

PMT, werkt het en hoe dan?

Ervaringen van cliënten met een licht verstandelijke beperking die PMT kregen om hun boosheid en/of agressief gedrag te leren reguleren

Door: Tina Bellemans, Marieke van Gool, Thijs Post en Joeske van Busschbach



Lichaamssignalen kunnen gebruiken als informatiebron en vervolgens adequaat kunnen reageren, het lijkt voor de hand te liggen. Maar lukt het cliënten met een lichte verstandelijke beperking om te herkennen dat de spanning oploopt en om vervolgens af te koelen tijdens hun PMT-behandeling? En gaat het dan enkel om het trucje van je lichaamssignalen herkennen en dan gaan bewegen om de spanning weer te laten zakken? Of is de meerwaarde van de therapeutische relatie doorslaggevend? De studie waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan geeft inzicht in hoe PMT werkt om beter om te leren gaan met boosheid en/of agressief gedrag te reguleren, daarbij bekeken door de bril van de cliënten.

Inleiding

Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) is agressief gedrag een veelvoorkomend probleem. De prevalentie ligt tussen de 10-20% tot zelfs 50% binnen instellingen voor mensen met 'ernstig verstoord gedrag' (Bowring et al., 2017; Tenneij & Koot, 2008). Agressief gedrag heeft niet alleen zijn weerslag op de persoon zelf, maar ook op zijn omgeving, zoals familie en begeleiding. Daarnaast leidt het geregeld tot andere psychische problemen, afzondering en separatie (Hensel, Lunsky & Dewa, 2014; Woods & Ashley, 2007). Agressief gedrag wordt vaak veroorzaakt door problemen met het reguleren van emoties zoals boosheid. Deze emoties gaan altijd gepaard met een verhoogde mate van arousal die op te merken is door verschillende lichaamssignalen, zoals een verhoogde hartslag (De Looft et al., 2019). Binnen psychomotorische therapie (PMT) is nadrukkelijke aandacht voor lichaamssignalen. Met name bewustwording van lichaamssignalen én het kunnen gebruiken van de juiste copingvaardigheden vormen de hoofdelementen in het leren omgaan met boosheid (Bellemans et al., 2018). Wanneer een persoon in staat is om lichaamssignalen die horen bij boosheid te herkennen bevordert dit zijn emotieregulatie, waardoor mogelijk agressief gedrag voorkomen wordt (Boerhout et al., 2013; Füstös et al., 2013; Price & Hooven, 2018; Zwets et al., 2016).

Door het ervaringsgerichte karakter past PMT als behandelvorm bij uitstek bij mensen met een LVB. Ten eerste hebben zij door cognitieve beperkingen vaak moeite met abstract leren. Het 'leren door te doen' lijkt hierdoor geschikt (De Beer, 2012; Došen, 2008; Lindsay, Taylor & Sturmey, 2004; De Witte et al., 2016). Ten tweede staat binnen PMT het lichaam, met de hierbij horende motoriek en lichaamsbeleving, centraal wat goed aansluit bij de vaak sterk lichamelijk bepaalde belevingswereld van deze doelgroep (Colla, 1994; Kars & Wibier, 1996; Hensen, 2005; Emck & Scheffers, 2019). De meerwaarde van PMT is dat cliënten bij bewegingssituaties verschillende emoties en oplopende spanning aan den lijve kunnen ervaren en deze leren herkennen. Op gecontroleerde, veilige wijze kan

” Het herkennen van lichaamssignalen bleek een voorwaarde om boosheid te kunnen reguleren.

geoefend worden om anders om te gaan met spanningsvolle situaties. Deze manier van benaderen (namelijk 'doen' in spel en bewegen) spreekt zowel het emotionele, relationele, cognitieve als het motorische brein aan (De Lange, 2010). Cliënten kunnen nieuwe of alternatieve ervaringen opdoen en daarmee hun gedragsrepertoire en -mogelijkheden uitbreiden (Emck & Scheffers, 2019; Probst, 2017).

PMT wordt vaak ingezet bij mensen met een LVB, zeker wanneer er problemen zijn met het reguleren van emoties en agressief gedrag (Bellemans et al., 2018; GGZ Standaarden, 2020). Psychomotorisch therapeuten zien het verbeteren van copingvaardigheden en het verbeteren van lichaamsbewustzijn bij boosheid als werkzame specifieke factoren van PMT (Bellemans et al., 2018). We weten echter niet of dit ook zo ervaren wordt door cliënten. Daarnaast blijkt de therapeutische relatie belangrijk voor het ervaren effect van een behandeling (De

IN DIT ARTIKEL

- Het verslag van kwalitatieve interviews met cliënten met een lichte verstandelijke beperking die deelnamen aan psychomotorische therapie gericht op boosheid en agressie.
- De rol van het lichaamsbewustzijn bij het reguleren van oplopende spanning.
- Het belang van de therapeutische relatie en de rol van de psychomotorisch therapeut bij verbinding met dagelijks leven cliënten.

” In een veilige context kunnen inzichten worden opgedaan.

Winter & Brozdek, 2004), ook binnen vaktherapie bij patiënten in de ggz (Heynen et al., 2017). In welke mate dit ook geldt voor LVB-cliënten is niet bekend.

