Psychomotorische therapie, lichte verstandelijke beperking & agressieproblematiek

Welke thema's en oefen/bewegingsvormen moeten volgens een expertisepanel aangeboden worden bij mensen met een LVB en agressieproblematiek binnen de behandeling van PMT?

auteurs

Joost van Gerrevink	S1033958	4PA
Özlem van der Kubbe	S1035595	4PB

AO-begeleider: Tina Bellemans
AO-beoordelaar: Esther van der Steeg

Christelijke Hogeschool Windesheim
Psychomotorische therapie & Bewegingsagogie
VOE-code: HSK3-AFS-BV4-13

Voorwoord:

Wij (Joost en Özlem) zijn samen op Curaçao geweest voor onze buitenland stage.
Deze periode hebben wij gewerkt met jongeren met een lichte verstandelijke beperking (LVB) met gedragsproblematiek. Tijdens deze periode hebben wij vijf maanden intensief samengewerkt met elkaar wat van beide kanten als prettig is ervaren.

Sinds september 2013 zijn wij gestart met onze eindstage voor de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie (PMT-BA). Joost bij Groot Emaus 's Heeren Loo in Borculo en Özlem bij Pluryn, locatie de Beele in Voorst. Op beide plekken worden jongeren met een LVB behandeld. Met elkaar hebben wij contact gehad om vanuit deze doelgroep een onderzoek uit te voeren in het kader van ons afstuderen.

Wij hadden een onderwerp dat ging over transfer vanuit de therapie naar andere contexten. Dit onderwerp was echter nog niet concreet genoeg en Tina Bellemans, onze scriptiebegeleidster, gaf aan dat zij samen Pim Hoek een onderzoek heeft lopen binnen het Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim heeft lopen met betrekking tot de LVB- doelgroep.

Hierin was het mogelijk om als bachelor student aan de opleiding PMT-BA een bijdrage te leveren aan dit onderzoek.
Al snel waren we enthousiast en wilden we graag meewerken aan dit onderzoek. We hebben ons plan omgegooid en ervoor gekozen om mee te werken aan het onderzoek van Pim Hoek en Tina Bellemans.

Dit is een deelonderzoek van Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim. In dit onderzoek wordt de eerste ronde van Delphi methode uitgevoerd.
De Delphi- methode houdt in dat er een panel van deskundigen uit het werkveld worden geraadpleegd en geïnterviewd. Bij een Delphi- methode gaat het niet om feiten, maar om meningen die beargumenteerd zijn, waarbij de mening onderbouwd is (Dijk & Landsheer, 2003).

Graag willen wij de mensen bedanken die geholpen hebben bij het tot stand komen van dit afstudeeronderzoek.
Allereerst Tina Bellemans en Pim Hoek, voor de intensieve begeleiding die zij hebben geboden.
Daarnaast bedanken wij de tien psychomotorisch therapeuten die hebben deelgenomen aan het expertisepanel dat geraadpleegd is.
Zonder deze mensen was het niet mogelijk om dit afstudeeronderzoek te schrijven.

Wij wensen u veel plezier tijdens het lezen van dit afstudeeronderzoek.

Joost van Gerrevink & Özlem van der Kubbe
juni 2014

Samenvatting

Agressieproblematiek is veel voorkomend bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB). Psychomotorische therapie (PMT) wordt vaak ingezet en lijkt goed te werken bij de behandeling van mensen met een LVB met agressieproblematiek maar er is nog geen consensus over wat er dan juist moet gebeuren.

Via een Delphi- methode is er in dit onderzoek de eerste inventarisatieronde afgenomen onder tien psychomotorisch therapeuten die werkzaam zijn binnen de doelgroep van mensen met een LVB met agressieproblematiek.

Onderwerpen die tijdens deze vragenlijst aan bod komen zijn: randvoorwaarden, thema's, specifieke aangrijpingspunten, vermeende en beoogde veranderingen en succesvolle arrangementen voor een module PMT gericht op agressieproblematiek bij mensen met een LVB.

Er blijkt dat er nog geen consensus is over welke oefen- of bewegingsvormen er in de behandeling van mensen met een LVB met agressieproblematiek zouden moeten zitten. Maar wel is er duidelijk dat het ervaringsgerichte werken binnen PMT goed aansluit bij de doelgroep volgens het expertisepanel. Daarbij is er ook een duidelijke meerderheid die aangeeft dat het aangrijpingspunt voor de PMT het herkennen van (spanningsgerelateerde) lichaamsignalen is.

Verschillende thema's zijn naar voren gekomen zoals; herkennen van triggers, herkennen van lichaamssignalen, herkennen van emoties en het kunnen toepassen van coping vaardigheden. Hierbij werd aangegeven dat het niet bij alle thema's zo is dat dit alleen maar door een psychomotorisch therapeut gedaan kan worden, maar dat dit mogelijk ook door andere behandelaren met expertise met betrekking tot deze doelgroep en problematiek gedaan kan worden. Toch zit dit ook in het arsenaal van de psychomotorisch therapeuten.

Een tweede en derde vragenronde (volgens de Delphi-methode) zal nodig zijn om tot consensus te komen onder meerdere psychomotorisch therapeuten. Van hieruit kan een PMT-module beschreven en uitgewerkt worden, waar effectonderzoek naar gedaan kan worden.

Summary

Aggressive behaviour is one of the most common types of behaviour in people with mild intellectual disabilities (MID). Psychomotor therapy is often used and appears to have a positive effect on treating people with a mild intellectual disability who show aggressive behaviour. Although there is still no consensus on which specific treatment within the psychomotor therapy, is most successful.

A Delphi – method was used for this research. The first inventory round was conducted among ten psychomotor therapists who work with people with a mild intellectual disability that show aggressive behaviour.

Topics that will be covered during this survey are: prerequisites, theme's, specific key issues, alleged and intended changes and successful arrangements for a PMT module focussed on aggression problems with people with MID.

It appears that there is still no consensus on which exercise or movement activities should be used in treatment when treating people with a MID with aggressive behaviour. However, according to the expert panel it is clear that experiential focus within the PMT, meets the target group's needs by using body signals as an approach. In addition, there is also a majority

The expert panel mentioned different themes, for example: recognizing triggers, recognizing body signals, recognising emotions and the ability to apply coping skills. The expert panel mentioned that it is not necessary that all themes are used in a PMT. Continuous rounds are necessary for the ability to set a consensus, so that the module can be described concretely.

Inhoudsopgave

Voorwoord 2
Samenvatting 3
Summary 4

1.1 Inleiding 6
1.2 Leeswijzer 7

2. Theoretisch kader
2.1 Lichte verstandelijke beperking 9
2.2 Agressieproblematiek 9
2.3 Psychomotorische therapie 10

3. Methode
3.1 Onderzoeksdesign 12
3.2 Interview psychomotorisch therapeuten 12
3.3 Inclusiecriteria 12
3.4 Meetinstrument 12
3.5 Verwerking van gegevens 12

4. Resultaten
4.1 Gegevens therapeuten 13
4.2 Randvoorwaarden 14
4.3 Thema's die aanbod komen in de behandeling 16
4.4 Specifieke aangrijpingspunten 17
4.5 Vermeende en beoogde veranderingen 18
4.6 Arrangementen 18

5. Discussie 20
6. Conclusie 21
7. Aanbeveling 23
8. Literatuurlijst 24

Bijlage 1. Interview 27
Bijlage 2. Verwerkte resultaten 32
Bijlage 3. Projectplan 38

1.1 Inleiding

In Nederland leven naar schatting ten minste 55.000 mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en daarnaast nog eens 1,3 miljoen mensen die zwakbegaafd zijn (Ras, Woittiez, Kempen, & Sadiraj, 2010).

De term LVB wordt tegenwoordig steeds meer gebruikt wanneer er gesproken wordt over een groep mensen met een licht verstandelijke beperking of mensen die zwakbegaafd zijn met de daarbij komende problematiek.

Er wordt gesproken van een LVB wanneer patiënten met een intelligentiequotiënt tussen 50 en 70 (LVB) of tussen 70 en 85 (zwakbegaafdheid) in combinatie met beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen en bijkomende problematiek (Blansjaar, Beukers & Kordelaar, 2008; Bodde & Hagen, 2009; Wit, Douma & Moonen, 2012; Zoon, 2012).
Agressieproblematiek en uitdagend gedrag is een veelvoorkomend probleem bij mensen met een LVB, zowel in de orthopedagogische als in de forensische settingen (Tyrer et al., 2006). Zo bleek dat agressie het meest voorkomende probleemgedrag is binnen de doelgroep van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) (Tenneij & Koot, 2006), namelijk in 73 procent van de gevallen die betrokken waren in het onderzoek naar de SGLVG-populatie in een forensische setting.

Uit een ander onderzoek had 81 procent van de verwijzingen, als reden, agressief gedrag (Tenneij, Didden, Stolker, & Koot, 2009).

Een mogelijke oorzaak voor de agressieproblematiek bij deze groep ligt in het falen van de regulatie van boosheid (Black, Cullen, & Novaco, 1997). Verder leidt hun cognitieve beperking tot een slechte emotieherkenning (Matheson & Jahoda, 2005) en een tekort aan probleemoplossend vermogen (o.a. Hartley & MacLean, 2009) die in stressvolle sociale situaties leiden tot agressie (vecht-) of vluchtgedrag (Janssen & Schuengel, 2006).

Mensen met een LVB hebben moeite met “abstract” denken. Het denktempo ligt lager en ze hebben een achterstand in de taalontwikkeling. Eén van de behandeldisciplines die daarom goed aansluit op de behoeften van deze doelgroep en frequent wordt ingezet bij LVB in Nederland is de psychomotorische therapie (PMT) (Kars & Wibier, 1996).

PMT kan binnen deze populatie omschreven worden als een ervaringsgerichte therapie met psychotherapeutische elementen (Bouwmeester, et al 2009).
Er wordt door middel van bewegen en lichamelijkheid getracht om agressie te verminderen of onder controle te krijgen. In de praktijk zijn er aanwijzingen dat PMT effectief is en een meerwaarde heeft bij de behandeling van mensen met een LVB en agressieproblematiek. Op dit moment is er geen eenduidig theoretisch onderbouwde en op effect getoetste PMT-interventie beschikbaar die gericht is op het verbeteren van de agressieregulatie en de hiermee verbonden emotieregulatie.

Een andere aanwijzing dat PMT effectief zou zijn, is dat PMT onderdeel uitmaakt van ‘’In control!- LVB’’ en ‘‘grip op agressie’’. Deze twee methodes zijn voorlopig erkend door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie.
(https://www.erkenningscommissie.nl/beoordelingen/beoordeeldegedragsinterventies/)

Vanuit het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim is een onderzoek gaande omtrent het thema agressieregulatie bij mensen met een LVB en agressieproblematiek. Een module zal hierbinnen ontwikkeld worden, met behulp van bestaande literatuur en een expertisepanel. Deze zal daarna in een orthopedagogische en/ of forensische setting onderzocht worden op effectiviteit.

Vanuit de forensische psychiatrie en orthopedagogische behandelsetting, is er veel expertise van psychomotorisch therapeuten die betrekking heeft op de behandeling van mensen met een LVB en agressieproblematiek. Hiervan ontbreekt echter de inventarisatie van welke thema’s en oefen/bewegingsvormen psychomotorisch therapeuten in de praktijk hanteren.

Tot op heden is er geen koppeling gemaakt tussen de theorie en de praktijk. Het is niet inzichtelijk welke modulen psychomotorisch therapeuten gebruiken voor deze doelgroep en welke thema's hierin aan bod komen.

Met dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan het onderzoek dat gaande is binnen het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim. Door middel van een inventarisatieronde wordt informatie verkregen van psychomotorisch therapeuten. Hierin willen de student-onderzoekers duidelijk krijgen over welke thema's en oefen/bewegingsvormen die vaak gebruikt worden bij mensen met een LVB met agressieproblematiek.

Het uiteindelijke doel, waar dit onderzoek een deelonderzoek van is, is om een breed gedragen PMT module te ontwikkelen voor mensen met een LVB met agressieproblematiek.

Om deze informatie te kunnen categoriseren wordt door het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim een Delphi- methode gebruikt. Om aan de slag te kunnen gaan met deze informatie, is eerst een inventariserende ronde nodig, zodat daarna stellingen kunnen worden voorgelegd aan de psychomotorisch therapeuten. Om uiteindelijk tot consensus te komen over de module PMT bij mensen met een LVB met agressieproblematiek.

De vraagstelling die in dit afstudeeronderzoek wordt beantwoord is:
Welke thema's en oefen/bewegingsvormen moeten volgens een expertisepanel aangeboden worden bij mensen met een LVB en agressieproblematiek binnen de behandeling van PMT?

