

# Boosheid herkennen en reguleren in het kader van agressief gedrag

De rol van interoceptive awareness en copingvaardigheden binnen de psychomotorische therapie bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking.

Door Tamara Bennink, Tina Bellemans en Mia Scheffers



Boosheid aanvoelen en weer afkoelen. Dat klinkt logisch ... Toch? Echter, het is niet zo eenvoudig om ons bewust te zijn van lichaamssignalen die gerelateerd zijn aan oplopende boosheid, en om daarna adequate copingvaardigheden in te zetten om agressief gedrag te verminderen. Zeker niet voor mensen met een verstandelijke beperking. Deze studie werpt een blik op de rol van interoceptive awareness en copingvaardigheden binnen psychomotorische behandeling van mensen met een LVB en agressief gedrag.

## Inleiding

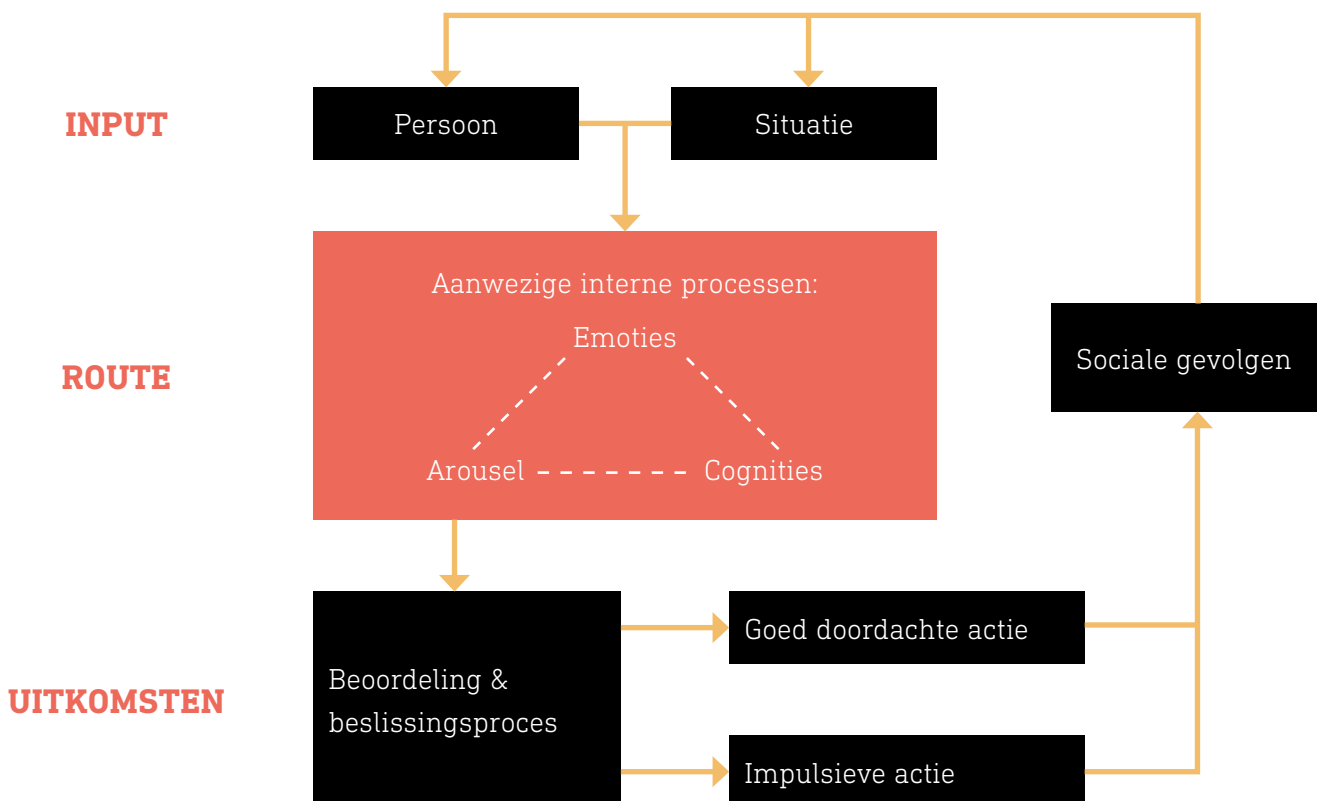
### Licht verstandelijke beperking en agressief gedrag

Personen met een licht verstandelijke beperking hebben een IQ tussen de 50 en 85 en daarnaast beperkingen in het adaptief functioneren (Bodde & Hagen, 2009). Deze doelgroep heeft een verhoogd risico op het ontwikkelen van agressief gedrag (Brown, Brown & Dibiasio, 2013; Didden et al., 2016).