Tot nu toe ontbreekt kwalitatief onderzoek naar ervaringen van personen met een LVB die verwezen werden naar PMT voor boosheidsregulatie. Een dergelijke benadering kan belangrijke informatie geven over de werkende en niet werkende elementen van de therapie, waardoor kwaliteit en effectiviteit verbeterd kunnen worden (McDonald et al., 2003; Walmsley, 2004). Dit onderzoek richt zich daarom op de vraag: *Is PMT werkzaam volgens cliënten met een LVB en wat veronderstellen zij als zijnde werkende mechanismes van PMT gericht op boosheidsregulatie en/of het omgaan met agressief gedrag?*

Methode

Deelnemers

Zeven cliënten, vier mannen en drie vrouwen, namen deel aan deze studie. Zij hadden hun laatste sessie PMT afgerond in de maand voorafgaand aan het interview (zie Tabel 1 voor kenmerken van de deelnemers). Pseudoniemen zijn gebruikt om anonimiteit te verzekeren. De leeftijd van de deelnemers ligt tussen de 19 en 60 jaar, met een gemiddelde van 36,7 jaar. Het gemiddelde IQ was 73 (SD=9.62, spreiding: 60-85). Twee deelnemers hadden nog andere diagnoses naast de verstandelijke beperking en verbleven in een wooninstelling voor mensen met verstandelijke beperkingen (VB). Eén deelnemer woonde zelfstandig en de overige woonden begeleid.

Behandeling

De deelnemers kregen wekelijks een uur individuele PMT gericht op omgaan met boosheid en agressief gedrag, geduren-

TABEL 1

Kenmerken van de deelnemers

Variabelen	Deelnemers (pseudoniemen)						
	Janny	Ivy	Daniël	Janet	Jakob	Eduard	Gene
Man/Vrouw	Vrouw	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Man	Man
Leeftijd (jaren)	34	28	21	60	53	42	19
Extra diagnose	Motorische beperking Epilepsie	/	/	/	/	/	Autisme
IQ score	64	83	85	67	77	76	60
Leefsituatie	Instelling voor mensen met VB	Begeleid wonen, samen met mensen met een VB	Begeleid wonen, samen met mensen met een VB	Zelfstandig wonen	Begeleid wonen, samen met mensen met een VB	Begeleid wonen, samen met mensen met een VB	Instelling voor mensen met VB
PMT	Standaard	Standaard (1 jaar geleden) + booster sessies	Voor de tweede keer (eerste keer tijdens kindertijd)	Standaard	Standaard	Voor de tweede keer (eerste keer > 10 jaar geleden)	Standaard
Aantal sessies (1x/week)	43	22 + 4 booster sessies	28	16	32	15	54

de een periode van 15 tot 54 weken (met een gemiddelde van 30 weken) (zie Tabel 1). Naast oefengerichte en ervaringsgerichte PMT-sessies kregen de cliënten thuisopdrachten mee om de geleerde vaardigheden te oefenen met een begeleider of zelfstandig.

Procedure

Deze studie is goedgekeurd door de wetenschappelijke/ethische commissie van het *Behavioural Science Institute* van de Radboud Universiteit (ECSW-2019-080). Deelnemende instellingen gaven toestemming om data te verzamelen. De inclusiecriteria voor deelnemers waren: (a) een IQ-score tussen 50 en 85 (LVB), (b) 18 jaar of ouder, en (c) de laatste PMT-sessie maximaal een maand voor het interview. Deelnemers werden individueel benaderd en, indien het *informed consent* werd ondertekend, geïnterviewd op de eigen woonplek. Twee persoonlijke begeleiders, gekoppeld aan deelnemers met laagste IQ-niveaus en beperkte verbale capaciteiten, werden met toestemming van de deelnemers benaderd voor extra informatie. Na vergelijking konden de antwoorden van de deelnemers zo worden bevestigd; een procedure aangeraden door Hollo-motz (2018). Deelname werd beloond met een kleine attentie (stressbal).

” Ze behandelde me als een volwaardig iemand. Als een volwassene.

Interviews werden afgenomen tussen januari en juli 2020. Een interviewschema werd opgesteld met zes onderwerpen: (a) aard van de emotieregulatie problemen waarvoor men was doorverwezen naar PMT, (b) ervaren uitkomsten van de PMT, (c) wat zij hadden geleerd van de PMT-opdrachten of -activiteiten, (d) welke opdrachten of activiteiten zij nog steeds toepassen, (e) aard van emotieregulatie op dit moment, en (f) leuke en minder leuke aspecten van PMT.

De interviews duurden gemiddeld 52 minuten (range 24-68 minuten). Alle interviews werden opgenomen en uitgeschreven met toestemming van de deelnemers.

Data-analyse

De ervaringen van de deelnemers werden in kaart gebracht met een interpretatieve fenomenologische analyse (IPA; Smith et al., 2009). Om dit te doen las en herlas de onderzoeker de transcripties en notities bij de interviews en markeerde de inhoud, jargon en mogelijke conceptuele en contextuele elementen. Aan patronen binnen de transcripties en notities werden thema's toegewezen die weer tot overkoepelende thema's werden gegroepeerd. Dit proces leidde tot thema's die voor

alle deelnemers golden. Om ervoor te zorgen dat dit proces zorgvuldig werd uitgevoerd, werden de interpretaties door een tweede onafhankelijke beoordelaar gecontroleerd. Bij inconsistenties werd er overlegd tot overeenstemming werd bereikt. Verder werd er een reflexief dagboek bijgehouden in het kader van de betrouwbaarheid van het proces van dataverzameling en -analyse.

Resultaten

A. Specifieke therapeutische factoren

Als specifieke werkzame elementen van PMT kwamen twee factoren naar voren: het versterken van lichaamsbewustzijn (bij boosheid en oplopende spanning) en copingvaardigheden.

