

Psychomotor therapy in people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: What do you feel when you are angry?

Tina Bellemans

Agressieproblematiek komt veel voor bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en wordt verondersteld samen te hangen met tekorten in de herkenning en regulatie van boosheid. Binnen de psychomotorische therapie (PMT) wordt gewerkt aan betere emotieregulatie via lichaamsgerichte en bewegingsgerichte oefeningen. Bewustzijn van het lichaam wordt als een spil gezien binnen deze sterk ervaringsgerichte behandeling. Wanneer PMT wordt ingezet op het reguleren van boosheid en agressief gedrag wordt verondersteld dat het nodig is dat mensen hun aandacht kunnen richten op én dat zij zich bewust worden van de lichaamssignalen die gepaard gaan met frustratie of boosheid. Dit laatste wordt interoceptief bewustzijn genoemd. Daarnaast wordt aangenomen dat ook het herhaaldelijk kunnen oefenen van ander en soms nieuw gedrag als alternatief voor agressief gedrag belangrijk is. Zoals kan worden gelezen in hoofdstuk 1 wordt PMT in de zorg voor mensen met een LVB veel toegepast, maar de wetenschappelijke onderbouwing ervan staat in de kinderschoenen. In dit proefschrift wordt hieraan een bijdrage geleverd door verslag te doen van onderzoek naar PMT in het kader van diagnostiek en behandeling van agressief gedrag bij mensen met een LVB. Ingegaan wordt op de werkzaamheid van de lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies zoals gebuikt in de PMT, de inhoud van het aanbod en veronderstelde werkingsmechanismen, de ervaringen van cliënten en de ontwikkeling van een meetinstrument dat ingezet zou kunnen worden bij de indicatiestelling en evaluatie.

In hoofdstuk 2 zijn de resultaten van een systematische literatuurstudie gepresenteerd naar de effectiviteit van lichaams- en bewegingsgeoriënteerde interventies voor mensen met een LVB die verwezen worden vanwege problemen met de regulatie van boosheid en agressief gedrag. Doel van dit overzicht was om inzicht te krijgen in de effectiviteit van deze interventies. Negen studies werden geïnccludeerd, alle gericht op lichaamsgerichte interventies zoals progressieve relaxatie of mindfulness interventies. Zes studies lieten een substantiële afname van agressief gedrag zien en in één studie werd ook een reductie van boosheid gerapporteerd. Deze resultaten geven een positieve indicatie over de werkzaamheid van de lichaamsgerichte interventies. Echter, door het veelal ontbreken van experimentele designs kan geen eenduidige conclusie worden getrokken over de evidentie van deze interventies. Over het inzetten van bewegingsgerichte interventies die ook vaak onderdeel zijn van het aanbod binnen PMT kon op basis van deze review geen uitspraak worden gedaan, aangezien er geen studies hierover voorhanden bleken.

In hoofdstuk 3 wordt een studie beschreven waarin zeventien psychomotorische therapeuten werden bevraagd over het PMT-programma zoals door hen aangeboden bij mensen met een LVB die problemen hebben met het reguleren van boosheid en/of agressief gedrag. *Intervention Mapping*, een systematische benadering om een interventieprogramma te ontwikkelen en te evalueren, werd hierbij

ingezet als referentiekader. Achtereenvolgens werd gevraagd naar de (theoretische) visie op agressieregulatieproblematiek, welke doelen binnen het programma worden nagestreefd, de interventies die ingezet worden en de opvattingen over de veronderstelde werkingsmechanismes, de wijze van evaluatie en de implementatie van PMT. De studie liet zien dat er overeenstemming is over wat het doel van de PMT is bij agressieproblemen, namelijk het verbeteren van het interoceptief bewustzijn en het vergroten van adaptieve copingvaardigheden. De therapeuten baseren hun oordeel over de rol van het interoceptief bewustzijn in het kader van het reguleren van boosheid en agressie op hun klinische ervaring en slechts in beperkte mate op wetenschappelijke theorieën en empirisch onderbouwde modellen voor agressief gedrag. Desalniettemin werd door alle therapeuten het belang van het lichaam bij de toepassingen van psychomotorische interventies benadrukt. Zo werd het lichaam als informatiebron bij oplopende spanning genoemd, maar ook het lichaam als instrument om de spanning weer te laten zakken. Valide en betrouwbare instrumenten blijken maar zeer weinig gebruikt te worden bij de diagnostiek en evaluatie van de uitkomsten van PMT. Het ontbreken van valide instrumenten voor met name het meten van interoceptief bewustzijn bij mensen met een LVB noemden de psychomotorische therapeuten als een groot gemis.

In hoofdstuk 4 zijn de ervaringen beschreven van cliënten met een LVB die recentelijk PMT gericht op het reguleren van boosheid en agressief gedrag hadden afgrond. Het doel van deze studie was het exploreren van de werkingsmechanismes en uitkomsten van PMT zoals ervaren door de cliënten. Zeven deelnemers werden geïnterviewd, waarbij de *Interpretatieve Fenomenologische Analyse* werd gebruikt voor het analyseren van de interviews. Volgens de deelnemers stonden het voelen van oplopende (lichamelijke) spanning en/of het weer verminderen van deze spanning centraal binnen hun PMT-behandeling. Het ervaringsgerichte karakter, 'leren door te doen', wordt als cruciaal ervaren. Daarnaast wordt de aard van de therapeutische relatie, waardoor men zich serieus genomen en gelijkwaardig voelt, als essentiële kenmerken van de PMT benadering ervaren. Hierdoor was het mogelijk om een veilige en motiverende (sport- en bewegings)context te creëren waarin geëxperimenteerd kon worden met alternatief en nieuw geleerd gedrag. Gevraagd naar de resultaten van de behandeling werd een vermindering van agressieve uitbarstingen genoemd. Cliënten gaven aan beter te voelen als er sprake was oplopende spanning/boosheid omdat zij de lichamelijke signalen sneller herkenden. Na de behandeling kon men ook beter omgaan met die spanning, bijvoorbeeld door uit een situatie te stappen, door zelf de ontspanning te zoeken of door eerder aan een andere persoon duidelijk te maken wat er aan de hand is. Deze veranderingen resulteerde volgens de betrokkenen in meer zelfcontrole en zelfvertrouwen.

