. Hierbij wordt uitgegaan van concrete klachten en niet van stoornissen en syndromen. Dit omdat de hulpvraag ook vaak gesteld wordt in de vorm van een klacht en omdat de klacht aangrijpingspunt is voor de behandeling. Eventuele stoornissen of syndromen bepalen 'slechts' de wijze en de grenzen van behandelen.

Veelvuldig aangemelde klachten zijn:

- een negatief zelfbeeld, negatief lichaamsbeeld
- (auto)agressief gedrag
- teruggetrokken, apathisch of depressief gedrag
- chaotisch gedrag
- claimend gedrag
- psychosomatische klachten
- non-assertief, niet weerbaar gedrag



- dwangmatig gedrag
- labiel gedrag
- angstig, ontwijkend gedrag
- klachten t.g.v. seksueel misbruik

Aanmeldingen betreffen vaak mensen bij wie de beleving van de lichamelijke negatief beïnvloed is. Het gaat vaak om slachtoffers van seksueel misbruik en/of mishandeling en mensen waarbij hechtingsproblematiek, ondervraging of overvraging een grote rol speelt.

Er zijn een aantal contra-indicaties voor PMT:

- de cliënt is in een psychotische episode
- de cliënt vertoont grote aversie tegen de middelen bewegen en lichamelijke
- de cliënt is verslaafd aan alcohol en drugs

Observatie

Cliënten die worden aangemeld voor PMT hebben dikwijls meerdere problemen. Soms is het beeld al redelijk duidelijk en is er al diagnostiek gepleegd. Andere keren komt de cliënt vrijwel blanco binnen. Van belang voor een doelgerichte observatie is dat relevante diagnostiek met betrekking tot cognitief en sociaal-emotioneel functioneren en eventuele stoornissen/syndromen voorhanden is en de observatievraag helder geformuleerd wordt.

Het doel van een PMT-observatie kan tweeledig zijn:

1. het leveren van een bijdrage aan de diagnostiek
2. het ontdekken of en hoe PMT ingezet kan worden om te werken aan de problematiek



Tijdens de observatie wordt een groot scala aan bewegingsvormen aangeboden en probeert de therapeut verschillende benaderingswijzen uit. Geobserveerd wordt hoe de cliënt zich binnen de verschillende situaties beweegt en wat zijn/haar reacties zijn. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de houding, het bewegingsbeeld, de reactie op afstand en nabijheid, aanraking, het gebruik van de ruimte en de interactie met het materiaal en personen.

Naar aanleiding van de observatie schrijft de PMT-er een verslag met daarin zijn beeld van de geobserveerde cliënt en zijn/haar problematiek. Dit verslag zal multidisciplinair besproken worden. Naar aanleiding van de bevindingen kan men besluiten over te gaan tot een PMT-behandeling.

De behandeling

Wanneer de cliënt voor behandeling in aanmerking komt, zijn een aantal zaken min of meer duidelijk. Men heeft uitgaande van het persoonsbeeld een behandeldoel waar naar toe wordt gewerkt en men heeft een globaal beeld van de weg waarlangs men dit doel wil bereiken. Dit wordt vastgelegd in het behandelplan.

Voor een aantal problematieken bestaat een specifieke methodiek. Hoe een therapie sessie er echter precies uit zal zien, wat er gedaan wordt, is vaak niet van te voren te voorspellen of te plannen.

Wat gedaan wordt is namelijk in hoge mate afhankelijk van de cliënt op dat moment. Per sessie wordt geprobeerd om zoveel mogelijk vanuit de actualiteit te werken aan de problematiek zonder de rode lijn van de behandeling te verliezen.

Om dit te verduidelijken nog twee situaties uit de therapie die eerder in dit stuk ook als voorbeeld diende:



Voorbeeld 2

Kees en de therapeut hebben de vorige sessie afgesproken dat ze voor het eerst in het judozaaltje zullen gaan werken met vormen waarbij meer aanraking gevraagd wordt. Vormen die later zouden kunnen leiden tot stoeivormen. Als Kees komt is zijn spanning al erg hoog. De therapeut vraagt of hij weet dat de spanning hoog is en of hij weet hoe dat komt. Kees weet dat de spanning hoog is en benoemt onder andere zijn manier van lopen. Als oorzaken weet hij te benoemen: het voor het eerst werken in het judozaaltje en het feit dat zijn brommer stuk is. Afgesproken wordt eerst maar iets bekends en rustigs te doen: overgooien met de grote bal zodanig dat de ander hem nog net kan vangen. Gaandeweg ontspant Kees. Hij maakt grotere uitstappen om de bal te bereiken en beweegt zich veel soepeler. Als dat samen vastgesteld is, wordt overgegaan op de geplande vormen die meer aanraking vragen.