Lichaamsbewustzijn

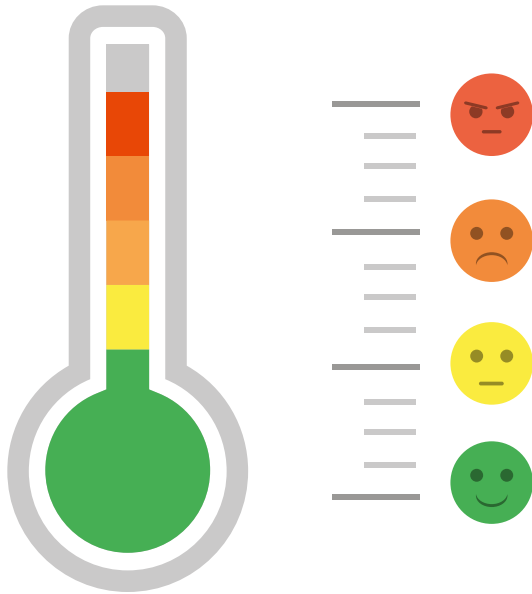
Cliënten gaven aan dat ze door PMT weer meer in contact kwamen met hun lichaam. Ze voelden meer wat er gebeurde in hun lichaam als ze boosheid ervoeren. Daarnaast gaven ze aan hun lichaam meer te gaan gebruiken als informatiebron. Het herkennen van lichaamssignalen bij boosheid bleek een voorwaarde om boosheid te kunnen reguleren. Cliënten gaven aan dat het belangrijk was om zich bewust te worden van oplopende spanning.

Euhm nu na PMT kan ik het heel goed merken ja, want dan ga ik mijn vuisten ballen en word ik chagrijnig of dan dan dan dan ga ik wat boos reageren, kortaf reageren. En voor PMT wist ik dat helemaal niet. (Daniël).

Als mijn ogen zwart worden... en mijn hele gezicht wordt warm en euhm me handen worden warm, (hij blijft 8 tellen stil) dan weet ik, ik ben boos. (Gene)

Het gebruik van een spanningsthermometer (zie Figuur 1), een schaal met kleuren die oplopende spanning visueel kan maken (groen, oranje, rood), lijkt voor cliënten helpend te zijn om hun spanningsniveau te leren herkennen en aan te geven.

Wat wij hebben geleerd is om het [bij de spanningsthermometer] tot oranje te laten komen en dan weg te lopen, of dan aan te geven dat je naar achteren wil. Dat kon je dan leren met de oefeningen dat ze [PMT'er] naar me toe kwam lopen en ik moest dan stop zeggen als ik merkte 'ik zit op oranje'. En als ik dan gewoon een stapje naar achter zette merkte ik dat ik weer rustig naar groen ging. (Jakob)



Figuur 1: De spanningsthermometer.

Copingvaardigheden

Naast het lichaamsbewustzijn bij boosheid, gaven cliënten aan dat copingvaardigheden, geleerd tijdens de PMT, hen hielpen om met boosheid om te gaan. Het ging dan vooral om hulp vragen, weglopen en bepaalde technieken om spanning weer te verminderen. Door spannende opdrachten in te zetten, leren cliënten wat ze kunnen gebruiken om spanning te laten zakken. Vooral bij deze doelgroep is het van belang om het oefenen te herhalen. PMT is op deze wijze meer pragmatisch in plaats van inzichtgevend.

Als ik merk dat de spanning hoog is, en het is echt erg, dan ga ik wandelen en even langs de dieren. Dan weet ik, ik heb spanning en daar kan ik ontspannen. Dat heb ik ook geleerd bij de PMT. Als ik merk dat ik spanning niet zelf omlaag krijg, ga ik naar de paarden. Ja, eerst loop ik weg, telt tot tien. Vaak kan ik dan al weer rustig zijn hoor. Maar soms moet ik dan ook nog eens letten op mijn ademhaling. En als dat niet lukt, even stukje lopen. En het laatste redmiddel zijn de paarden en koeien. (Daniël)

Ook wanneer cliënten meer moeite hebben met woorden geven aan situaties of reflecteren over hun gedrag, lijkt PMT met name door het concrete karakter toepasbaar, zoals te zien is in de gesprek met Gene.

Therapeut: *Heb je ook oefeningen die je helpen om te ontspannen?*

Gene: *Alleen inademen door je neus... en twee handen op de borst en de buik op en neem (hij is 15 tellen stil).*

T.: *En heb je nog meer aan zulke trucjes die je tot rust brengen?*

G: *Het belangrijkste wat ik heb geleerd is hulp vragen... (hij is 10 tellen stil) en omgaan met mijn boos zijn. (hij is 15 tellen stil)*

T.: *Kan je er een voorbeeld van geven?*

G: *Hoe zal ik dat gaan uitleggen? Euhm... (Gene doet nu voor dat hij zijn handen op zijn buik legt en dan gaat hij ademen)*

naar zijn buik. In langs zijn neus, uit langs zijn mond. Hij laat een rustige ademhanding zien en lijkt geconcentreerd op zijn handen die op en neer gaan.)