Om antwoord te geven op de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat zijn de randvoorwaarden voor het uitvoeren van psychomotorische therapie voor mensen met een LVB met agressieproblematiek.
- Welke thema's komen aan bod in de behandeling?
- Wat zijn de specifieke aangrijpingspunten voor de behandeling van mensen met een LVB en agressie?
- Wat zijn de vermeende en beoogde veranderingen?
- Welke arrangementen blijken succesvol vanuit de praktijk voor mensen met een LVB met agressieproblematiek?

1.2 Leeswijzer

In dit onderzoek wordt weergegeven welke thema's en oefen/bewegingsvormen aangeboden moeten worden binnen de PMT behandeling voor mensen met een LVB en agressieproblematiek.
Ook wordt er antwoord gegeven op de vraagstelling van het afstudeeronderzoek.

In hoofdstuk 2 leest u het theoretisch kader. Het theoretisch kader is opgedeeld in 3 paragrafen.
In paragraaf 2.1 leest u de algemene beschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking. In paragraaf 2.2 leest u de theorie over agressieproblematiek. Vervolgens wordt in paragraaf 2.3 uitleg gegeven over de psychomotorische therapie en een koppeling gemaakt tussen agressieproblematiek en psychomotorische therapie.

In hoofdstuk 3 is de Delphi- methode beschreven. In dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van deze methode waarmee een vragenlijst is ontwikkeld.

De resultaten die het expertisepanel hebben gegeven zijn verwerkt in hoofdstuk 4 van dit onderzoek. Doormiddel van grafieken en tabellen worden de resultaten weergegeven. In hoofdstuk 5 wordt er in de conclusie antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de deelvragen van dit onderzoek. De discussie leest u in hoofdstuk 6. En in hoofdstuk 7 staan

de aanbevelingen van dit onderzoek beschreven. En in hoofdstuk 8 wordt er met de literatuurlijst afgesloten.

Theoretisch kader

Hoofdstuk 2.1 Lichte verstandelijke beperking

Zowel de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2008) als de AAIDD (American Association on Intellectual and Development Disabilities; Schalock et al., 2010) maken onderscheid tussen mensen met een lichte verstandelijke beperking en mensen die zwakbegaafd zijn. In deze classificaties wordt echter te weinig rekening gehouden met bijkomende problematiek. Deze bijkomende problematiek maakt dat mensen met een lichte verstandelijke beperking of mensen die zwakbegaafd zijn, een beroep doen op behandelingen, begeleiding of zorg.

LVB wordt volgens de DSM-IV gedefinieerd door: IQ 50/55 tot 70/75, verminderd adaptief functioneren en verkregen voor het achttiende levensjaar. De ontwikkeling van de verstandelijke vermogens vertoont op veel gelijkenissen met dat van normaal begaafde kinderen tussen de zes en twaalf jaar (Didden, Collin & Curfs, 2008).

Bij een IQ van 70/75- tot 85 wordt er gesproken van zwakbegaafdheid. Dit wordt niet gekenmerkt als een lichte verstandelijke beperking, de wijze waarop mensen die zwakbegaafd zijn leren, komt overeen met mensen die LVB zijn (Roos, Didden & Steenbergen, 2010).

Mensen met een LVB worden gekenmerkt door: moeite met abstract denken, moeite hebben met het sturen van hun eigen leerproces, belemmering van innerlijke taal en het denktempo is vaak lager. Mensen die zwakzinnig zijn hebben dezelfde kenmerken als mensen met een LVB enkel is het IQ lager.

Vaak is er sprake van een disharmonische ontwikkeling van de intelligentie als; het verbale intelligentiequotiënt is lager dan het performale (Kraijer, 2006). Daarnaast is de cognitieve ontwikkeling vaak beter dan de sociale en emotionele ontwikkeling. In de praktijk betekent dit een groot verschil tussen kunnen en aankunnen (Vuijk, 2013). Dit maakt deze groep mensen kwetsbaar voor overvraging en de stress die dit met zich meebrengt.

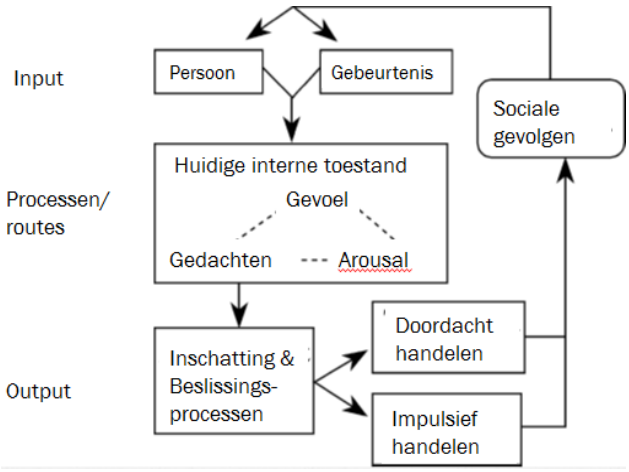
2.2 Agressieproblematiek

De definitie van agressie kun je omschrijven als een gedragsmatige uitingsvorm die ontstaat in interactie met de omgeving waarbij er fysieke, materiële en/ of psychische schade of letsel toegebracht wordt aan zichzelf of de ander.
Agressieproblematiek is een veel voorkomende problematiek bij mensen met een LVB (Došen, 2005). Mensen met een LVB lopen een groter risico op de ontwikkeling van psychopathologie en gedragsproblemen dan leeftijdsgenoten die niet verstandelijk beperkt zijn. Veelal wordt gesproken over een kans die drie tot vier keer zo groot is (Wallander, Koot & Dekker, 2003).

Gedragsproblemen, waaronder agressie, komen veel voor bij mensen met een licht verstandelijke beperking (Crocker et al., 2006; Emerson et al., 2001; Lundqvist, 2013). Agressie wordt gedefinieerd als een gedragsmatig eindproduct of gedragsmatige uitingsvorm die ontstaat in de interactie met de omgeving waarbij er fysieke, materiële en/ of psychische schade of letsel toegebracht wordt aan zichzelf of de ander (Roffman, 2004; Boerhout & van der Weele, 2007).

Agressie heeft te maken met verschillende factoren. Om agressie goed te beschrijven is er een theoretisch model ontwikkeld. Het General Agression Model (GAM) waarin verschillende aspecten en hun samenhang worden weergegeven (DeWall, Anderson & Bushman, 2011). Dit model onderbouwt de theoretische visie door middel van onderzoek en geeft goede aanknopingspunten voor de psychomotorisch therapeut in de praktijksituaties.

Het theoretische model is in drie fases te onderscheiden wat er toe kan leiden dat een persoon overgaat tot ongecontroleerd en/ of agressief gedrag. In figuur 1 wordt het GAM weergegeven.



Figuur 1.Vertaling in het Nederlands van het General Aggression Model (DeWall, Anderson en Bushman, 2011)

Onder ander Hartley & MacLean (2009); Matheson & Jahoda (2005); McClure, Halpern, Wolper & Donahue (2009) beschrijven dat mensen met een LVB moeite hebben met het waarnemen van emoties.

Door Emck, Plouvier & van der Lee-Snel (2012) is aangetoond dat kinderen met een LVB en agressieproblematiek meer moeite hebben met het herkennen van lichaamssignalen in vergelijking met kinderen die niet LVB zijn.

Ook hebben zij moeite om informatie die betrekking heeft op de emotionele gewaarwording en deze correct te plaatsen in een sociale context.
Dit leidt dan ook vaker tot misinterpretaties in sociale situaties, waarbij zij regelmatig vaker dan anderen iets als vijandig interpreteren. Ook is er sprake van een tekort aan probleemoplossend vermogen. Dit alles bij elkaar leidt tot het sneller agressief reageren dan kinderen zonder agressieproblematiek.

2.3 Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie (PMT) is een ervaringsgerichte therapievorm dat veel wordt ingezet bij mensen met een LVB (Bouwmeester et al, 2009). Het is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek waarbij er gebruik wordt gemaakt van methodische interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag (NVPMT, 2009; Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Het lichaam, zowel de motoriek als de lichaamsbeleving, vervult bij PMT een cruciale rol. Dit sluit aan bij de vaak sterk lichamelijk bepaalde belevingswereld van deze doelgroep (Colla, 1994; Kars en Wibier, 1996; Hensen, 2005).

De meerwaarde van de PMT is dat de jongeren bij bewegingssituaties in de therapiegroep verschillende emoties en oplopende spanning aan den lijve ervaren en deze leren herkennen. Hierbij wordt in de sociale context van de PMT een gedoseerde mate van arousal opgeroepen, zodat er op gecontroleerde en dus veilige wijze geoefend kan worden in het anders omgaan met spanningsvolle situaties.

Daarbij spreekt het ervaringsgericht leren – “doen” in spel en beweging – 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 en dit eerst oefenen in een veilige therapeutische context (NVPMT, 2009).

Hoofdstuk 3. Methode:

3.1 Onderzoeksdesign

Dit is een kwalitatief onderzoek dat loopt binnen het Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim. Binnen dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van de Delphi- methode.
De eerste ronde van de Delphi- methode is het inventariseren van een zo'n groot mogelijk scala van uiteenlopende meningen die beargumenteerd zijn (Keeney, Hasson & McKenna, 2006).

De Delphi- methode houdt in dat er een panel van deskundigen uit het werkveld wordt geraadpleegd en geïnterviewd. Bij de Delphi- methode gaat het niet om feiten, maar om meningen die beargumenteerd worden door experts (Dijk & Landsheer, 2012).

3.2 Interview psychomotorisch therapeuten

Tijdens dit onderzoek wordt er een expertisepanel geraadpleegd van tien psychomotorisch therapeuten die hun mening gaan geven over de verschillende interventies die zij toepassen. Deze tien therapeuten zijn geselecteerd door de betrokken onderzoekers vanuit het Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van de Hogeschool Windesheim, uit honderd psychomotorisch therapeuten die zich hebben aangemeld om mee te werken aan dit onderzoek.

Tijdens dit onderzoek worden zowel bachelor opgeleide psychomotorisch therapeuten als master opgeleide psychomotorisch therapeuten geïnterviewd.
Voorafgaand aan de interviews is er een pilotinterview georganiseerd waarbij de betrokken onderzoekers geïnterviewd zijn. Vervolgens is er feedback is gegeven over de manier van ondervragen en zijn er nog enkele vragen aanscherpt.

3.3 Inclusiecriteria

De inclusiecriteria voor het onderzoek is dat het moet gaan om een psychomotorisch therapeut met een (door de beroepsvereniging) erkende opleiding en minimaal 5 jaar werkervaring met mensen met een LVB en agressieproblematiek.

3.4 Meetinstrument

Binnen dit onderzoek is er gekozen voor een individueel interview binnen de Delphi- methode omdat er dan doorgevraagd kan worden op argumenten die ten grondslag liggen aan de meningen die gegeven worden. Zie bijlage 1 voor een voorbeeldinterview.

3.5 Verwerking van gegevens

De interviews worden opgenomen en uitgetypt.
Het verwerken van de gegevens gebeurd in drie stappen:
Stap 1: Alle gegeven antwoorden van de geïnterviewde worden onder elkaar gezet.
Stap 2: Alle antwoorden kaderen/ordenen volgens de drie fases van het GAM (Input, Processen en Output)
Stap 3: Het labelen van de antwoorden, waarbij aangegeven wordt hoe vaak het voor komt.
(Zie bijlage twee voor een illustratie van deze werkwijze).

De informatie wordt vervolgens grafisch weergegeven in tabellen en grafieken.

Voor de verwerking van de gegevens worden Pim Hoek en Tina Bellemans betrokken. Dit zijn de betrokken onderzoekers van het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim te Zwolle.

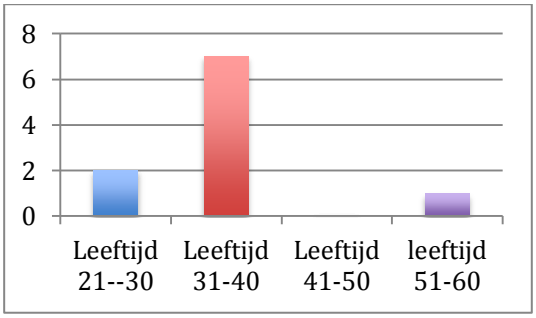
Hoofdstuk 4. Resultaten

Hoofdvraag
Welke thema's en oefen/bewegingsvormen moeten volgens een expertisepanel aangeboden worden bij mensen met een LVB en agressieproblematiek binnen de behandeling van PMT?