Agressief gedrag wordt gedefinieerd als gedrag dat al dan niet opzettelijk materiële en/of immateriële schade bij de ander veroorzaakt en dat in strijd is met heersende regels of normen. Dit gedrag kan grote gevolgen hebben. Zo kan iemand die agressief gedrag vertoont risico lopen op een sociaal isolement en institutionalisering. Daarnaast belast agressie de relatie tussen de personen die ondersteuning nodig hebben en hun zorgverleners (Antonacci, Manuel & Davis, 2008) en leidt agressief gedrag bij zorgverleners tot angst en een verhoogd risico op stress (Mills & Rose, 2011; Singh, Lancioni, Karazsia & Myers, 2016).

Vaak wordt bij agressie onderscheid gemaakt tussen verbale en fysieke agressie en tussen reactieve en proactieve agressie (Allen & Anderson, 2017; Van der Ploeg, 2009). In dit onderzoek wordt met de term 'agressie' reactieve agressie bedoeld: een emotionele reactie op frustraties of provocaties die wordt gekenmerkt door sterke lichamelijke *arousal* en impulsief handelen (Van der Ploeg, 2009). Deze kan zowel fysiek als verbaal van aard zijn.

Het onvoldoende kunnen inzetten van adequate copingvaardigheden en de moeite om lichamelijke interne veranderingen (*interoceptive awareness*) waar te nemen zijn twee risicofactoren voor agressief gedrag bij mensen met een LVB (Bellemans et al., 2018; Garfinkel, Seth, Barrett, Suzuki, & Critchley, 2015; Matheson & Jahoda, 2005; McClure, Halpern, Wolper & Donahue, 2009).



**Figuur 1:** General Aggression Model. (Aangepast overgenomen uit DeWall, Anderson en Bushman, 2011, p. 246)

## IN DIT ARTIKEL

- Agressie en LVB, een theoretisch kader.
- PMT bij mensen met een LVB en agressief gedrag.
- Interoceptieve awareness en copingvaardigheden als werkingsmechanismen.

Om boosheid te kunnen herkennen is het van groot belang om interne lichamelijke veranderingen te kunnen waarnemen en interpreteren (Craig, 2008; Garfinkel & Critchley, 2013). Beperkingen in interoceptieve awareness worden dan ook geassocieerd met een gebrekkige regulatie van boosheid (Bellemans et al., 2018; Taylor & Novaco, 2005).

Om inzicht te krijgen in agressief gedrag is het *General Aggression Model* (GAM) (DeWall, Andersen & Bushman, 2011) een geschikt model (zie Figuur 1). Dit model kan dienen als theoretische onderbouwing en als kapstok om de oorzaak en de behandeling van agressief gedrag in kaart te brengen.

Uit dit model blijkt dat verschillende factoren elkaar beïnvloeden en van invloed zijn op het vertonen van wel of geen agressief gedrag. Een persoon, gevormd door biologische en omgevingsfactoren, kan getriggerd worden door een bepaalde situatie (input).

Vervolgens spelen interne processen die bestaan uit cognities, emoties en arousal een rol bij het interpreteren van de situatie en hoe er vervolgens op deze situatie gereageerd wordt (route). Deze informatie wordt verwerkt en er volgt een beslissing die impulsief óf goed overwogen kan zijn (uitkomsten) (Anderson & Bushman, 2002).

## Behandeling van agressief gedrag

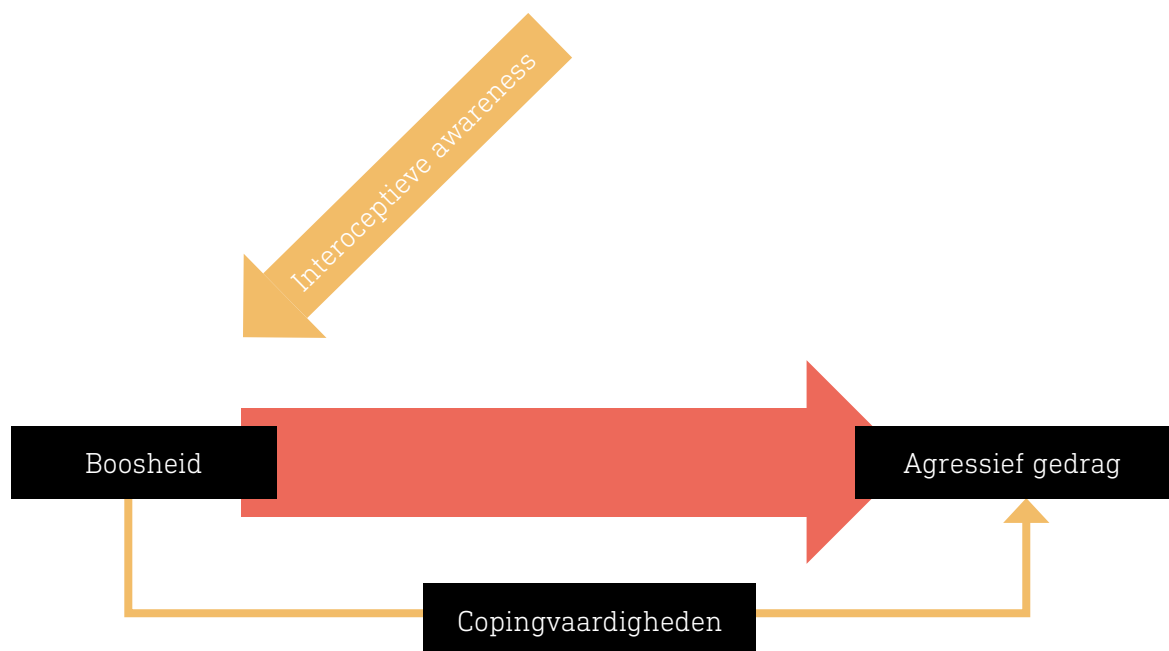
Belangrijke aanknopingspunten voor de behandeling van agressief gedrag is allereerst het vergroten van het bewustzijn van lichaamssignalen bij verhoogde arousal, die gepaard gaat met boosheid. Vervolgens gaat het om het leren inzetten van adequate copingvaardigheden (met betrekking tot een goed doordachte actie) (Bellemans et al., 2017; Singh et al., 2017; Taylor, Novaco & Brown, 2015).