De ervaringen van de cliënten kunnen in het perspectief worden geplaatst van wat wel de *common factors* worden genoemd: factoren die onafhankelijk van het soort behandelinterventie bijdragen aan het succes daarvan. De eerste factor is de therapeutische relatie die ervaren wordt als één waarin sprake is van een respectvolle samenwerking en waarbij overeenstemming is over de therapiedoelen. Co-creaties dragen bij tot een gevoel van gelijkwaardigheid bij de cliënt. Een hoopgevende context waarin concreet aan verandering kan worden gewerkt is de tweede factor. Als derde factor wordt de

door de cliënt en therapeut aanvaardde rationale, het theoretisch model onderliggend aan de gekozen interventies, genoemd. In dit geval gaat het om de veronderstelling dat agressief gedrag voortkomt uit een gebrek aan interoceptief bewustzijn en coping vaardigheden. De interventies sluiten direct aan op de rationale, wat de vierde factor is die kan bijdragen aan succes. Zo worden binnen PMT interventies ingezet waarbij het lichaam wordt gebruikt als informatiebron bij oplopende spanning (interoceptief bewustzijn) en als instrument om de spanning te verminderen bij verhoogde spanning (coping vaardigheden).

In hoofdstuk 5 wordt een studie beschreven naar de psychometrische kenmerken van een aangepast instrument om interoceptief bewustzijn bij boosheid te meten bij mensen met een LVB. Het *Boosheid Lichamelijke Signalen Interview – verstandelijke beperking* (BLSI-vb) is een vragenlijst die in vier fases en in samenwerking met mensen met een LVB is ontwikkeld. Psychometrische kenmerken van de BLSI-vb werden onderzocht bij 208 mensen die verbleven in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. De BLSI-vb bestaat uit negen items, waarbij na een exploratieve factor analyse twee subschalen werden onderscheiden: *activiteit* en *lichaamswarmte*. De items behorende bij de subschaal *lichaamswarmte* hebben met name een signalerende functie bij oplopende spanning. De lichaamssignalen zoals genoemd in de subschaal *activiteit* verwijzen eveneens naar signalen die ingezet worden bij het opmerken van oplopende spanning maar kunnen tevens gemanipuleerd worden in het kader van het reduceren van spanning. Een confirmatieve factor analyse bevestigde deze subschalen. Interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid van de BLSI-vb bleken goed en convergente validiteit was acceptabel te noemen. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen mensen met een licht verstandelijke beperking en mensen met zwakbegaafdheid voor de totale score en voor de scores op de subschalen van de BLSI-vb. Deze studie geeft aan dat de BLSI-vb toepasbaar is en dat het interoceptief bewustzijn bij boosheid in kaart kan brengen bij mensen met een LVB in het kader van onderzoek en klinische praktijk. Waar het gaat om de construct validiteit en sensitiviteit voor verandering is verder onderzoek noodzakelijk.

Hoofdstuk 6 betreft de algemene discussie van dit proefschrift. Hierin wordt vanuit de verschillende perspectieven gekeken naar de bijdrage van PMT gericht op boosheidsregulatie en agressief gedrag. Een eerste belangrijke bevinding van dit proefschrift is dat PMT lijkt bij te dragen aan het beter omgaan met boosheid en het verminderen van agressief gedrag door het inzetten van lichaamsgerichte én bewegingsgerichte interventies. Een tweede bevinding is dat interoceptief bewustzijn een werkingsmechanisme lijkt te zijn voor PMT gericht op reguleren van boosheid en agressief gedrag. Er worden ook aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek: a) verdere validatie van BLSI-vb, b) een pad analyse om de rol van interoceptief bewustzijn en adaptieve copingvaardigheden te onderzoeken in relatie tot agressief gedrag bij mensen met een LVB en c) onderzoek gericht op behandelbeoordeling van PMT, met interoceptief bewustzijn als uitkomstmaat.

Daarnaast worden sterktes en beperkingen van dit onderzoek besproken. Bij het eerste kan gedacht worden aan het belichten van de bijdrage van PMT vanuit verschillende perspectieven. Zo werd

inzicht verworven vanuit de empirie (systematische review), werden therapeuten in de klinische praktijk bevraagd en werden de inzichten van de cliënten over de afgesloten PMT interventie alsook over het instrument in kaart gebracht. Bij het laatste kan onder andere gedacht worden aan bias in de onderzoeken, zoals de publicatie bias waardoor negatief afgesloten studies niet in de review zijn opgenomen en de selectie van deelnemende therapeuten, die grotendeels dezelfde opleiding die ze hebben genoten en deelnemende groep cliënten waarin degenen die positieve ervaringen hebben met PMT interventies gericht op agressieproblematiek mogelijk zijn oververtegenwoordigd.