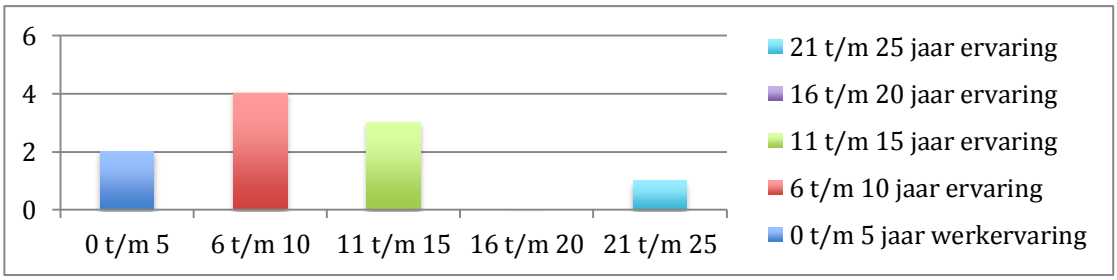
Deelvragen:
- Wat zijn de randvoorwaarden voor het uitvoeren van psychomotorische therapie voor mensen met een LVB met agressieproblematiek.
- Welke thema's komen aan bod in de behandeling?
- Wat zijn de specifieke aangrijpingspunten voor de behandeling van mensen met een LVB en agressie?
- Wat zijn de vermeende en beoogde veranderingen?
- Welke arrangementen blijken succesvol vanuit de praktijk voor mensen met een LVB met agressieproblematiek?

4.1 Gegevens van de therapeuten

De gemiddelde leeftijd van de tien psychomotorisch therapeuten die zijn geïnterviewd is 35,8 jaar. Zij hebben samen een gemiddelde werkervaring van 10,65 jaar binnen de doelgroep mensen met een LVB en agressieproblematiek. Het expertisepanel werkt met de leeftijdspopulatie variërend van acht tot en met drieënzestig jaar. Deze leeftijd ligt ver uiteen, hierbij is een kanttekening dat de behandeling het meest plaatst vindt in de leeftijd vanaf veertien tot en met dertig jaar volgens het expertisepanel.



Figuur 2. Leeftijd therapeuten.

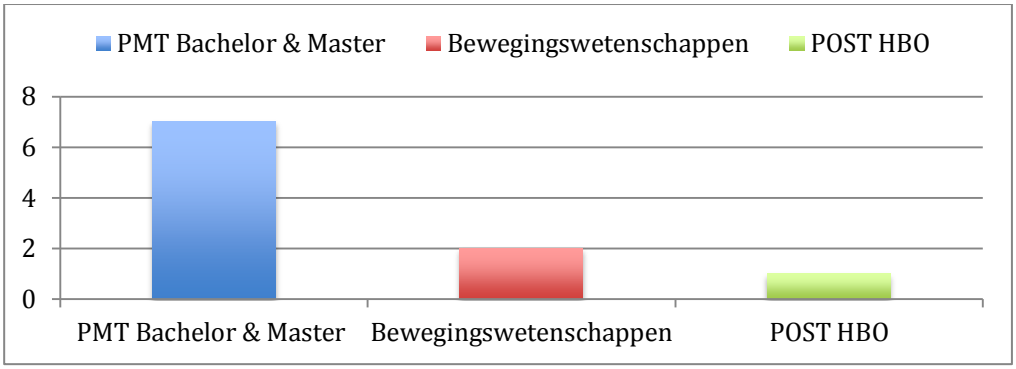


Figuur 3. Aantal jaren werkervaring met de doelgroep LVB en agressieproblematiek.

Voor wat betreft de opleidingsachtergrond van de geïnterviewde therapeuten hebben zeven van de tien gevallen hebben de therapeuten zowel de bachelor- als master opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie op Hogeschool Windesheim te Zwolle afgerond. Van de zeven therapeuten heeft er één therapeut daarnaast ook de opleiding Psychologie te Leiden afgerond.

Twee therapeuten hebben aan de Vrije Universiteit (VU) te Amsterdam gestudeerd, waarvan één therapeut Bewegingswetenschappen heeft afgerond en aangevuld heeft met diverse PMT-cursussen. De andere therapeut de Post-HBO opleiding afgerond (voorloper van de Master PMT).

Er is één therapeut die de opleiding Faculteit Lichamelijke opleiding en Kinesiologie, specialisatie PMT aan de Katholieke Universiteit te Leuven heeft afgerond na de opleiding Bewegings- en revalidatiewetenschappen.



Figuur 4. Opleidingsachtergrond.

4.2 Wat zijn de randvoorwaarden voor het uitvoeren van psychomotorische therapie voor mensen met een LVB met agressieproblematiek.

De randvoorwaarden zijn opgedeeld in vijf categorieën: ruimte, materialen, prikkelarm, werkgebied/praatgebied en een time-out of veilig zone.

Ruimte:
Over een ideale afmeting voor een therapieruimte is er pluralisme. Er worden veel uiteenlopende afmetingen benoemd.
Twee therapeuten benoemen dat de afmeting 20 bij 40 meter moet zijn.
Drie therapeuten benoemen een halve sportzaal, hier is niet bekend wat de afmeting van de sportzaal is.
Er is één therapeut die benoemt dat de ruimte 10 bij 20 meter moet zijn.
Er is één therapeut die benoemt dat de ruimte 10 bij 15 meter moet zijn.
Er is één therapeut die benoemt dat de ruimte 6 bij 10 meter moet zijn.
Er is één therapeut die benoemt dat de ruimte een half basketbalveld moet zijn.
Er is één therapeut die benoemt dat de ruimte 9 bij 18 meter moet zijn.

Door zes therapeuten wordt er benoemd dat er voldoende hoogte in de ruimte moet zijn.
De andere vier therapeuten benoemen hier niets over.

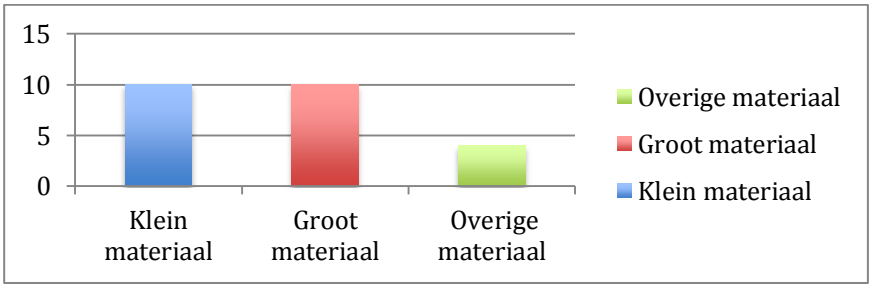
Vier therapeuten benoemen dat de zaal afsluitbaar moet zijn.
Er is door één therapeut benoemd dat er niet van buiten naar binnen kan worden gekeken.
Er is één therapeut die benoemt dat de zaal geluidsarm moet zijn.
Er is één therapeut die benoemt dat er in de ruimte degelijk en sterk materiaal moet zijn wat niet snel stuk kan gaan.
Er is één therapeut die benoemt dat een goede ondergrond aanwezig moet zijn in de ruimte.

Materialen die aanwezig moeten zijn in een ruimte voor het uitvoeren van de ideale PMT-module voor de behandeling van mensen met een LVB en agressieproblematiek zijn geïnventariseerd. De resultaten worden in drie subgroepen weergegeven, dit zijn; kleine materialen, grote materialen en overige materialen.

Kleine materialen: boks materiaal, ballen, pionnen, knotshockeysticks, geblindeerde brillen, zitkussens, stokken, tennisballen, touwtjes, tennisrackets, badmintonrackets, hoepels, blokken en kegels

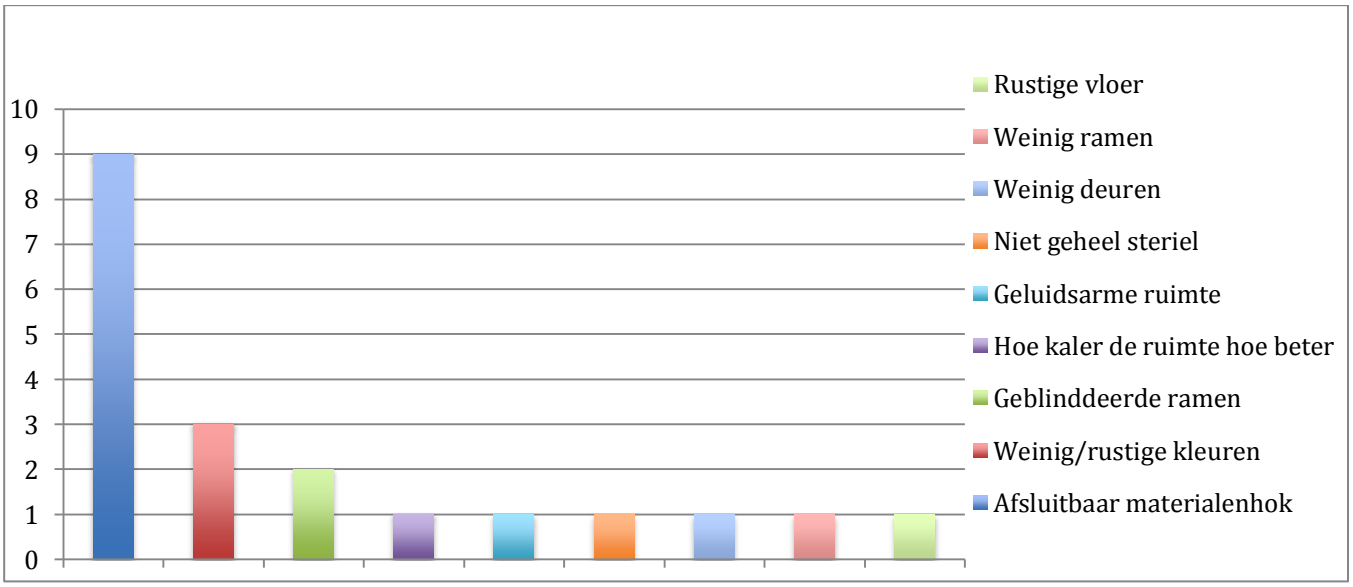
Grote materialen: klimmuur/klimmateriaal, kasten, banken, dikke matten, klimrek, schommel, balanceermateriaal, baskets, trampoline, tafeltennistafel, zwaai-installatie en doelen.

Overige materiaal: videocamera en whiteboard.



Figuur 5. Overzicht materialen.

Prikkelarm:
De tien therapeuten geven aan dat de ruimte prikkelarm moet zijn. Onder prikkelarm wordt verstaan; dat de materialen in een materialenhok moeten kunnen worden opgeborgen en dat de ruimte rustige kleuren heeft.
Een afsluitbare materialenhok wordt door negen therapeuten benoemd.
Weinig/rustige kleuren wordt door drie therapeuten benoemd.
Hoe kaler hoe beter wordt door één therapeut benoemd.
Geblindeerde ramen/niet van buiten naar binnen kunnen kijken wordt door twee therapeuten benoemd.
Geluidsarme ruimte wordt door één therapeut benoemd.
Niet geheel steriel wordt door één therapeut benoemd.
Weinig deuren wordt door één therapeut benoemd.
Weinig ramen wordt door één therapeut benoemd.
Rustige vloer/weinig strepen op de ondergrond wordt door één therapeut benoemd.



Figuur 6. Specificatie wat er wordt verstaan onder prikkelarm.

Werkgebied/praatgebied:
Er wordt door het expertisepanel onderscheid gemaakt tussen een werkgebied en een praatgebied. Hoe dit exact ingedeeld wordt, is afhankelijk van verschillende factoren zoals: aard van de problematiek en de werkwijze van de therapeut.

Er wordt door iedere therapeut gestart en geëindigd in het praatgebied. In de periode hiertussen loopt dit praat en werkgebied door elkaar heen. De therapeuten gaven aan dat er mogelijkheid moet zijn om een interventie te doen wanneer er zich een situatie aandraagt, ook al is dit binnen het werkgebied.

Veilige zone/ time-out plek:
De veilige zone onderscheidt zich van het werk/praatgebied, doordat de veilige zone/time-out een plek is waar iemand naar toe kan gaan wanneer hij/zij letterlijk een time-out kan nemen.

De therapeuten spreken samen met de cliënt een time-out plek af. Hier is geen standaard in te beschrijven en is afhankelijk van de behoefte van de cliënt. Hoe de time-out plek eruit ziet en waar de time-out plek zich bevind, is verschillend. Een neutrale plek buiten de sportzaal is meerdere keren benoemd en lijkt goed te functioneren als time-out plek. Een ander voorbeeld dat meerdere keren gegeven is, is een plek in de sportzaal, gecreëerd door de cliënt zelf. Hier kan de cliënt zich terug trekken wanneer hij/zij dit nodig acht. Hierdoor weet de therapeut en eventueel de mede cliënten dat de diegene met rust gelaten moet worden

4.3 Welke thema's komen aan bod in de behandeling?

Het expertisepanel heeft thema's benoemd die binnen de behandeling voor mensen met een LVB met agressieproblematiek aan bod zouden moeten komen (zie figuur 7).
Vervolgens is er een onderscheid gemaakt welke thema's wel binnen de PMT behandeld moeten worden en welke thema's mogelijk door andere disciplines met expertise van de doelgroep en problematiek behandeld kunnen worden.
Bij het ordenen van de genoemde thema's is gebruik gemaakt van de drie fasen van het General Aggresssion Model (GAM) en een restcategorie.