Voorbeeld 3, enkele weken later.

Kees is vorige week met vakantie geweest. Het was erg leuk. Hij komt in opperbeste stemming naar de therapie.

De therapeut vraagt: "Mag ik het je vandaag moeilijk maken?" Kees antwoordt: "Ja, dat kan ik best aan". Er wordt een valmat in het midden van het judozaaltje gelegd. De therapeut zegt: "Een van ons gaat op z'n knieën op de valmat zitten en houdt de bal vast, de ander probeert de bal af te pakken. Als het niet lukt zeg je stop." Kees kiest ervoor dat de therapeut de bal vasthoudt en denkt dat het hem gemakkelijk zal lukken die af te pakken. Hij begint met veel zelfvertrouwen en redelijk voorzichtig. Als het niet lukt, wordt hij alsmear feller tot hij de therapeut met bal en al van de valmat gooit.



De therapeut zegt: "Stop" en beiden komen tot rust.
Th.: "Heb je gevoeld dat je zo fel werd dat je risico's nam met jezelf en mij?"
Kees: Nee, maar nu je het zegt, het klopt wel
Th.: "Waarom werd je zo fel?"
Kees: "Ik wil niet verliezen."
Th.: "Dus omdat jij niet wilt falen neem je risico's?"
Kees: "Dat klopt!"
Th.: "Mag ik dat een doortrekken naar je gewone leven?"
Kees: "Dat mag."
Kees en de therapeut stellen samen vast hoe hierdoor situaties uit het dagelijkse leven uit de hand konden lopen. De therapeut geeft Kees een compliment voor het feit dat hij het heeft aangedurfd om het gebeuren in het judozaaltje door te trekken naar zijn problemen. Het is moeilijk geweest, toch gaat Kees ontspannen en tevreden weg.

Evaluaties

Tijdens de behandeling zal regelmatig contact plaatsvinden met bijvoorbeeld ouders/verzorgers, begeleiding en/of verwijzers van de cliënt. De frequentie van het contact varieert van één keer per week tot één keer per vier maanden. De functie van het contact kan zijn: onderlinge informatie-uitwisseling, evaluatie, advisering en begeleiding. In ieder geval wordt iedere vier maanden een schriftelijke evaluatie gemaakt, welke multidisciplinair besproken zal worden met alle betrokkenen. Ook is het mogelijk dat mensen uit de omgeving van de cliënt gevraagd worden tijdelijk deel te nemen aan de therapie. Uitgangspunt bij alle besprekingen en gesprekken is dat de cliënt zoveel als mogelijk betrokken wordt en wensen met betrekking tot de privacy gerespecteerd worden.



Fases in de behandeling

Wanneer het therapieproces in zijn geheel gezien wordt, zijn globaal vier verschillende fases te onderscheiden:

1. de kennismakingsfase
In deze fase is men gericht op gewenning aan de situatie en de therapeut. Geprobeerd wordt een vertrouwensband te creëren, zodanig dat de cliënt zich vrij durft te uiten binnen de therapie.
2. de ervaringsfase
In deze fase kunnen alternatieve ervaringen, vaardigheden en/of inzichten worden opgedaan en kan worden geoefend.
3. de toepassingsfase
In deze fase wordt vooral geprobeerd de transfer van de PMT-situatie naar het dagelijks leven te optimaliseren, bijvoorbeeld door middel van huiswerkopdrachten.
4. de afbouwfase
In deze fase wordt de cliënt voorbereid op het einde van de therapieperiode, waarna hij/zij zelfstandig zijn/haar weg vervolgt.

De fases lopen meestal in elkaar over en van te voren is niet te voorspellen hoelang een bepaalde fase duurt. Afhankelijk van de cliënt en zijn problematiek zal het accent van de totale behandeling meer op het ene of op de andere fase liggen. Over het algemeen duurt een therapie ½ tot 2 jaar, waarbij uitgegaan wordt van een frequentie van één sessie van een uur lang per week. De behandeling wordt afgesloten wanneer de doelstelling behaald is of wanneer geen verdere ontwikkeling te verwachten is.



Na afloop van de totale therapie worden afspraken gemaakt met betrekking tot de eventuele noodzakelijke nazorg.

Verdere informatie

Wanneer u na het lezen van dit schrijven interesse heeft voor meer informatie dan kunt u ons altijd bellen. De mogelijkheid bestaat om samen met een PMT-er een korte introductievideo voor cliënten te bekijken. Voor de verdere procedure en kosten wordt verwezen naar de diverse instellingen of vrijgevestigd PMT-ers, vermeld op de laatste bladzijde van deze brochure.