Cliënten gaven aan dat er binnen PMT ook aandacht is voor het erkennen van gevoelens van boosheid. Voor hen blijkt het waardevol te zijn wanneer deze gevoelens symbolisch aan de orde komen tijdens een activiteit. Op die manier kunnen opgekropte emoties visueel en voelbaar gemaakt worden en tot inzicht leiden. En ook kan spanning weer zakken door het uiten of alleen maar het erkennen van de emotie, zoals Janny ervoer:

Janny: *Dat we soms ook een toren of een huis gingen bouwen van blokken... en dat ik het dan om mocht gooien.*

Therapeut: *Ja, en waarom deden jullie dat dan?*

J: *Soms om de boosheid ook eruit te gooien, want met blokken mag dat (...) Dan kan er niks stuk en dan kan je wat je hebt opgebouwd aan de spanning laten instorten, dat voelt fijn als de spanning dan weg valt.*

Daarnaast bleek het belangrijk dat de PMT'er met de cliënt deze vaardigheden herhaalt in verschillende oefeningen. Volgens de cliënten was het helpend als de oefensituatie eerst zo dicht mogelijk bij hun eigen leefwereld aansloot en daarna het geoefende gedrag ook in nieuwe veilige PMT-oefeningen terugkwam.

” Er ontstaat verbinding tussen cliënt, begeleiding en therapeuten door een gemeenschappelijke taal

Vaak waren het activiteiten die ik eerst niet wilde doen omdat ze weerstand opleverden. Dan hadden we daar een gesprek over deze situatie en legde ze ook de link naar wat afgelopen week gebeurde en hoe dat dezelfde reactie was. En dan gingen we op zoek naar andere manieren. (Jakob)

Voor cliënten bleek van belang dat ze gestimuleerd werden het geleerde ook zelf in te zetten in het dagelijks leven, bijvoorbeeld door de thuisopdrachten waarmee ze samen met de (persoonlijk) begeleiders konden oefenen. De uitwisseling van informatie van (persoonlijk) begeleiders met de therapeut en omgekeerd is hierin ook een belangrijk element.

B. Non-specifieke therapeutische factoren

Therapeutische relatie

Alle cliënten benadrukten de rol van de therapeut in hun therapieproces, waarbij de therapeut een duidelijk aandeel had in de ervaren positieve bijdrage van PMT. Waardevolle elementen die aangegeven werden bij het opbouwen van deze relatie waren: het goed kunnen afstemmen op de cliënt, het kunnen verwoorden/uiten van de gevoelens van de cliënt, het geven van onvoorwaardelijke steun en een betrouwbare, respectvolle relatie aan kunnen gaan. In onderstaand voorbeeld wordt

gesproken over het gebruiken van humor tijdens de PMT-sessies. Hieruit blijkt dat humor gebruiken het resultaat is van een goede therapeutische relatie en zorgt dat de therapeutische context veilig en uitdagend blijft om fouten te kunnen maken.

Ze [de PMT'er] kan mij helpen om woorden te geven aan dat wat ik voelde en wat er gebeurde. Zij begrijpt mij echt en is er altijd voor me. Ik mag ook fouten maken bij de PMT. (Janny)

Dus ja, je bouwt een band op met de therapeut dus je laat meer dingen varen dan wanneer je geen band hebt opgebouwd met iemand. (Eduard)

Door het mogen – en soms zelfs moeten – maken van fouten tijdens het experimenteren met nieuw gedrag, is de context zo veilig dat er vooral succeservaringen (en dus inzicht) kan worden opgedaan in plaats van faalervaringen. Hierin heeft de therapeut een belangrijk aandeel omdat hij/zij zorgt voor de uitdagende en veilige situatie. Maar ook door adviezen te geven of door fouten zichtbaar te maken. Dit laatste kan door ze zelf te maken of via contextmanipulatie ervaringen en gedragingen uit te lokken bij de cliënt.

Het gekke is dat als hij dat [het uitlokken/uitdagen] niet had gedaan, dan had ik inderdaad ook niet zoveel geleerd (...) Het meest stomme was ook echt het meest leerzame aan PMT. (...) Hij [de PMT'er] daagde me dan wel uit, maar op zo'n manier dat ik me ook wel echt geholpen voelde. (...) Door het petje [de uitdager] die de therapeut opzetten om duidelijk te maken dat hij in die rol zat] kon je het wel echt zien dat hij de uitdager speelde en dat hij als persoon daarna wel heel goed alles kon verwoorden wat hij zag en voelde, zelfs wat ik deed en voelde. (Daniël)

En dat maakt de PMT gewoon sowieso leuk dat we gewoon aan de slag gingen. Oefeningen die je gelijk kan gebruiken. En het is ook helemaal niet erg om fouten te maken. Dat heb ik ook echt geleerd. (Ivy)

Daarnaast is het opvallend dat de gelijkwaardigheid tussen therapeut en cliënt als heel belangrijk werd ervaren. Het samen komen tot oplossingen door het inzetten van co-creaties wordt hierin vaak genoemd.

Door het er ook over te hebben met elkaar en vooral ook samen oplossingen bedenken hoe het ook kan en die dan samen uitproberen, dat is echt de kracht van de PMT. Het samen bedenken, samen doen, zodat je moet en vooral het gesprek dat je dan ook samen hebt. Eigenlijk ook het openstaan en het ook omzetten van als ik ergens mee zat. (Jakob)

Ja! Maar het is ook belangrijk dat ze PMT ook als de volwassenvariant aanbieden. Ze nemen me serieus en ze luisteren goed en vallen pas in de rede als ik stil val en ... en ze legt uit op een volwassen manier en niet op kinderachtige manier. Ze behandelde me als een volwaardig iemand. Als een

” Als ik merk dat ik spanning niet zelf omlaag krijg, ga ik naar de paarden

volwassene. En dat doen soms andere therapeuten niet, want dan behandelen ze me als een kind. (Eduard)

De rol van de therapeut in de transfer

De psychomotorisch therapeut blijkt de brug tussen de geleerde copingvaardigheden en het toe kunnen passen van deze copingvaardigheden buiten de PMT-zaal, zoals op de woongroep of het werk. Zo fungeert de psychomotorisch therapeut niet zelden als een actieve schakel tussen de cliënt en de begeleiding, bijvoorbeeld door informatie op te halen bij de groep om als concrete voorbeelden te gebruiken in de zaal. Ook kunnen thuisopdrachten ingezet worden, zodat de cliënt met begeleiders kan oefenen in zijn dagelijkse leven. Deze verbinding wordt soms ook letterlijk tot stand gebracht door (persoonlijk) begeleiders mee te laten komen tijdens de PMT-sessies, zodat zij zien hoe de cliënt zijn vaardigheden kan inzetten of door samen te oefenen met de cliënt. Ook ontstaat er verbinding door het formuleren en stimuleren van een gemeenschappelijke taal tussen alle betrokkenen (cliënt, begeleiding, therapeuten).