Het herkennen van triggers voor agressie, wat binnen het GAM kan ingedeeld worden in de fase ''input'', wordt zes keer genoemd, waarbij één keer afstand en nabijheid als middel genoemd wordt.
Daarnaast komt één keer afstand en nabijheid los aan bod.
Een laatst genoemde thema binnen deze fase is inter-persoonlijke vaardigheden en dit is vier keer benoemd. Inter-persoonlijke vaardigheden is in drie subgroepen onderverdeeld; waarnemen en interpreteren van sociale interactie (één keer) , samenwerken (twee keer) en feedback kunnen geven zijn (één keer)

In de fase "processen", wordt vijf keer oplopende spanning benoemd. In het thema oplopende spanning herkennen, zijn vier subgroepen gemaakt:

1. herkennen van lichaamssignalen komt 7 keer voor,
2. spanning gerelateerde emoties komt 6 keer voor,
3. herkennen van lichaamssignalen gekoppeld aan emoties komt 2 keer voor,
4. herkennen van lichaamssignalen gekoppeld aan emoties en cognities komt 2 keer voor.

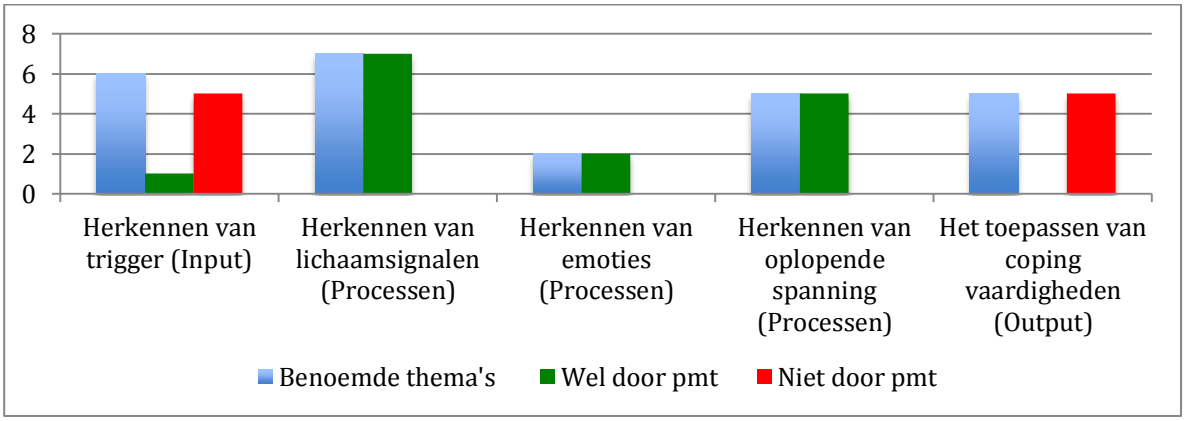
In de fase ''output'' is oplopende spanning leren onderbreken, vier keer expliciet benoemd.
Daarnaast zijn de volgende thema's één keer benoemd:

1. time out,
2. stop-denk-doen leren toepassen,

3. uit de situatie leren te stappen.

Het thema coping vaardigheden/ probleemoplossende vaardigheden vergroten wordt vijf keer expliciet benoemd. Spanning reguleren, grenzen herkennen van zichzelf, grenzen van een ander herkennen en hulp leren vragen, zijn ook thema's die vallen onder coping vaardigheden maar die anders zijn verwoord.
Daarnaast is de spanning omlaag brengen door middel van relaxatie zes keer benoemd.

Verder is er nog een restcategorie van antwoorden die niet onmiddellijk in het GAM ingedeeld kunnen worden. Zo is er drie keer een positief zelfbeeld/ zelfvertrouwen genoemd. Waarbij twee keer expliciet het opdoen van succeservaringen hierin is gekoppeld en één keer het stilstaan bij talenten.



Figuur 7. Thema's die aan bod zouden moeten komen in de behandeling

Uit deze tabel kan opgemaakt worden dat het expertisepanel voornamelijk aangeeft dat de thema's binnen inputfase en outputfase niet door een psychomotorisch therapeut aangeboden moet worden. Het herkennen van oplopende spanning zou specifiek door een psychomotorisch therapeut aangeboden moeten worden, vindt het expertisepanel. Enkel het herkennen van emoties wordt in twee van de zes keer ook genoemd als niet specifiek voor de PMT

4.4 Wat zijn de specifieke aangrijpingspunten voor de behandeling van mensen met een LVB en agressie?

De genoemde aangrijpingspunten zijn:
De therapie is ervaringsgericht wordt door acht therapeuten benoemd.
De context aanpassen om de hulpvraag te oefenen wordt door drie therapeuten benoemd.
Lichaamsbewustwording wordt door drie therapeuten benoemd.
Het medium bewegen sluit aan bij doelgroep wordt door drie therapeuten benoemd.
Lijfelijk ervaren wordt door vier therapeuten benoemd.
Concreet oefenen wordt door drie therapeuten benoemd.
Ervaren hoe je het anders kunt doen wordt door één therapeut benoemd.
Lichaamssignalen herkennen en bespreekbaar maken wordt door één therapeut benoemd.
Stil zetten tijdens het ervaren en hierbij over in gesprek gaan wordt door één therapeut benoemd.

Waarom wordt psychomotorische therapie ingezet?
Bewust worden van lichaamssignalen wordt door zeven therapeuten benoemd.
Ervaringsgericht wordt door zeven therapeuten benoemd.
Het medium/laagdrempelig wordt door drie therapeuten benoemd.
Het lijfelijk ervaren wordt door vijf therapeuten benoemd.

De context kan aangepast worden wordt door één therapeut benoemd.
Het herkennen van emoties wordt drie therapeuten benoemd.
Het aangeven van grenzen gekoppeld aan emoties wordt door één therapeut benoemd.
Het herkennen van de onderliggende emoties wordt door één therapeut benoemd.

4.5 Wat zijn de vermeende en beoogde veranderingen?

Indeling thema's aan de hand van het GAM	
Input	- Bewust worden van triggers. 4 x - Onderscheid maken tussen waarnemen en interpreteren en dit kunnen navragen. 1 x
Processen	- Bewust worden van lichaamssignalen. 7 x - Bewust worden van lichaamssignalen gekoppeld aan de emoties. 4 x - Vergroten van sociale vaardigheden. 1x
Output	- Het reduceren van spanning (coping/oplossingsvaardigheden). 8x - Adequaat tips/tops. 1x - Grenzen aangeven. 1 x - De vorm van agressie. 1x

Figuur 8. Beoogde veranderingen.

De vermeende en beoogde veranderingen die de cliënt doormaakt zijn de doelen die verwerkt zijn in een thema. Alle therapeuten geven aan dat er een gedragsverandering plaatsvindt. Wanneer deze veranderingen geplaatst worden in de verschillende fases van het GAM, wordt inzichtelijk dat er met name beoogde veranderingen zijn op de fase van processen en output.
De kern van de vermeende en beoogde veranderingen is gekoppeld aan bewustwording van spanningen, hieronder kunnen de emoties geplaatst worden, lichaamssignalen en het bespreekbaar maken van de spanningen die men op dat moment ervaart.

4.6 Welke arrangementen blijken succesvol vanuit de praktijk voor mensen met een LVB met agressieproblematiek?

Er zijn veel verschillende arrangementen benoemd. Over een meerderheid kan niet worden gesproken. Hieronder in figuur 9 staat een overzicht van de verschillende arrangementen gekoppeld aan het GAM.

De volgende bewegingsvormen zijn door drie verschillende therapeuten benoemd.
- Spel zonder regels.`
- Basketbal.
- Boksen.
- Richting een muur lopen met de ogen gesloten.

Bewegingsvormen die door twee verschillende therapeuten benoemd worden, zijn:
- A controlled approach.
- Pionwissel.
- Klimmen.
- Met een stok op een mat slaan.

Bewegingsvormen die één keer benoemd zijn:
- Bouwopdracht.
- Ontspanningsoefening (Jacobson).
- Hangen aan een wandrek.

- Paaltjesvoetbal met judojas.

Indeling thema's aan de hand van het GAM		Rationale
Input	- Pionnenwissel	- Herkennen van triggers
Processen	- Klimmen aan muur of klimparcours - Boksen - Met de ogen dicht naar de muur - A Control Approach - Basketballen - Stok slaan - Klimmen op de muur - Met de ogen dicht naar de muur - Met de ogen dicht naar de muur - Paaltjesvoetbal met judojas - Boksen met het dragen van een hartslagmeter - Hangen aan het wandrek	- Herkennen van oplopende spanning en lichaamssignalen - Ervaren van lichaamssignalen - Gewaarwording van spanningssignalen - Ervaren van spanningssignalen - Stil staan bij lichaamssignalen - Lichaamsbeheersing - Herkennen van oplopende spanning - Herkennen van oplopende spanning - Herkennen van oplopende spanning - Herkennen van lichaamssignalen - Herkennen van lichaamssignalen - Herkennen van lichaamssignalen
Output	- Spel zonder regels - A Control Approach - Basketbal spelletje mens erger je niet - Basketbal spelletje mens erger je niet - Stok slaan - Spel zonder regels - Bouwopdracht iets nabouwen met een kast er tussen - Boksen - Ontspanningsoefening Jackobson - Spel zonder regels - Pionnenwissel	- Regulerende vaardigheden - Regulerende vaardigheden - Toepassen van oplossingsvaardigheden - Toepassen van oplossingsvaardigheden - Regulerende vaardigheden - Regulerende vaardigheden - Toepassen van oplossingsvaardigheden - Reduceren van spanning - Lichaamsbewustwording en het reduceren van spanning - Regulerende vaardigheden - Regulerende vaardigheden

Figuur 9. Indeling arrangementen gekoppeld aan de thema's.

Hoofdstuk 5. Discussie

De experts die benaderd zijn om deel te nemen aan dit onderzoek, zijn geselecteerd door de betrokken onderzoekers die aangesloten zijn bij het lectoraat Bewegen, Gezondheid en welzijn. Deze selectie is gedaan op basis van de inschatting van de onderzoekers, maar de inclusiecriteria voor het onderzoek waren dat het moest gaan om een psychomotorisch therapeut met een (door de beroepsvereniging) erkende opleiding en minimaal 5 jaar werkervaring met mensen met een LVB met agressieproblematiek.
De selectie is gedaan door de onderzoekers die vanuit het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn het onderzoek doen. Dit is gedaan op basis van een inschatting welke collega's er voldoen aan deze criteria en welke bereid zouden zijn om bij te dragen aan het onderzoek.
Mogelijk dat er daardoor geen brede spreiding qua leeftijd en werkervaring is. Ook kan het betekenen dat er bij een bredere spreiding van de geïnterviewde deelnemers andersoortige antwoorden gegeven zouden zijn.
Tegelijkertijd kan er ook verwacht worden dat de onderzoekers goed zicht hebben op het netwerk, aangezien zij dit zelf hebben georganiseerd.

De student-onderzoekers zijn onervaren in het uitvoeren van een Delphi-onderzoek en in het bijzonder in het afnemen van een open interview in de eerste ronde van het Delphi-onderzoek.
De analyse van de resultaten is dan ook erg lastig om te doen. Zeker ook aangezien door onder ander Van Dijk & Landsheer (2003) gesteld wordt dat in de analyse van de resultaten van de Delphi-vragenronde veel expertise nodig is van de onderzoekers. Daarom is hiervoor ook gebruik gemaakt van de onderzoekers binnen het lectoraat.

Doordat het een eerste open vragenronde is, hebben de onderzoekers en de student-onderzoekers een vragenlijst moeten opstellen. Het kan hierin zijn dat de vragen niet altijd voldoende scherp/ helder waren en er ook aspecten zijn geweest waar niet naar is, maar gevraagd die wel van belang zijn.

Het afnemen van het interview nam per therapeut lange tijd in beslag. Dit zou van invloed kunnen zijn op de concentratieboog van zowel de student-onderzoekers als de geïnterviewden.
Gevolg hiervan kan zijn, is dat de onderzoekers het doorvragen in mindere maten kritisch uitvoeren. Ook kan de duur van het interview een negatieve invloed hebben op de antwoorden die gegeven worden. Door de lange tijd investering kunnen de antwoorden minder volledig zijn.