Bijlage

PMT bij mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking

Behandeling van mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking kenmerkt zich over het algemeen door:

- kortere sessies, soms meerdere malen per week
- behandlesessies vinden plaats in de leefomgeving van de cliënt
- intensieve samenwerking met het systeem rond de cliënt
- advisering, begeleiding van het systeem (soms zelfs uitsluitend)

Een casus

Dina is een ernstig verstandelijk beperkte vrouw van 35 jaar oud. Ze woont op een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Dina functioneert op laag associatief niveau, kan niet praten, wel lopen, maar is verder intensief verzorgingsbehoefstig.

Er wordt bij haar een geslachtsziekte geconstateerd, waarna ze aangemeld wordt voor PMT.

Al geruime tijd hiervoor zijn er problemen met Dina. Ze is agressief, slaat, spuugt en schopt en is daardoor zeer moeilijk te benaderen. De groepsbegeleiding houdt continu een veilige afstand van haar. Dina vertoont ook veel automotilerend gedrag, met name in de badsituatie en bij het naar bed gaan. In deze situaties wordt Dina met haar handen vastgebonden en begeleid door twee personeelsleden.

Na een observatie in de thuissituatie (en het bestuderen van de voorgeschiedenis) wordt vastgesteld dat de klachten van Dina en haar begeleiding waarschijnlijk terug te voeren zijn op seksueel misbruik.



PMT lijkt geïndiceerd met als doelstellingen:

- Dina voelt zich weer veilig bij anderen
- Dina kan enige controle uitoefenen op haar omgeving
- Dina beleeft haar lichaam weer als positief
- De begeleiding voelt zich weer veilig bij Dina

In eerste instantie wordt samen met het begeleidend team gezocht naar een aantal praktische oplossingen. In de badsituatie wordt naast Dina op hetzelfde moment ook een andere, rustige bewoner gewassen en aangekleed. Bij het wassen wordt Dina alleen aangeraakt met een spons en ze krijgt in haar vastgebonden handen een plastic speeltje.

Bij het naar bed gaan wordt een ritueel ingebouwd; alle handelingen worden in een vaste volgorde verricht en begeleid door een liedje.

Na zo'n twee weken blijkt aan de hand van de scores op een observatielijst dat met name bij het naar bed gaan minder problemen optreden. Dina is meer ontspannen en lijkt af en toe zelfs te luisteren naar het liedje. De begeleiding komt zelf met de suggestie om ook in de badsituatie een liedje te maken.

De PMT-ster gaat aanvankelijk drie en later twee keer in de week met Dina de snoezelruimte van de woning in. De sessies duren in het begin slechts zo'n tien minuten.

Later is het mogelijk wat langer samen in de snoezelruimte te verblijven (ongeveer een half uur). Van iedere sessie wordt een video-opname gemaakt die regelmatig wordt bekeken met de begeleiding. Samen met de begeleiding wordt gekeken welke signalen Dina uitzendt, hoe deze geïnterpreteerd kunnen worden en wat ze betekenen voor de interactie met Dina.

In de snoezelruimte heeft de therapeut voor zichzelf met blokken een kleine ruimte afgebakend waarachter ze



blijft zitten.

De therapeut maakt alleen verbaal contact met Dina. De eerste sessie ploft Dina bij binnenkomst op een stoel neer en blijft daar zitten. Vooral wanneer de therapeut praat, begint Dina zichzelf te slaan en bijt in haar arm. De deur naar de groep gaat niet op slot. De sessie eindigt wanneer Dina de deur uitloopt en niet terugkeert. Na vijf weken is Dina rustiger. Ze blijft zo'n tien minuten en gaat af en toe lopen door de ruimte. De therapeut blijft zitten in het 'hokje' en verwoordt wat Dina doet. Tijdens de zevende week gaat Dina in de grote schommelboot zitten, vlak naast het 'hokje' van de therapeut. Terwijl de therapeut tegen haar blijft praten, schommelt ze na een poosje met één hand de boot heen en weer. Als Dina aanstalten maakt om weer uit de boot te stappen, stopt de therapeut het schommelen en trekt haar hand terug. Langzamerhand ziet de therapeut dat Dina ontspant in de boot. Van alert zitten in de boot, ligt ze nu soms heel kort in de boot.

De negende week lijkt Dina te experimenteren met de therapeut. Ze maakt aanstalten om de boot uit te gaan, waarop de therapeut het schommelen stopt. Dina gaat weer zitten en maakt een schommelende beweging, waarop de therapeut het schommelen hervat. Dit herhaalt zich een aantal malen. De therapeut probeert te variëren in schommelsterkte. Dina geeft aan wanneer de therapeut moet stoppen.