Gene werkt met een spanningsthermometer, en wanneer we [de begeleiding] merken of zien dat hij het niet goed begrijpt – zoals nu – wat gespannen is, of soms wat bozig wordt, dan kunnen we gebruik maken van de spanningsthermometer. Dan kunnen we vragen welke kleur heb je nu. En als hij dan zegt oranje, dan kunnen we er nog over in gesprek. Dus dat zijn wel eens de stapjes die we ervoor doen, voordat hij echt agressief wordt. Dus in oranje kunnen we er nog over praten, het even bijsturen. (...) Dan vragen we wel eens "Wat is er aan de hand?" en "Waarom?" en "Hoe kunnen we zorgen dat je hoofd weer leeg wordt?" (begeleider Gene)

Psycho-educatie over de cliënt aan (persoonlijk) begeleiders blijkt eveneens door de PMT'er gebruikt te worden om een brug te slaan tussen cliënt en begeleiding. Tenslotte kunnen gemeenschappelijke doelen geformuleerd worden, waardoor de cliënt in zijn dagelijkse leven en tijdens de PMT-sessies ondersteund wordt om te werken aan deze doelen.

Als voorbeeld noemen we hier de situatie van Eduard. Tijdens de PMT-sessies werd duidelijk dat de theemomenten op de groep hem soms spanning gaven. Zo werd door Eduard aangegeven in het interview dat hij niet meer naar theemomenten gaat wanneer zijn spanning hoog is. "Dan weten de begeleiders ook gewoon dat er wat aan de hand is met me." Voor begeleiders is dit een aanpassing van de standaard manier van werken.

Het kunnen leveren van maatwerk lijkt een belangrijke vaardigheid te zijn voor de psychomotorisch therapeut werkzaam met deze doelgroep. Elke individuele cliënt met zijn individuele hulpvraag vraagt om een andere attitude van de therapeut en andere interventies. De interventies hebben wel dezelfde doe-

TABEL 2

Ervaringen van de cliënten die PMT hebben afgerond gekoppeld aan werkingsmechanismes zoals beschreven door Van Hooren et al. (2021).

Belangrijke elementen zoals weergegeven door de cliënten die PMT hebben afgerond	Vier werkingsmechanismen zoals beschreven door Van Hooren et al. (2021)
Copingvaardigheden bij spanning / verhoogde arousal	Arousal-regulatie
Herkennen van lichaamssignalen en verbeteren van lichaamsbewustzijn	Lichaamswaarneming/ - bewustzijn
Kunnen uiten van spanning en boosheid	Proces van expressie, creativiteit en flexibiliteit
Kunnen herkennen wat er in het lichaam gebeurt bij oplopende spanning en boosheid en oefenen met copingvaardigheden	Affect- en emotieregulatie

len maar zijn vaak net verschillend omdat ze allemaal aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt.

Herhaling van geleerde vaardigheden is een ander belangrijk aandachtspunt dat aan de orde komt tijdens de interviews. Cliënten zijn erg tevreden over het inzetten van boostersessies. Op die manier beklijft het geleerde, of kan dit bij kleine terugval gelijk opgepakt worden zonder dat er weer een geheel therapietraject moet worden opgezet.

Discussie

Het doel van deze studie was om te onderzoeken wat volgens cliënten met een LVB de werkende mechanismes van PMT zijn gericht op boosheidsregulatie en/of het omgaan met agressief gedrag. Uit de interviews kwamen naast de specifieke therapeutische factoren nadrukkelijk de non-specifieke therapeutische factoren naar voren als werkzame elementen van de PMT. Waar het gaat om de specifieke therapeutische factoren gaven cliënten aan dat ze tijdens de PMT-sessies meer lichaamsbewustzijn verkregen hebben waardoor zij de lichaamssignalen bij boosheid beter herkennen en meer copingvaardigheden geleerd hebben om te kunnen omgaan met boosheid. Deze vaardigheden worden, conform het beroepsprofiel (NVPMT, 2021) niet op zichzelf staand geleerd aan cliënten, maar geïntegreerd en gepersonaliseerd aangeboden, ingeïmmeerd en indien mogelijk eigen gemaakt. De beschreven resultaten sluiten aan bij wat door de psychomotorisch therapeuten werd genoemd als werkende mechanismen bij PMT gericht op reguleren van boosheid en agressie (Bellemans et al., 2018) en de zes werkingsmechanismen die gelieerd zijn aan de vijf vaktherapeutische disciplines, zoals beschreven door van Hooren et al. (2021). Zie ook Tabel 2, waarin vier van deze werkingsmechanismen overeenkomen met de werkzame elementen die cliënten aangeven in dit onderzoek.