Er zijn verschillende interviews via Skype afgenomen. Dit heeft als voordeel dat de tijd om een interview af te nemen minder tijd in beslag neemt, er is hierbij namelijk geen reistijd voor de student-onderzoekers. Een nadeel is dat er niet direct face-to-face met elkaar gesproken wordt. Wanneer een interview persoonlijk afgenomen wordt zijn de resultaten wellicht vollediger.

De onderzoekspopulatie betreft tien therapeuten. Dit is een relatief kleine groep. Er kunnen daardoor vraagtekens bij de resultaten worden gezet. Hoe groter de onderzoekspopulatie is, hoe betrouwbaarder de uitkomst hiervan is. Het expertisepanel staat niet in verhouding met het aantal psychomotorisch therapeuten dat er in Nederland actief is.

Hoofdstuk 6. Conclusie

De onderstaande conclusies worden getrokken uit de in hoofdstuk vier weergegeven resultaten.
Door deze deelvragen te beantwoorden zal er geprobeerd worden antwoord te krijgen op de gestelde hoofdvraag:
Welke thema's en oefen/bewegingsvormen moeten volgens een expertisepanel aangeboden worden bij mensen met een LVB en agressieproblematiek binnen de behandeling van PMT?

Deelvraag 1:
Wat zijn de randvoorwaarden voor het uitvoeren van psychomotorische therapie voor mensen met een LVB met agressieproblematiek.

Er wordt door vrijwel alle therapeuten aangegeven dat er voldoende bewegingsruimte aanwezig moet zijn in de ideale PMT ruimte.
Er is geen overeenstemming over de ideale afmeting van de ruimte. Deze antwoorden lagen ver uiteen.
De meerderheid (zes therapeuten) heeft aangegeven dat de hoogte van de ruimte belangrijk is voor een ideale PMT ruimte. Er hebben vieren therapeuten benoemd dat de ideale PMT ruimte afsluitbaar moet zijn.

Deelvraag 2:
Welke thema's komen aan bod in de behandeling?
Met deze Delphi-methode is er in de eerst ronde geïnventariseerd en zijn er 7 thema's benoemd

Het thema herkennen van lichaamssignalen is een thema dat door negen therapeuten benoemd wordt. En hiermee lijkt er een consensus over dit thema te zijn.

De meerderheid vindt dat het thema, herkennen van emoties, in de behandeling voor mensen met een LVB en agressieproblematiek behandeld moet worden. Het expertisepanel is het niet met elkaar eens of het wel door PMT of niet door PMT behandeld moet worden.

In de tweede ronde van het Delphi- onderzoek is het van belang dat er over dit thema concretere vragen worden gesteld, zodat het duidelijk wordt of dit thema wel of niet in de behandeling van PMT behandeld gaat worden.

Het toepassen van coping vaardigheden is een thema dat moet terug komen in de behandeling voor mensen met een LVB en agressieproblematiek. Doordat coping vaardigheden een breed begrip is zal er in de volgende ronde meer inzicht verkregen moeten worden over wat er precies onder coping vaardigheden wordt verstaan.

Een kleine meerderheid (zes therapeuten) benoemt dat het herkennen van triggers een thema is dat in de behandeling aan bod moet komen, echter zijn zij van mening dat dit niet specifiek door PMT behandeld hoeft worden.
Omdat de antwoorden uiteenlopend zijn en hierover geen consensus is zal er in de tweede ronde met de recente data het onderwerp thema's opnieuw aan bod komen.

Deelvraag 3:
Wat zijn de specifieke aangrijpingspunten voor de behandeling van mensen met een LVB en agressie?
PMT is een behandelvorm die ervaringsgericht is waarin geïntervenieerd kan worden, waardoor de cliënt de oplopende spanning/boosheid lijfelijk kan ervaren.

Deelvraag 4:
Wat zijn de vermeende en beoogde veranderingen?
Het bewust worden van lichaamssignalen heeft een positief effect op het op tijd in kunnen grijpen bij oplopende spanning/boosheid om agressief gedrag te voorkomen.

Het op tijd in kunnen grijpen staat in verband met het kunnen toepassen van coping vaardigheden, waardoor er uiteindelijk minder agressief gedrag zichtbaar wordt.

Deelvraag 5:
Welke arrangementen blijken succesvol vanuit de praktijk voor mensen met een LVB met agressieproblematiek?

Er zijn veel verschillende oefen/bewegingsvormen genoemd. Een aantal arrangementen worden meerdere keren genoemd. Er kan hier niet gesproken worden over een meerderheid. Het arrangement is niet geheel leidend. Hiermee wordt bedoeld dat het niet alleen ligt aan de specifieke oefenvorm, maar dat het gaat om de samenhang van de oefen/bewegingsvorm, de interventies van de therapeut en de beleving van de cliënt hierbij. Deze elementen bij elkaar maken het een succesvol arrangement.

Eindconclusie:
Thema's die in de behandeling voor mensen met een LVB en agressieproblematiek moeten zitten zijn:
het herkennen van triggers, herkennen van lichaamssignalen en het herkennen van emoties, spanning kunnen reduceren en het kunnen toepassen van coping vaardigheden.

Welke oefen/bewegingsvormen er in de behandeling moeten zitten lopen erg uiteen.
Vervolgrondes zijn nodig om tot meer inzicht te komen, zodat de module concreet beschreven kan worden.

Hoofdstuk 7. Aanbevelingen

Aanbeveling voor een volgende keer Delphi-onderzoek in deze eerste fase.

Wanneer dit onderzoek herhaald zou moeten worden, worden de volgende aanbevelingen gedaan.

Het is van belang dat de onderzoekers kennis hebben die gericht is op de doelgroep en op het theoretisch model. Zo kunnen zij beter doorvragen om zo tot een concreet antwoord te komen.

Omdat dit om een deelonderzoek gaat en er gebruik is gemaakt van een grote vragenlijst, is er veel tijd gestoken in het afnemen van het interview. Als dit onderzoek herhaalt zou worden, is het effectiever om een vragenlijst op te stellen waarbij de vragen specifiek gericht zijn op dit onderzoek.
Hierdoor zal het afnemen van het interview minder tijd kosten. Ook is er dan meer gelegenheid om door te vragen. De therapeuten uit het expertisepanel zullen de vragenlijst dan ook als minder intensief ervaren.

De vragenlijst die de student-onderzoekers naar aanleiding van de inventarisatie opgesteld hadden was te globaal. Hierdoor was het lastig om de antwoorden concreet te verwerken. Voor een volgend onderzoek is de aanbeveling om de vragenlijst op te delen, zodat er dieper op de verschillende onderwerpen kan worden ingegaan.

Daarnaast een aanbeveling voor vervolg- onderzoek (verdere ronden en uiteindelijk effectonderzoek).

Voor de tweede ronde van de Delphi-methode is het van belang dat het expertisepanel concrete vragen krijgt wat betreft de onderwerpen en thema's binnen de behandeling van PMT. Er is dan een mogelijkheid om tot consensus te komen. Vervolgens zal er dan pilotonderzoek worden uitgevoerd m.b.t. effectiviteit.

Wanneer er een eenduidige, onderbouwde en duidelijk beschreven module is, kan er verder onderzoek gedaan worden naar de mogelijke uitkomstmaten waarmee het effect van de module bepaald kan worden. Dit kan onder andere middels multiple-N=1-onderzoek (Spreen et al, 2010). Afhankelijk van de uitkomsten van de pilot met meerdere N=1 studies zal er gekozen worden voor een aanpak met multiple-N=1 of voor een RCT. Doel daarbij is het inzichtelijk maken van de effecten van de behandeling van agressieproblematiek bij mensen met een LVB middels de PMT.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (2008). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, bureau-editie. Amsterdam: Pearson.

Black L., Cullen C., & Novaco R.W., (1997) Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure settings. In: B. Stenfert Kroese, D. Dagnan & K. Loumidis (Red.), Cognitive Behaviour-Therapy for People with Learning Disabilites pp. 33-52. London: Routledge.

Blansjaar, B.A., Beukers, M.M., & Kordelaar W.F. van (2008). Stoornis en delict. *Handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken*. Utrecht: De Tijdstroom.

Bodde, J., & Hagen, B. (2009). *LVG-jongeren beter in beeld.* Utrecht: VOBC LVG.

Boerhout C. & Van der Weele K. (2007) Psychomotorische therapie en agressieregulatie, een pilotonderzoek, *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 11-18.

Bouwmeester, R., Gerritsen, P., Van Belzen, J., Oudenhoven, J. Wintels, C., en Roos, J. (2009). De Borg PMT-module 'Agressietraining (forensische) SGLVG. In: Didden, Moonen, X. (Red.), *Met het oog op behandeling 2:* effectieve behandeling van gedragsstoornissen van mensen met een licht verstandelijke beperking (83-90). Utrecht/Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertise Centrum De Borg.

Colla, P. 1994, Psychomotorische therapie in beweging. In: J. Simons (red.), Actuele themata uit de PMT (pp. 9-14). Leuven: ACCO.

Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 652-661.

DeWall, C., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence,* 1(3), 245.

Didden, R., Collin, P., & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. M. G. *Handboek psychopathologie deel 1*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Dijk, J., van & Landsheer, H. (2011) (herziene versie): Delphi-onderzoek en andere methoden voor het raadplegen van deskundigen. In: Landsheer, H., Hart, H. 't, Goede, M., de & Dijk, J., van (2003). *Praktijkgestuurd Onderzoek: Methoden van Praktijkonderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.

Došen, A. (2005). *Gedragsproblemen, psychische stoornissen en verstandelijke handicap.* Assen: Gorcum.

Emck, C., Plouvier, M. & van der Lee-Snel, M. (2012). Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalising disorders. Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice, 7 (4), 263-275.

Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L., & Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. Research in Developmental Disabilities, 22(1), 77-93.

Hartley S.L., & Maclean W.E. (2009). Stressful social interactions experienced by adults with mild intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114 (2): 71-84.

Hensen, E (2005) *Agressieve jongeren met licht cognitieve beperkingen*, een literatuurstudie naar de mogelijkheden van psychomotorische therapie. Scriptie VU, faculteit der bewegingswetenschappen, Amsterdam.

Janssen, C. & Schuengel, C. (2005). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: aanzetten voor interventies. In: R. Didden (Red.) *In perspectief; Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking.* (pp. 67-84). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kars, H., & Wibier, M. (1996).Psychomotorische therapie voor zwakzinnige mensen. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 85-98.

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of advanced nursing, 53*(2), 205-212.

Kraijer, D.W. & Plas, J.J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.

Landsheer, H., 't Hart, H., De Goede, M., & Van Dijk, J. (2003). *Praktijkgestuurd Onderzoek*: Methoden van Praktijkonderzoek. Groningen: Stenfert Kroese.

Lange, J. De (2010). *Psychomotorische therapie: Lichaams en bewegingsgeoriënteerd interventies in de GGZ.* Amsterdam: Boom.

Lundqvist, L. O. (2013). Prevalence and risk markers of behavior problems among adults with intellectual disabilities: a total population study in Orebro County, Sweden. *Ressearch Developmental Disabillities, 34*(4), 1346-1356.

Matheson, E., & Jahoda, A. (2005). Emotional understanding in aggressive and non-aggressive individuals with mild or moderate mental retardation. *American Journal on Mental Retardation.* 110 (1), 57-67.

McClure, KS, Halpern, J, Wolper, PA, & Donahue, JJ. (2009). Emotion regulation and intellectual disability. *Journal on Developmental Disabilities*, 15, 38–44.

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). *Beroepsprofiel Psychomotorisch therapeut*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.

Probst M., Knapen J., Poot G., & Vancampfort D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.

Ras, M., Woittiez, I., Van Kempen, H., & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Roffman, A.E. (2004). Is anger a thing-to-be-managed? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41,* 161-171.

Roos, J.; Didden, H.C.M.; Steenbergen, B. (2010). *Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen.* Nijmegen: HAN VDO en Expertisecentrum De Borg.

Schalock, R.L., Borthwick-Duffy S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M.,Gomez, S.C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K.A., Snell, M.E., Spreat, S.,Tassé, M.J., Thompson, J.R., Verdugo-Alonso, M.A., Wehmeyer, M.L., & Yeager, M.H. (2010).

Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (Eleventh edition). Washington, D.C.: AAIDD.

Spreen, M. , Timmerman, M.E. , Horst, P., Ter & Schuringa, E. (2010). Formalizing Clinical Decisions in Individual Treatments: Some First Steps. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10 (4), 285-299.

Tyrer, F., McGrother, C. W., Thorp, C. F., Donaldson, M., Bhaumik, S., Watson, J. M., & Hollin, C. (2006). Physical aggression towards others in adults with learning disabilities: prevalence and associated factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 295–304.