In de elfde week breekt de therapeut het hok langzaam af, maar blijft verder zitten op haar plek. De week hierna biedt de therapeut Dina een bal aan. Ze gooit hem telkens weg, waarna de therapeut hem ophaalt en teruggeeft. In het begin doet Dina dit geïrriteerd, maar later toont ze zich meer betrokken en volgt met haar ogen de bewegingen van de therapeut door de ruimte. In de veertiende week biedt de therapeut Dina haar handen aan. Dina kijkt ernaar, draait zich weg, maar komt weer terug en pakt ze even beet.



In de weken erna probeert de therapeut dit aanraken, telkens op initiatief van Dina, uit te bouwen. Na achttien weken gebeurt er iets onverwachts. De therapeut zit in het zaaltje, Dina komt uit haar stoel en gaat naast de therapeut liggen met haar hoofd op de therapeut haar schoot.

Na nog enkele weken uitbouwen van het lichamenlijk contact, voorzichtig met regelmatige en steeds gelijke bewegingen besluit de therapeut de opgedane ervaring te gaan uitbreiden naar het dagelijkse leven van Dina.

Er wordt begonnen in de badsituatie, samen met een groepsbegeleidster. In eerste instantie maakt de therapeut alleen een hand los van Dina en wast deze heel uitgebreid. Deze hand wordt weer vastgemaakt, waarna Dina verder door de groepsbegeleidster gewassen wordt. Een volgende keer wast de therapeut beide handen en zo wordt stapje voor stapje verder gegaan. Ook de groepsbegeleiding volgt de stappen op de dagen dat de therapeut niet aanwezig is. Een persoon wast een gedeelte van Dina uitgebreid terwijl haar handen los zijn, de ander maakt het af.

Momenteel (na 35 therapieweken) wast de therapeut Dina samen met een groepsbegeleidster, terwijl Dina één hand los heeft waarmee ze zelf ook helpt wassen. Van het wassen van haar armen, voeten en gezicht kan Dina erg genieten. Bij het wassen van de rest van haar lijf is de toenemende spanning voelbaar. Soms vraagt Dina op dat moment zelf ook om haar andere hand vast te maken. In principe is het echter niet meer nodig Dina met z'n tweeën te wassen. Toch probeert men dit nog wel zoveel mogelijk te doen, omdat het Dina veiligheid lijkt te bieden.

Na ruim een jaar therapie is de situatie voor Dina en haar begeleiding heel wat minder uitzichtloos dan bij aanvang



van de behandeling. Het agressieve en automutulerende gedrag komt nog wel voor, maar is zowel qua frequentie, duur als intensiteit aanzienlijk afgenomen. Dina maakt een minder in zichzelf gekeerde, meer ontspannen indruk. Op goede momenten zoekt Dina zelf lichamenlijk contact door een hand van de begeleiding te pakken en over haar hoofd te strelen.

Wanneer Dina genoeg heeft van lichamenlijk contact of nabijheid van anderen kan ze dit over het algemeen op adequate, non-verbale wijze aangeven. De begeleiding heeft geleerd om deze signalen van Dina op te pikken en er adequaat op te reageren.



Dit boekje over PMT is tot stand gekomen vanuit intensieve samenwerking van diverse psychomotorisch therapeuten werkzaam in Zuid-Holland en Midden-Nederland.

DE BRUGGEN LOCATIE HUIZE URSULA

Nieuwveen
Raymond Daniëls
tel. 0172-535745
r.daniels@debruggen.nl



ASVZ ZUID WEST

Sliedrecht
Paul Timmers
tel. 0184-491200
p.timmers@asvzzuidwest.nl



's HEEREN LOO WEST-NEDERLAND

Noordwijk
Sander Fauth
tel. 071-3642741
sander.fauth@sheerenloo.nl



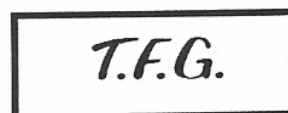
PRIVÉPRAKTIJK BERGAMBACHT

Annelies Eijselendoorn
tel. 06-22193895
a.eijselendoorn@planet.nl



PRIVÉPRAKTIJK BOSKOOP

Tom F. Gravestein
tel. 06-51786223
gravestein@hetnet.nl



PRIVÉPRAKTIJK NIEUWKOOP / DEN HAAG / ROTTERDAM

Sander Fauth
tel. 06-54747897
s.fauth@psychomotorischtherapeut.nl
www.psychomotorischtherapeut.nl



PRIVÉPRAKTIJK ZEVENHOVEN

Heine Sikkel
tel. 06-12312242
h.s.sikkel@freeler.nl



PRIVÉPRAKTIJK BOSKOOP

Martien van de Wijdeven
tel. 06-52020330
mwijdeven@wanadoo.nl
www.pmtpraktijkmwijdeven.nl



Voor de regio Midden-Nederland:

PRIVÉPRAKTIJK HILVERSUM

Irma de Leeuw
tel. 06-28517695
irma.de.leeuw@wanadoo.nl