Ook De Witte et al. (2016) schetsen hoe lichaamservaringen voorwaardelijk zijn om te kunnen komen tot emotie(h)erken-

ning, wat op zijn beurt nodig is om te komen bij agressieregulatie. Gekoppeld aan de inzichten van Van Hooren et al. (2021) geeft dit onderbouwing aan de conclusie dat arousal-regulatie, lichaamswaarneming/bewustzijn, het proces van expressie, creativiteit en flexibiliteit voorwaarden zijn om aan affect- en emotieregulatie te kunnen werken.

” **Spanning kan zakken door het uiten of het erkennen van de emotie**

Als non-specifieke therapeutische factoren noemden cliënten de therapeutische relatie en de rol van de therapeut in de transfer van het geleerde naar het dagelijkse leven. De bijdrage van de non-specifieke therapeutische factoren komt overeen met Franks transculturele model (zie Whampold, 2019), dat wordt gebruikt in psychotherapie. De basis is de vertrouwensrelatie die ontstaat tussen therapeut en cliënt waardoor een veilige setting gecreëerd wordt om ervaringen op te doen en te kunnen oefenen met alternatief gedrag. Daarbij is van belang is dat er overeenstemming is tussen cliënt en therapeut over de doelen waaraan samen gewerkt wordt.

Sterktes en zwaktes van dit onderzoek

Opgemerkt kan worden dat er weinig cliënten zijn bevestigd maar dat wel saturatie is bereikt (Smith et al., 2009). Daarnaast sluit de IPA-methode, die als richtlijn vijf tot tien deelnemers heeft, goed aan bij het beschrijven van de ervaringen van de cliënten met een LVB (Rose et al., 2019) terwijl de onderzoeker dynamisch betrokken kan zijn bij het analyseren van een dergelijk kleine sample cliënten.

De resultaten van het onderzoek moeten echter wel met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Sommige cliënten met een laag IQ hadden moeite met het verwoorden van emoties en waren geneigd om sociaal wenselijke antwoorden te geven. Corby et al. (2015) verwijzen ook naar dit probleem en

benadrukken dat cliënten met een LVB moeite kunnen hebben met het verwoorden van emoties. Ook zijn cliënten onderzocht een maand na het afronden van hun laatste PMT-sessie waardoor zij moesten nadenken en reflecteren over dingen uit het verleden, wat over het algemeen lastig is voor deze doelgroep. Om dit te ondervangen is ook navraag gedaan bij hun (persoonlijk) begeleiders waarna antwoorden werden vergeleken. Hieruit bleek een overeenkomstige kijk op PMT van cliënten en begeleiders. Hiermee zijn de antwoorden van de cliënten gevalideerd.

Een ander discussiepunt is dat alleen cliënten hebben deelgenomen die het PMT-traject ook echt hebben afgerond. Hierdoor zijn cliënten die voortijdig het PMT-traject hebben gestopt niet meegenomen in dit onderzoek. Dit maakt dat er mogelijk een vertekend en eenzijdig beeld van PMT verkregen wordt. Dit is in lijn met andere onderzoeken, zoals studies gericht op ervaringen met mindfulness-interventies bij deze doelgroep (e.g. Currie et al., 2019). Toekomstig onderzoek zou zich kunnen focussen op procesevaluaties gedurende de gehele PMT-interventie met zowel kwantitatieve als kwalitatieve methodieken. Bijvoorbeeld door vragenlijsten af te nemen met betrekking tot het lichaamsbewustzijn bij boosheid en copingvaardigheden, en tevens de ervaringen van cliënten tijdens het therapieproces in kaart te brengen. Door een dergelijke *mixed methods* aanpak wordt niet alleen meer inzicht in het proces verkregen, maar kunnen bestaande veronderstellingen over het theoretisch fundament voor de PMT beter worden onderbouwd.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat binnen PMT zowel de specifieke PMT-factoren als de non-specifieke therapeutische factoren van belang zijn. Geïntegreerd versterken zij de leercurve om naar eigen gedrag te kunnen en durven kijken en hier actief iets aan te veranderen. Psychomotorisch therapeuten zetten de

SAMENVATTING

Psychomotorische therapie (PMT) wordt vaak ingezet ter vermindering van boosheid en agressief gedrag bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Hoe deze cliënten PMT ervaren is niet eerder onderzocht. In dit onderzoek zijn daarom de ervaringen van zeven cliënten geanalyseerd met behulp van Interpretatieve Fenomenologische Analyse. Volgens de cliënten spelen zowel het ervaringsgerichte karakter als de therapeutische relatie een belangrijke rol in de werkzaamheid van PMT. Door de concrete activiteiten krijgen zij inzicht in lichaamssignalen en kunnen zij experimenteren met nieuw gedrag in een veilige context. Na het afronden van PMT geven de cliënten aan minder agressieve uitbarstingen te hebben, en zijn ze zelfverzekender. Dit heeft te maken met hun verbeterde lichaamsbewustzijn ook als zij boos zijn en omdat zij nu adequater kunnen reageren bij boosheid. De cliënten ervaren PMT als een helpende interventie bij het leren reguleren van boosheid en agressief gedrag, waarbij het leveren van maatwerk door de psychomotorisch therapeut cruciaal blijkt te zijn.

deelnemers via op maat gemaakte bewegings- en lichaamsgerichte interventies 'in de ervaring'. Daarnaast fungeert de PMT'er als een spil in het leggen van de verbinding tussen dat wat in therapie gebeurt en in het dagelijks leven van de cliënt door zowel elementen van het dagelijkse leven in de therapie te gebruiken, maar ook om het geleerde te integreren op de woon/werksetting en door de (persoonlijk) begeleiders handvatten te bieden. PMT'er zijn in deze sector is een uitdagend beroep omdat, naast het aanbieden van bewegings-/sport- en lichamelijke activiteiten, het juist gaat over de individuele afstemming met de cliënt en zijn systeem. ■