Tenneij N., en Koot H. (2006). Doelgroep in beeld, een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. De Borg, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Tenneij, N. H., Didden, R., Stolker, J. J., & Koot, H. M. (2009). Markers for aggression in inpatient treatment facilities for adults with mild to borderline intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, *30*(6), 1248-1257.

Vuijk, R. (2013). Psychotherapie bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39(2), 86-99.

Zoon, M. (2012), *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bijlage 1.

Interview
In dit interview gaat het over uw kennis en ervaring rondom het werken met mensen met een licht verstandelijke beperking en agressieproblematiek.
Dit interview is de eerste, oriënterende, ronde van een onderzoek dat 3 rondes heeft. In de tweede en derde ronde zullen vragenlijsten gebruikt worden die opgesteld worden op basis van de uitkomsten van deze eerste ronde.
Op deze manier is het uiteindelijk de bedoeling om tot consensus te komen met de verschillende respondenten (PMT-ers) over de inhoud van een PMT-module.
Van hieruit kan er verder (effect)onderzoek uitgezet worden naar het effect van de module.

Een deel van de vragen is bedoeld als achtergrondinformatie om een weergave te kunnen geven van de werkplek en ervaring van de respondenten.
Echter is het belangrijkste deel het inhoudelijke deel waar informatie wordt ingewonnen als basis voor een 'ideale' PMT-module bij deze doelgroep.
Daarbij zijn we ook op zoek naar de achtergronden, inhoudelijke argumenten en onderbouwing om helder te krijgen waarom u bepaalde dingen doet.

Bij de vragen die informatie geven over de uiteindelijke PMT-module, is het doel enerzijds om een beeld te krijgen van de huidige werkwijze op uw werkplek. Anderzijds is het de bedoeling om uiteindelijk een 'ideale' PMT-module te ontwikkelen. Deze antwoorden kunnen dus van elkaar verschillen per vraag.

Algemene informatie over de geïnterviewde
Naam?
Leeftijd?
Opleidingsachtergrond?
Hoe lang werkervaring met de LVB doelgroep (en welke groep? Kinder-, jeugd-, volwassenen etc.)?
Huidige doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen, anders namelijk…)?
Huidige werkplek?
Aanstellingsomvang?
Geheel LVB doelgroep of ook deels andere doelgroep? Welk deel/ hoeveel uren voor de LVB doelgroep?
Heb je collega PMT-ers? Wat is hun aanstellingsomvang?

Doelgroep en aard van de problematiek

1. Welke leeftijd (range) hebben de cliënten die u behandelt voor agressieproblematiek?

2. Wat is het IQ van de doelgroep? Gaat het om mensen met een LVB, mensen die zwakbegaafd zijn? Of beide?

3. In wat voor behandelomgeving wordt de PMT gegeven?
    a. Ambulante/ poliklinische behandeling
    b. Deeltijdbehandeling
    c. Klinische behandeling
    d. Anders namelijk…

4. In welk kader geeft u cliënten PMT, is dit voor de cliënten verplicht of vrijwillig?
   a. vrijwillig
   b. onvrijwillig (justitiële maatregel) TBS, RM etc.
   c. onvrijwillig (gestuurd door anderen)

5. Welk type agressie is er sprake van bij aanmelding? Denk aan verbaal, fysiek, gericht op zichzelf (internaliserend), gericht op anderen (externaliserend), instrumenteel/ pro-actief, reactief etc.

6. Hoe is de verhouding tussen man en vrouw wat betreft de aanvragen die agressie gerelateerd zijn? (schatting percentage weergeven, dan in categorie plaatsen)

   a. 0% vrouw – 100% man
   b. 0 tot 25% vrouw – 75 tot 100% man
   c. 25 tot 50% vrouw – 50 tot 75% man
   d. 50 tot 75% vrouw – 25 tot 50% man
   e. 75 tot 100% vrouw – 0 tot 25 % man

Indicaties en contra-indicaties en individueel of groepsgericht aanbod

7. Is de therapie individueel of groepsgericht?
8. Wanneer er in groepsverband gewerkt wordt, hoe groot is dan deze groep?
9. En is het een open groep of een gesloten groep?
10. Zijn er 1 of 2 therapeuten bij groepstherapie aanwezig?
11. Zijn de keuzes voor bovenstaande meer pragmatisch gekozen of op basis van inhoudelijke argumenten en een 'ideale' situatie?

12. Wanneer wordt er gedacht aan de PMT als behandelvorm bij agressieproblematiek en welke argumenten worden daarvoor gegeven?
13. Wat zijn de indicatiecriteria binnen uw de (vakgroep van de) PMT om aan de slag te gaan met de behandeling van agressieproblematiek?
14. Worden de indicaties voor de behandeling van agressieproblematiek gesteld op basis van het gedrag van de cliënt of ook op basis van de onderliggende problematiek (bijv. Traumabehandeling met aandacht voor adequaat uiten van boosheid)? Oftewel zijn het 'nauwe' indicaties of brede indicaties met meerdere vragen?

15. Zijn er contra-indicaties voor de cliënten om aan de slag te gaan met de behandeling van agressieproblematiek (individueel of in een groep)? Zo ja, welke?

16. Wordt de PMT ingezet als specifiek behandel-onderdeel gericht op agressieproblematiek of is het een onderdeel van meerdere therapieën waarbij de agressieproblematiek wordt behandeld?
    Op welke wijze is de PMT ingebed in de setting (denk aan onderdeel van het multidisciplinair team etc.)?

Aanmeldingen

17. Hoe verloopt het aanmeldingsproces/ wie meldt aan?
18. Hoeveel aanmeldingen krijgt u in een jaar gemiddeld voor de PMT? (hierin meenemen hoeveel uur iemand werkt per week)

a. 0 – 10 f. 60 – 70

b. 10 – 20 g. 70 – 80
c. 30 – 40 h. 80 – 90
d. 40 – 50 i. 90 -100
e. 50 – 60 j. 100 +

19. Hoeveel daarvan zijn gericht op agressieproblematiek?
a. 0 – 10 f. 60 – 70
b. 10 – 20 g. 70 – 80
c. 30 – 40 h. 80 – 90
d. 40 – 50 i. 90 -100
e. 50 – 60 j. 100 +

20. Hoeveel cliënten worden gemiddeld per week binnen de PMT behandeld en in hoeveel gevallen betreft dit agressieproblematiek? (dus 2 antwoorden)
a. 0 – 10 f. 60 – 70
b. 10 – 20 g. 70 – 80
c. 30 – 40 h. 80 – 90
d. 40 – 50 i. 90 -100
e. 50 – 60 j. 100 +

Randvoorwaarden/ organisatie

Ruimte

21. Aan welke randvoorwaarden moet de PMT-ruimte voldoen?
22. Welke materialen zijn er nodig voor het uitvoeren van de behandeling?
23. Is de ruimte bijvoorbeeld prikkelarm of juist niet?
24. Wordt er een onderscheid gemaakt tussen een werkgebied/ doe-gebied en een praatgebied?
25. Wordt er gebruik gemaakt van een 'veilige zone'/ rustplek of time-out-plek?

Duur behandeling

26. Hoelang (in minuten) duurt een gemiddelde PMT-sessie binnen u instelling gerelateerd aan agressieproblematiek?
27. Is er een vaststaand aantal sessies of verschilt dit per cliënt?
28. Frequentie van de sessies (hoe vaak per week)

29. Wat zou volgens u een ideale lengte zijn van een PMT-sessie (onderscheid individueel en groepsverband)? (geef argumenten)

30. Wat zou volgens u het ideale aantal sessies zijn voor een PMT-module gericht op agressieproblematiek? (geef argumenten)

31. Wat zou volgens u een ideale frequentie zijn van de PMT-sessies? (geef argumenten)

Inhoudelijk
(NB: houd in gedachten dat het uiteindelijk gaat om de 'ideale' PMT-module!!!)

Doel van de behandeling

32. Wat is het einddoel dat je wilt bereiken in de behandeling? (open vraag om mee te starten)

Theoretische achtergrond

33. Welke theoretische achtergrond/ informatie gebruikt u in het vormgeven en het uitvoeren van de behandeling? (brede open vraag)

34. Wat is de definitie van agressieproblematiek die u hanteert? (denk aan meer gedragsmatige uiting of ook de onderliggende dynamiek)
35. Welke specifieke theorieën gericht op agressie?
36. Welke PMT-gerelateerde theorieën?
37. Welke psychologische/ psychotherapeutische theorieën?
38. Is er sprake van andere uitgangspunten en een andere (theoretische) benadering vanwege de specifieke kenmerken van de LVB doelgroep of is het theoretisch kader en/of de praktische uitwerking dezelfde als die bij niet LVB-ers?

Specifieke aangrijpingspunten

39. Waar ligt de specifieke waarde van de PMT in de behandeling van mensen met een licht verstandelijke beperking en agressieproblematiek?
40. Waar grijpt de PMT volgens u precies op aan, oftewel wat maakt de PMT geschikt voor de behandeling van agressieproblematiek bij mensen met een LVB?

Thema's

41. Is de PMT-behandeling geprotocolleerd? Uitgeschreven sessies en oefeningen?
42. Welke thema's komen er aan bod bij de behandeling van agressieproblematiek?
43. Is er een bepaalde volgorde qua thema's binnen de behandeling? Zo ja, welke?
44. Is er een bepaalde belangrijkheid/ ordening te maken in de thema's? Welke moeten zeker terugkomen in de PMT-behandeling? En welke kunnen ook bij door andere disciplines behandeld worden?
45. Is er een aantal sessies en doelen per thema of is dit open?

Activiteiten

46. Geef 2 voorbeelden van veelvuldig gebruikte arrangementen met bijbehorende interventies, eventueel het thema en de rationale (waarom je dit doet en waar het toe moet leiden)

Transfer/ generalisatie

47. Op welke wijze wordt er een transfer gemaakt gericht op generalisatie voor de cliënt zelf?
48. Naar wie in het leefmilieu (sociotherapie, werk, familie, partner, etc.) wordt de transfer gemaakt?
49. Op welke wijze wordt er een terugkoppeling gedaan naar het leefmilieu (sociotherapie, werk, familie, partner, etc.)?
50. Wordt er gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten? Zo ja, hoe zien die eruit?

Resultaten/ effect

51. Wat wil je bereiken met je PMT behandeling?
52. Wat zijn eindtermen/ wat wil je bereiken per thema?
53. Welke resultaten worden zichtbaar in gedrag van de cliënt (voor zijn/ haar omgeving)?

54. Op welke wijze wordt het behaalde resultaat geëvalueerd?

55. Welke uitkomstmaten zou volgens u gemeten moeten worden in het effectonderzoek?
56. Zijn er vragenlijsten die u gebruikt om de resultaten te monitoren?
57. Zijn er observatielijsten en/of observatie-instrumenten die u gebruikt om de resultaten te monitoren?

58. Voor welk percentage van de cliënten worden de beoogde resultaten behaald binnen de PMT-behandeling?

a. 0 – 10%
b. 10 – 20%
f. 50 – 60%
g. 60 – 70%

c. 20 – 30%
d. 30 – 40%
e. 40 – 50%
h. 70 – 80%
i. 80 – 90%
j. 90 – 100%

59. In hoeveel procent van de gevallen is er sprake van ‘drop-out’/ het voortijdig stoppen van de PMT-behandeling?

a. 0 – 10%
b. 10 – 20%
c. 20 – 30%
d. 30 – 40%
e. 40 – 50%
f. 50 – 60%
g. 60 – 70%
h. 70 – 80%
i. 80 – 90%
j. 90 – 100%

60. Wat zijn hier oorzaken van?

Behandelintegriteit

61. Vindt u dat onderliggende en/of bijkomende problematiek (bijv. Trauma of verslaving) onderdeel is van de PMT-behandeling van agressieproblematiek of is dit een ander aspect?

62. Wat doet u in een behandeling wanneer er andere problemen naar voren komen dan de agressieregulatie problematiek? Uitstapje of vasthouden aan hoofddoel?

63. Hoe vaak komt het bij u voor dat problematiek naar boven komt waarmee voordien geen rekening mee werd gehouden, maar die wel direct effect heeft op het verloop van de PMT-behandeling?

Algemeen

64. Is er naar uw idee een inhoudelijk verschil in de PMT-behandeling van jongeren (vanaf 16 – 23 jaar) en volwassenen (23 +)? Zo ja, welk verschil? Zo nee, waarom niet?

65. Is er naar uw idee een inhoudelijk verschil in de PMT-behandeling van kinderen (tot 16 jaar) in vergelijking tot jongeren (16 – 23 jaar)? Zo ja, welk verschil? Zo nee, waarom niet?

Afsluiting

Zijn er nog zaken die wel van belang zijn, maar nog niet aan de orde zijn geweest?