Literatuur

- Beer, Y. de (2012). *De kleine gids. Mensen met een licht verstandelijke beperking. Moeilijke zaken makkelijk uitgelegd*. Deventer: Kluwer.
- Bellemans, T., Didden, R., Visser, R., Schaafsma, D., Totsika, V. & Busschbach, J.T. van (2018). Psychomotor therapy for anger and aggression in mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: an Intervention Mapping approach. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 13(4), 234-250.
- Boerhout, C., Busschbach, J.T. van, Wiersma, D. & Hoek, H.W. (2013). Psychomotortherapy and aggression regulation in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 8(4), 241-253.
- Bowring, D.L., Totsika, V., Hastings, R.P., Toogood, S. & Griffith, G.M. (2017). Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: A total population study and exploration of risk indices. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 16-32.
- Colla, P. (1994). Psychomotorische therapie in beweging. In: Simons, J. (red.), *Actuele thema's uit de PMT* (pp. 9-14). Leuven: ACCO.
- Corby, D., Taggart, L. & Cousins, W. (2015). People with intellectual disability and human science research: A systematic review of phenomenological studies using interviews for data collection. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 451-465.
- Currie, T.L., McKenzie, K. & Noone, S. (2019). The experiences of people with an intellectual disability of a mindfulness-based program. *Mindfulness*, 10(7), 1304-1314.
- Dösen, A., Gardner, W.I., Griffiths, D.M., King, R. & Lapointe, A. (2008). *Richtlijnen en principes voor de praktijk. Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor personen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag*. Utrecht: Vilans.
- Emck, C. & Scheffers, M. (2019). Psychomotor interventions for mental health: an introduction. In J. De Lange, O. Glas, J.T. van Busschbach, C. Emck & T.W. Scheewe (Eds.), *Psychomotor interventions for mental health: Adults* (pp. 17-51). Amsterdam: Boom.

- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B.M. & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(8), 911-917.
- GGZ Standaarden (2020). Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB)of lichte verstandelijke beperking (LVB). Geraadpleegd van www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/introductie
- Hensel, J.M., Lunsy, Y. & Dewa, C.S. (2014). The mediating effect of severity of client aggression on burnout between hospital inpatient and community residential staff who support adults with intellectual disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1332-1341.
- Hensen, E. (2005). *Agressieve jongeren met licht cognitieve beperkingen, een literatuurstudie naar de mogelijkheden van psychomotorische therapie*. Amsterdam: Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- Heynen, E., Roest, J., Willemars, G. & Hooren, S. van (2017). Therapeutic alliance is a factor of change in arts therapies and psychomotor therapy with adults who have mental health problems. *The Arts in Psychotherapy*, 55, 111-115.
- Hooren, S. van, Busschbach, J. van, Waterink, W. & Abbing, A. (2021). Werkingsmechanismen van vaktherapie: Naar een onderbouwing en verklaring van effecten-work in progress. *Tijdschrift voor Vaktherapie* 17(2), 4-12.
- Kars, H. & Wibier, M. (1996). Psychomotorische therapie voor zwakzinnige mensen. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 85-98.
- Lange, J. de (2010). *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz*. Amsterdam: Boom.
- Lindsay, W.R., Overend, H., Allan, R., Williams, C. & Black, L. (1998). Using specific approaches for individual problems in the management of anger and aggression. *British Journal of Learning Disabilities*, 26(2), 44-50.
- Looff, P. de, Noordzij, M.L., Moerbeek, M., Nijman, H., Didden, R. & Embregts, P. (2019). Changes in heart rate and skin conductance in the 30 min preceding aggressive behavior. *Psychophysiology*, 56(10), e13420.
- McDonald, J., Sinason, V. & Hollins, S. (2003). An interview study of people with learning disabilities experience of, and satisfaction with, group analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 76, 433-453.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) (2021). *Beroepscompetentieprofiel psychomotorisch therapeut*. Geraadpleegd op: www.nvpmt.nl
- Price, C.J. & Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in psychology*, 9, 798. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00798
- Probst, M. (2017). Psychomotor Therapy for Patients with Severe Mental Health Disorders. In M. Huri (Ed.) *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation* (pp.25-47). London: InTech. doi: 10.5772/67595
- Rose, J., Malik, K., Hirata, E., Roughan, H., Aston, K. & Larkin, M. (2019). Is it possible to use interpretative phenomenological analysis in research with people who have intellectual disabilities? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(5), 1007-1017.
- Tenneij, N.H. & Koot, H.M. (2008). Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(2), 114-124.
- Verdonshot, A., Witte, M.J. de, Berghs, M., Bootsma, M., Moonen, X. & Hooren, S. van (2016). (Be)leef in de wijk: Ontwikkeling van een vaktherapeutische wijkgericht verwijs- en behandelroute voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 15-20.
- Walmsley, J. (2004). Involving users with learning difficulties in health improvement: lessons from inclusive learning disability research. *Nursing Inquiry*, 11(1), 54-64.
- Wampold, B.E. (2019). *Theories of Psychotherapy Series. The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Winter, B. de & Drozdek, B. (2004). Psychomotor therapy Healing by action. In: John P. Wilson & Boris Drozdek (Eds.) *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. New York: Brunner Routledge.
- Witte, M. de, Bellemans, T., Tukker, K. & Hooren, S. van (2016). Vaktherapie [art based therapies]. In J. de Bruijn, J. Vonk, A. van den Broek & B. Twint (Eds.), *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking [Handbook of emotional development and intellectual disability]* (1ed., pp. 277-290). Amsterdam: Boom.
- Woods, P. & Ashley, C. (2007). Violence and aggression: A literature review. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 14(7), 652-660.
- Zwets, A.J., Hornsveld, R.H., Muris, P., Kanters, T., Langstraat, E. & Marle, H.J. van (2016). Psychomotor therapy as an additive intervention for violent forensic psychiatric inpatients: A pilot study. *International journal of forensic mental health*, 15(3), 222-234