Wilt u op de hoogte blijven van de uitkomsten van deze ronde en meewerken aan een volgende ronde?

Hartelijk bedankt voor het interview!
Vragen, opmerkingen en/of feedback kunnen ook naar tap.hoek@windesheim.nl

Bijlage 2.

Illustratie van de verwerking volgens de drie stappen

Groen= therapeut 1
Blauw= therapeut 2
Rood= therapeut 3
Paars= therapeut 4
Zwart= therapeut 5
Grijs= therapeut 6
Donkergroen= therapeut 7
Donkerblauw= therapeut 8
Oranje= therapeut 9
Bruin= therapeut 10

Welke arrangementen zijn succesvol:

1. Klimmen aan de klimmuur of klimparcours. De thema's grenzen en spanning zijn hieraan gekoppeld. Interventie: Op het ervaren en op het voelen en daaraan woorden kunnen geven. Vragen die aan de cliënt worden gesteld zijn: Stop, wat gebeurt er? Wat voel je? Tijdens de oefening staat centraal wat gebeurt er als de spanning omhoog gaat en bewust worden van lichaamssignalen.
2. Boksen gekoppeld aan de thema's zelfcontrole te vergroten en de lichaamsbeheersing te ervaren. Het gaat hierbij de opbouw van zacht naar hard 1,2,3,4 en ook weer terug 4,3,2,1. Door deze oefening kun je lichaamsbeheersing te laten ervaren. En bij sommige wordt dit aangeleerd als de cliënt dit niet kan.
   Dit ook te wisselen door van 4 naar 2 kunt gaan dat je controle hebt over je kracht. Interventie: op cognitie; Wat doe je om van 4 naar 1 te kunnen? Herken je dit gevoel ook in andere situatie?
3. Met de ogen dicht naar de muur toe lopen- rationale het kunnen gewaarworden van spanningssignalen. Stoppen als het spannend wordt, je grens aangeven.
4. A Control Approach rationale- time out kunnen nemen. De therapeut loopt richting de cliënt en de therapeut stopt met lopen als de cliënt stop zegt of aangeeft dat de therapeut moet stoppen met lopen. Gebeurt dit niet loopt de cliënt door en staat hij tegen de cliënt aan, dit gebeurt even kort om de cliënt te laten ervaren welke spanning omhoog komt vervolgens stapt de therapeut een aantal stappen naar achter en laat de cliënt het verschil ervaren. De tweede keer loopt de therapeut opnieuw richting de cliënt dit keer stapt de cliënt uit de situatie als de cliënt spanning voelt oplopen.
5. Spel zonder regels- rationale regulerende vaardigheden meer in de context van een spel je impulsen te beheersen en de time out toe te passen in een spannende situatie, overleggen met je medecliënten.
6. Basketballen- rationale de triggers worden opgezocht tijdens de oefening en daarbij wordt er stil gestaan bij je lichaamssignalen. Wat gebeurt er met jou? Wat voelde je in lijf? Als ik nu doorga wat gebeurt er met jou? Zijn je spieren nu gespannen? Wat gaat er in je om als je gespannen bent of boos was?
7. Ontspanningsoefeningen Jackobson of ademhalingsoefeningen – rationale lichaamsbewustwording, hoe krijg ik mijn spanning omlaag en letterlijk het verschil ervaren als de cliënt bij zijn lijf blijft de spanning omlaag gaat en hoe deze spanning omlaag gaat.
8. Stok slaan tegen de mat, 1 minuut lang zonder dat de therapeut kadert wat de bedoeling is. Voor de therapeut een observatiemoment, hoe gaat de cliënt hiermee om. Vervolgens opbouw zacht naar hard van 1 tot en met 5. En van hard naar zacht 5 tot en met 1.

Rationale- controle hebben en dit houden.

9. A Control Approach rationale- hoe ga je met oplopende spanning om. Er staat 1 cliënt centraal die de controle heeft over zijn/haar spanning. De cliënt geeft zijn grenzen aan door stop te zeggen maar ook kan de cliënt uit de situatie stappen door weg te lopen of een time out te nemen.
10. Klimmen op de muur/klimwand: Thema/rationale: Herkennen van oplopende spanning. De interventies: verschillende zekeraars of een extra opdrachten tijdens het klimmen meegeven. Vragen stellen op denken, voelen en handelen. Voorbeeld: Voel je spierspanning? Waar voel je die? Waar denk je aan? En wat ben je aan het doen?
11. Basketbal- spelletje mens erger je niet. Thema/rationale: Agressie op een adequate manier uiten en het toepassen van oplossingsvaardigheden. Interventies: Attitude van de therapeut, joker toepassen aan het arrangement.
12. Naar de muur lopen met een geblindeerde bril. Thema/rationale: Herkennen van oplopende spanning. De interventies: Op geluid aflopen, rennen door de zaal, benoemen wat je ziet en niet te vroeg ingrijpen het de kans geven om het te laten ervaren.
13. Bouwopdracht (nabouwen met een kast er tussen): Thema/rationale: Oplossingsvaardigheden toepassen. Interventies: Vraag je om hulp, hoe wordt er gecommuniceerd en hoe werk je samen met de ander.
14. Pionnen wissel. Thema/rationale: herkennen van triggers waardoor je last krijgt van oplopende spanning. De interventies: De therapeut maakt het op verschillende moeilijk maken voor de ander (rechtdoor lopen, niet bij je pion weglopen). Hierbij het gedrag van de ander beïnvloeden.
15. Spel zonder regels: Thema/rationale: Het toepassen van oplossingsvaardigheden. Interventie: Wat doe je om de spanning niet te laten oplopen, bepaalde mate van arousel creëren door bepaalde regels in te stellen, de interventie toepassen zodat de trigger van de ander geraakt wordt.
16. Basketbal- spelletje mens erger je niet. Thema/rationale: Oplossingsvaardigheden toepassen.. Interventies: attitude van de therapeut, joker toepassen aan het arrangement.
17. Boksen. Thema/rationale: Herkennen van lichaamssignalen (fysieke inslag) het reduceren van spanning en stevig staan. Interventies: opbouwen van kracht 0 tot en met 10 en het afbouwen van 10 richting 0 hoe kom ik het snelst tot rust.
18. Boks activiteit met het dragen van de hartslagmeter: Rationale herkennen van lichaamssignalen. Interventie: door de hartslagmeter geef je de jongere inzicht wat er met zijn lichaam gebeurt.
19. Paaltjesvoetbal met judo jas. Rationale- lichaamssignalen herkennen die bij boosheid horen. Interventies: Benoemen wat je ziet, de activiteit zelf heeft weinig interventies nodig, de ervaring heeft geleerd dat er veel gebeurt door de interactie. De goudenregel is, stop is stop.
20. Spel zonder regels knots- hockey. Thema/rationale: Zodat ze gaan ervaren dat hun spanning oploopt en hun grenzen gaan aangeven en spanningsopbouw regulerende vaardigheden. Spanningsopbouw herkennen en daarmee op een adequate manier mee omgaan. Interventies: Laat het gebeuren, stop zeggen dan mag je iets aanpassen, als therapeut mee doen en de trigger opzoeken, filmen terugkijken.
21. Hangen aan het wandrek: Herkennen van lichaamssignalen. Interventie: Trek je benen maar op, wie kan het langst blijven hangen, benen heen en weer optrekken.
22. Met ogen dicht richting de muur toe lopen. Herkennen van spanningsopbouw.
23. Stok van 1 tot 10 slaan, regulerende vaardigheid. De kracht ligt in het horen en voelen.
24. Langs elkaar lopen, tweede keer mag je elkaar aankijken, 3^{e} keer mag je wat tegen elkaar zeggen, 4^{e} keer schouderduw, 5^{e} keer boos kijken. Herkennen van emoties en regulerende vaardigheden.

Arrangementen kaderen binnen GAM
INPUT (persoon – situatie)/ interpersoonlijke processen
Pionnen wissel. Thema/rationale: herkennen van triggers waardoor je last krijgt van oplopende spanning. De interventies: De therapeut maakt het op verschillende moeilijk maken voor de ander (rechtdoor lopen, niet bij je pion weglopen). Hierbij het gedrag van de ander beïnvloeden.

PROCESSEN/ ROUTE (cognitie – emotie – fysieke arousal)
Klimmen aan de klimmuur of klimparcours. De thema's grenzen en spanning zijn hieraan gekoppeld. Interventie: Op het ervaren en op het voelen en daaraan woorden kunnen geven. Vragen die aan de cliënt worden gesteld zijn: Stop, wat gebeurt er? Wat voel je? Tijdens de oefening staat centraal wat gebeurt er als de spanning omhoog gaat en bewust worden van lichaamssignalen.
Boksen gekoppeld aan de thema's zelfcontrole te vergroten en de lichaamsbeheersing te ervaren. Het gaat hierbij de opbouw van zacht naar hard 1,2,3,4 en ook weer terug 4,3,2,1. Door deze oefening kun je lichaamsbeheersing te laten ervaren.
Dit ook te wisselen door van 4 naar 2 kunt gaan dat je controle hebt over je kracht.
Interventie: op cognitie; Wat doe je om van 4 naar 1 te kunnen? Herken je dit gevoel ook in andere situatie? Reguleren van kracht

Met de ogen dicht naar de muur toe lopen- rationale het kunnen gewaarworden van spanningssignalen. Stoppen als het spannend wordt, je grens aangeven.

A Control Approach rationale- time out kunnen nemen. De therapeut loopt richting de cliënt en de therapeut stopt met lopen als de cliënt stop zegt of aangeeft dat de therapeut moet stoppen met lopen. Gebeurt dit niet loopt de cliënt door en staat hij tegen de cliënt aan, dit gebeurt even kort om de cliënt te laten ervaren welke spanning omhoog komt vervolgens stapt de therapeut een aantal stappen naar achter en laat de cliënt het verschil ervaren. *De tweede keer loopt de therapeut opnieuw richting de cliënt dit keer stapt de cliënt uit de situatie als de cliënt spanning voelt oplopen.*

Basketballen- rationale de triggers worden opgezocht tijdens de oefening en daarbij wordt er stil gestaan bij je lichaamssignalen. Wat gebeurt er met jou? Wat voelde je in lijf? Als ik nu doorga wat gebeurt er met jou? Zijn je spieren nu gespannen? Wat gaat er in je om als je gespannen bent of boos was?

Controle hebben en houden stok slaan tegen de mat, 1 minuut lang zonder dat de therapeut kadert wat de bedoeling is. Voor de therapeut een observatiemoment, hoe gaat de cliënt hiermee om. Vervolgens opbouw zacht naar hard van 1 tot en met 5. En van hard naar zacht 5 tot en met 1. Het gaat hierom lichaamsbeheersing hoe houdt de cliënt de controle.
Rationale- controle hebben en dit houden.

Boksen. Thema/rationale: Herkennen van lichaamssignalen (fysieke inslag) het reduceren van spanning en stevig staan. Interventies: opbouwen van kracht 0 tot en met 10 en het afbouwen van 10 richting 0 hoe kom ik het snelst tot rust.

Klimmen op de muur/klimwand: Thema/rationale: Herkennen van oplopende spanning. De interventies: verschillende zekeraars of een extra opdrachten tijdens het klimmen meegeven. Vragen stellen op denken, voelen en handelen. Voorbeeld: Voel je spierspanning? Waar voel je die? Waar denk je aan? En wat ben je aan het doen?

Naar de muur lopen met een geblindeerde bril. Thema/rationale: Herkennen van oplopende spanning. De interventies: Op geluid aflopen, rennen door de zaal, benoemen wat je ziet en niet te vroeg ingrijpen het de kans geven om het te laten ervaren.

Boks activiteit met het dragen van de hartslagmeter: Rationale herkennen van lichaamssignalen. Interventie: door de hartslagmeter geef je de jongere inzicht wat er met zijn lichaam gebeurt.

Paaltjesvoetbal met judo jas. Rationale- lichaamssignalen herkennen die bij boosheid horen. Interventies: Benoemen wat je ziet, de activiteit zelf heeft weinig interventies nodig, de ervaring heeft geleerd dat er veel gebeurt door de interactie. De goudenregel is, stop is stop.

OUTPUT (gedragsuitkomst)
Spel zonder regels- rationale regulerende vaardigheden meer in de context van een spel je impulsen te beheersen en de time out toe te passen in een spannende situatie, overleggen met je medecliënten.

A Control Approach rationale- hoe ga je met oplopende spanning om. Er staat 1 cliënt centraal die de controle heeft over zijn/haar spanning. De cliënt geeft zijn grenzen aan door stop te zeggen maar ook kan de cliënt uit de situatie stappen door weg te lopen of een time out te nemen.