OVER DE AUTEURS

Dr. Tina Bellemans is als postdoc onderzoeker verbonden aan het lectoraat Gezondheid, Bewegen en Welzijn en aan het BSI (Radboud Universiteit). Haar onderzoek is hoofdzakelijk gericht op PMT bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, met name wanneer er ook sprake is van problemen met het reguleren van boosheid en agressief gedrag. Daarnaast is ze werkzaam als docent bij de masteropleiding psychomotorische therapie aan Hogeschool Windesheim in Zwolle en aan de Universiteit van Hasselt (B) bij de opleiding kinesitherapie.

E: t.bellemans@windesheim.nl

Marieke van Gool werkt als psychomotorisch therapeut bij Frion, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking in regio Noordwest Overijssel. Daarnaast heeft Marieke een eigen praktijk voor psychomotorische therapie en is ze als externe medewerker verbonden aan het Ambulatorium van de Hogeschool Windesheim.

Thijs Post werkt als psychomotorisch therapeut bij Frion, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking in regio Noordwest Overijssel. Daarnaast is hij buurtsportcoach aangepast sporten bij Sportservice Zwolle.

Dr. Joeske van Busschbach is lector Beweging, Gezondheid en Welzijn bij de hogeschool Windesheim, een lectoraat nauw verbonden met de BA en MA opleiding voor psychomotorische therapie. Zij is tevens als senioronderzoeker verbonden aan het Rob Giel Onderzoekcentrum, onderdeel van de Faculteit Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen en het UMCG/Universitair Centrum Psychiatrie.

Dit artikel is verschenen in:

Tijdschrift voor vaktherapie

2022/3 Jaargang 18

Theorie, onderzoek, praktijk

Oplage: ca. 4.500 ex.

ISSN 1871-5052

Copyright

© Tijdschrift voor vaktherapie 2022.

Onder de volgende voorwaarden bent u vrij om materiaal uit het Tijdschrift voor vaktherapie te delen met (toekomstige) vakgenoten en andere professionals in het kader van kennisdeling:

- Het materiaal is niet bewerkt.
- Er is geen sprake van een commercieel oogmerk.
- Vermelding van:
 - het Tijdschrift voor vaktherapie als bron;
 - de betreffende auteur(s);
 - de titel van het betreffende artikel;
 - de betreffende editie, jaargang en paginanummers.

In alle andere gevallen is voorafgaand toestemming van de redactie nodig.

Missie

Het Tijdschrift voor vaktherapie is bedoeld voor vaktherapeuten en andere professionals die met vaktherapie te maken hebben.

Het Tijdschrift voor vaktherapie publiceert artikelen over theorie, onderzoek en praktijk op het gebied van vaktherapie: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kindtherapie en speltherapie. Het Tijdschrift dient in de bredere zin

de verspreiding van kennis over de verschillende vaktherapeutische beroepen binnen de diverse werkvelden. Daarnaast wil het Tijdschrift aanzetten tot kritische discussie. Aan de orde komen bijdragen over vaktherapie in engere zin. Ook relevante theoretische bijdragen of onderzoeken op andere gebieden dan vaktherapie worden geplaatst. Daarnaast biedt het Tijdschrift voor vaktherapie ruimte voor artikelen over de inhoud en positie van de vaktherapeutische beroepen, opleidingen, buitenlandse ontwikkelingen en recent verschenen literatuur.

Uitgever

Het Tijdschrift voor vaktherapie is een uitgave van de FVB (Federatie Vaktherapeutische Beroepen). Hierbij zijn aangesloten: Nederlandse Vereniging voor Beeldende therapie; Nederlandse Vereniging voor Danstherapie; Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie; Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie; Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische therapie; Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie; Nederlandse Vereniging van Speltherapeuten.

Ontwerp

Ontwerpburo Suggestie & Illusie

Hoofdredactie

Angélique de Waard, Corinne van Scheppingen, Luanca Hogenberg, Susanne van der Lugt (bladcoördinator)

Redactieraad

Jooske van Busschbach, Suzanne Haeyen, Artur Jaschke, Martine Noordegraaf, Anne Ponstein, Anna-Eva Prick, Gerben Roefs, Céline Schweizer

Abonnement

Leden van de beroepsverenigingen ontvangen het tijdschrift gratis. Geïnteresseerden kunnen zich abonneren op het Tijdschrift voor vaktherapie. Zie fvb.vaktherapie.nl/abonnee-woorden.

Redactie-adres

FVB

T.a.v. Tijdschrift voor vaktherapie

Faveling 253, 3524 BN Utrecht

T: (030) 28 00 432

E: tijdschrift@vaktherapie.nl

Kopij

Richtlijnen voor kopij kunt u op de website vinden: fvb.vaktherapie.nl/richtlijnen-voor-bijdragen. Kopij of een idee voor een bijdrage kunt u mailen aan tijdschrift@vaktherapie.nl.

De redactie doet haar uiterste best artikelen op kwaliteit, verantwoording en bruikbaarheid te toetsen. Zij is echter niet aansprakelijk op de inhoud.