Basketbal- spelletje mens erger je niet. Thema/rationale: Oplossingsvaardigheden toepassen. Interventies: attitude van de therapeut, joker toepassen aan het arrangement.

Basketbal- spelletje mens erger je niet. Thema/rationale: Agressie op een adequate manier uiten, het toepassen van oplossingsvaardigheden. Interventies: Attitude van de therapeut, joker toepassen aan het arrangement.

Bouwopdracht (nabouwen met een kast er tussen): Thema/rationale: Oplossingsvaardigheden toepassen. Interventies: Vraag je om hulp, hoe wordt er gecommuniceerd en hoe werk je samen met de ander.

Boksen. Thema/rationale: Herkennen van lichaamssignalen (fysieke inslag) *het* reduceren van spanning en stevig staan. Interventies: opbouwen van kracht 0 tot en met 10 en het afbouwen van 10 richting 0 hoe kom ik het snelst tot rust.

Ontspanningsoefeningen Jackobson of ademhalingsoefeningen – rationale lichaamsbewustwording, hoe krijg ik mijn spanning omlaag en letterlijk het verschil ervaren als de cliënt bij zijn lijf blijft de spanning omlaag gaat en hoe deze spanning omlaag gaat.

De tekst die schuin is gaat over de interventie die niet relevant is in het arrangement.
De schuingedrukte tekst is de kern van de interventie

Doordat er een diversiteit is aan bewegingsvormen worden ze gerangschikt op thema's.

Thema 1 Input: Herkennen van triggers
Pionnen wissel. Thema/rationale: herkennen van triggers waardoor je last krijgt van oplopende spanning. De interventies: De therapeut maakt het op verschillende moeilijk maken voor de ander (rechtdoor lopen, niet bij je pion weglopen). Hierbij het gedrag van de ander beïnvloeden.

Thema 2 Processen: Bewust worden van lichaamssignalen
Klimmen aan de klimmuur of klimparcours. De thema's grenzen en spanning zijn hieraan gekoppeld. Interventie: Op het ervaren en op het voelen en daaraan woorden kunnen geven. Vragen die aan de cliënt worden gesteld zijn: Stop, wat gebeurt er? Wat voel je? Tijdens de oefening staat centraal wat gebeurt er als de spanning omhoog gaat en bewust worden van lichaamssignalen.

Boksen gekoppeld aan de thema's zelfcontrole te vergroten en de lichaamsbeheersing te ervaren. Het gaat hierbij de opbouw van zacht naar hard 1,2,3,4 en ook weer terug 4,3,2,1. Door deze oefening kun je lichaamsbeheersing te laten ervaren.
Dit ook te wisselen door van 4 naar 2 kunt gaan dat je controle hebt over je kracht.

Interventie: op cognitie; Wat doe je om van 4 naar 1 te kunnen? Herken je dit gevoel ook in andere situatie? Reguleren van kracht

Met de ogen dicht naar de muur toe lopen- rationale het kunnen gewaarworden van spanningssignalen. Stoppen als het spannend wordt, je grens aangeven.

Naar de muur lopen met een geblindeerde bril. Thema/rationale: Herkennen van oplopende spanning. De interventies: Op geluid aflopen, rennen door de zaal, benoemen wat je ziet en niet te vroeg ingrijpen het de kans geven om het te laten ervaren.
Basketballen- rationale de triggers worden opgezocht tijdens de oefening en daarbij wordt er stil gestaan bij je lichaamssignalen. Wat gebeurt er met jou? Wat voelde je in lijf? Als ik nu doorga wat gebeurt er met jou? Zijn je spieren nu gespannen? Wat gaat er in je om als je gespannen bent of boos was?

Boksen. Thema/rationale: Herkennen van lichaamssignalen (fysieke inslag) het reduceren van spanning en stevig staan. Interventies: opbouwen van kracht 0 tot en met 10 en het afbouwen van 10 richting 0 hoe kom ik het snelst tot rust.

Klimmen op de muur/klimwand: Thema/rationale: Herkennen van oplopende spanning. De interventies: verschillende zekeraars of een extra opdrachten tijdens het klimmen meegeven. Vragen stellen op denken, voelen en handelen. Voorbeeld: Voel je spierspanning? Waar voel je die? Waar denk je aan? En wat ben je aan het doen?

Naar de muur lopen met een geblindeerde bril. Thema/rationale: Herkennen van oplopende spanning. De interventies: Op geluid aflopen, rennen door de zaal, benoemen wat je ziet en niet te vroeg ingrijpen het de kans geven om het te laten ervaren.

Boks activiteit met het dragen van de hartslagmeter: Rationale herkennen van lichaamssignalen. Interventie: door de hartslagmeter geef je de jongere inzicht wat er met zijn lichaam gebeurt.

Paaltjesvoetbal met judo jas. Rationale- lichaamssignalen herkennen die bij boosheid horen. Interventies: Benoemen wat je ziet, de activiteit zelf heeft weinig interventies nodig, de ervaring heeft geleerd dat er veel gebeurt door de interactie. De goudenregel is, stop is stop.

Totaal worden 11 arrangementen benoemd gekoppeld aan lichaamssignalen. Binnen het thema lichaamssignalen wordt het arrangement klimmen twee keer benoemd. Ook wordt het thema geblinddoekt naar de muur twee keer benoemd en boksen wordt drie keer benoemd.

Thema 3 Processen: Controle ervaren
Controle hebben en houden stok slaan tegen de mat, 1 minuut lang zonder dat de therapeut kadert wat de bedoeling is. Voor de therapeut een observatiemoment, hoe gaat de cliënt hiermee om. Vervolgens opbouw zacht naar hard van 1 tot en met 5. En van hard naar zacht 5 tot en met 1. Het gaat hierom lichaamsbeheersing hoe houdt de cliënt de controle.
Rationale- controle hebben en dit houden.

Thema 4 Output: Regulerende vaardigheden
Spel zonder regels- rationale regulerende vaardigheden meer in de context van een spel je impulsen te beheersen en de time out toe te passen in een spannende situatie, overleggen met je medecliënten.

A Control Approach rationale- time out kunnen nemen. *De therapeut loopt richting de cliënt en de therapeut stopt met lopen als de cliënt stop zegt of aangeeft dat de therapeut moet stoppen met lopen. Gebeurt dit niet loopt de cliënt door en staat hij tegen de cliënt aan, dit gebeurt even kort om de cliënt te laten ervaren welke spanning omhoog komt vervolgens stapt de therapeut een aantal*

stappen naar achter en laat de cliënt het verschil ervaren. De tweede keer loopt de therapeut opnieuw richting de cliënt dit keer stapt de cliënt uit de situatie als de cliënt spanning voelt oplopen.

A Control Approach rationale- hoe ga je met oplopende spanning om. Er staat 1 cliënt centraal die de controle heeft over zijn/haar spanning. De cliënt geeft zijn grenzen aan door stop te zeggen maar ook kan de cliënt uit de situatie stappen door weg te lopen of een time out te nemen.

Basketbal- spelletje mens erger je niet. Thema/rationale: Oplossingsvaardigheden toepassen. Interventies: attitude van de therapeut, joker toepassen aan het arrangement.

Basketbal- spelletje mens erger je niet. Thema/rationale: Agressie op een adequate manier uiten, het toepassen van oplossingsvaardigheden. Interventies: Attitude van de therapeut, joker toepassen aan het arrangement.

Bouwopdracht (nabouwen met een kast er tussen): Thema/rationale: Oplossingsvaardigheden toepassen. Interventies: Vraag je om hulp, hoe wordt er gecommuniceerd en hoe werk je samen met de ander.

Totaal worden er 6 bewegingsvormen benoemd met betrekking tot het thema regulerende vaardigheden. Twee keer wordt de bewegingsvorm A Control Approach benoemd. En twee keer wordt de bewegingsvorm basketbal benoemd. De twee therapeuten die de bewegingsvorm basketbal benoemen werken binnen dezelfde instelling en zijn collega's van elkaar.

Thema 5 Reduceren van spanning/ relaxatie: Output

Boksen. Thema/rationale: Herkennen van lichaamssignalen (fysieke inslag) *het* reduceren van spanning en stevig staan. Interventies: opbouwen van kracht 0 tot en met 10 en het afbouwen van 10 richting 0 hoe kom ik het snelst tot rust.

Ontspanningsoefeningen Jackobson of ademhalingsoefeningen – rationale lichaamsbewustwording, hoe krijg ik mijn spanning omlaag en letterlijk het verschil ervaren als de cliënt bij zijn lijf blijft de spanning omlaag gaat en hoe deze spanning omlaag gaat.

Bijlage 3.

Projectplan

Het onderzoek is door Joost en Özlem samen beschreven. We hebben op school samen aan het afstudeeronderzoek gewerkt, halverwege het proces is er ook voor gekozen om bij elkaar thuis te werken.

Er is voor gekozen om alles samen te doen en dit met elkaar uit te werken. Bij het afnemen van de interviews stelde Özlem de vragen en leidde Özlem het gesprek, Joost stelde de specifieke vragen en stelde zijn vragen om antwoorden te krijgen op de ideale PMT module en zorgde ervoor dat het gesprek bij het juiste onderwerp bleef.

Bij het verwerken van de gegevens is er voor gekozen om de therapeuten op te splitsen.
Beide hebben wij 5 therapeuten terug geluisterd en daarvan de gegevens verwerkt.
Vervolgens hebben we samen alles doorgenomen en van elkaar gecontroleerd of het klopt.

Het verwerken van de resultaten, de conclusie, discussie en aanbevelingen is ook samen beschreven.

Wie	Datum	Wat gedaan	Tijd
Joost en Özlem	19-12-2013	Onderzoeksvraag formuleren.	5 uur
Joost en Özlem	16-01-2014	Gesprek met Tina. Start onderzoeksopzet	30 minuten
Joost en Özlem	24-01-2014	Onderzoeksopzet	6 uur
Özlem	27-01-2014 28-01-2014	Verdiepen in de literatuur + herschrijven in de opzet	2 uur
Joost	25-01-2014	Verwerken feedback Tina + verdiepen in de literatuur en herschrijven.	2 uur
Joost en Özlem	31-01-2014	Onderzoeksopzet	6 uur
Joost	12-02-2014	Vragenlijst formuleren	3 uur
Özlem	13-02-2014	Feedback Tina verwerkt	2 uur
Joost en Özlem	14-02-2014	Mail gestuurd naar Pim en gewerkt aan het onderzoeksopzet	6 uur
Joost en Özlem	21-02-2014	Onderzoeksopzet	6 uur
Joost en Özlem	06-03-2014	Gesprek Tina	1 uur
Joost en Özlem	07-03-2014	Onderzoeksopzet	6 uur
Joost en Özlem	14-03-2014	Onderzoeksopzet + gesprek Pim	6 uur
Joost en Özlem	21-03-2014	Onderzoeksopzet	6 uur
Joost en Özlem	28-03-2014	Onderzoeksopzet + Tina een mail gestuurd	6 uur
Joost en Özlem	03-04-2014	Gesprek Tina en onderzoeksopzet	2 uur

		aangepast	
Joost en Özlem	07-04-2014 tot en met 02-05-2014	Interviews afgenomen	25 uur
Joost en Özlem	18-04-2014	Afspraak Pim	3 uur
Joost en Özlem	23-04-2014	Verwerking interviews	3 uur
Joost en Özlem	25-04-2014	Verwerking interviews	6 uur
Joost en Özlem	29-04-2014	Verwerking interviews	6 uur
Joost en Özlem	02-05-2014	Verwerking interviews	8 uur
Joost en Özlem	04-05-2014	Resultaten verwerken	5 uur
Joost en Özlem	05-05-2014	Resultaten verwerken	6 uur
Joost en Özlem	06-05-2014	Resultaten verwerken, conclusie, aanbeveling + Tina een mail gestuurd	6 uur
Joost en Özlem	09-05-2014	Feedback van Tina verwerkt en de resultaten aangepast	6 uur
Joost en Özlem	10-05-2014	Conclusie aangepast	4 uur
Joost en Özlem	16-05-2014	Conclusie en aanbevelingen verder uitgewerkt	6 uur
Joost en Özlem	22-05-2014	Conclusie en de discussie verder aangepast	6 uur
Joost en Özlem	23-05-2014	AO verslag helemaal verder uitgewerkt	6 uur
Joost en Özlem	24-05-2014	Conclusie laatste keer aangepast + Pim en Tina een mail gestuurd.	3 uur
Joost en Özlem	27-05-2014	Feedback van Pim en Tina verwerkt en het gehele verslag aangepast waar nodig was. + mail naar Pim en Tina	6 uur
Joost	31-05-2014	Laatste feedback verwerkt	4 uur
Özlem	01-06-2014	Laatste feedback verwerkt	3 uur
Joost en Özlem	11-06-2014	Feedback van Esther verwerkt	3 uur