Er bestaan meerdere psychosociale behandelingen die bijdragen aan het verminderen van agressief gedrag bij personen met een LVB (Kok, Van der Waa & Didden, 2016), zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie en mindfulness (Ali, Hall, Blickwedel & Hassiotis, 2015; Lee & DiGiuseppe, 2018; Singh et al., 2013). Belangrijke elementen binnen deze interventies zijn het leren waarnemen van emoties en spanning en het aanleren van adequate copingvaardigheden (Benson, 1994; Novaco, 2007; Singh et al., 2003).

## Psychomotorische therapie en agressieregulatie

Cognitieve interventies blijken werkzaam voor mensen met een LVB, maar zijn niet altijd voldoende ter vermindering van agressief gedrag. Meer ervaringsgerichte interventies zouden hier een bijdrage in kunnen leveren. Daar is echter nog weinig onderzoek naar gedaan binnen deze doelgroep.

Uit twee systematische reviews blijkt wel dat sportgerichte interventies de fysieke en mentale gezondheid van mensen met een LVB kunnen bevorderen (Bondár et al., 2020; Scifo et al., 2019).



**Figuur 2:** Veronderstelde werkingsmechanismen binnen de PMT bij de behandeling van agressief gedrag (T. Bellemans, persoonlijke communicatie, 21 december 2018).

Wat psychomotorische therapie (PMT) betreft, waar sport/bewegen en lichamelijke ervaringen worden geïntegreerd, weten we dat zowel therapeuten (Bellemans et al., 2018) als cliënten (Bellemans et al., 2021) aangeven dat PMT werkt en dat zowel het aanvoelen van lichaamssignalen bij boosheid (*interoceptive awareness*) als het leren omgaan met opgelopen spanning en emotie (copingvaardigheden) van belang zijn. Deze veronderstelde werkingsmechanismen staan vermeld in Figuur 2.

” Agressie belast de relatie tussen de personen die ondersteuning nodig hebben en hun zorgverleners

### Onderzoeksvraag

Nog niet eerder is er kwantitatief onderzoek gedaan naar deze veronderstelde werkingsmechanismen binnen de PMT. Meer zicht op de samenhang van deze mechanismen kan bijdragen aan een steviger fundament voor het inzetten van PMT binnen de behandeling van agressief gedrag (Bellemans et al., 2018; Van Hooren et al., 2017). Binnen dit onderzoek wordt daarom antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe hangen interoceptive awareness, copingvaardigheden en agressief gedrag met elkaar samen?
2. Bestaat er een verschil in interoceptive awareness tussen de groep die verbale en fysieke agressie laat zien en de groep die geen verbale of fysieke agressie laat zien?
3. Beschikt de groep die verbale en fysieke agressie laat zien over andere copingvaardigheden dan de groep die geen fysieke en verbale agressie laat zien?
4. Is er een verschil in de samenhang tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden tussen de verbaal en fysiek agressieve groep en de niet agressieve groep?

### Methode

Er is sprake van een kwantitatief, exploratief en cross-sectioneel onderzoeksdesign. De onderzoekspopulatie bestaat uit 218 deelnemers, 113 mannen en 105 vrouwen van achttien jaar en ouder, met een IQ tussen de 50 en 85.

De deelnemers hebben allen een behandel- of begeleidingsindicatie bij een van de volgende Nederlandse zorginstellingen: Abrona, Ambiq, Avelijn, De Driestroom, Frion, De Hartekamp Groep, 's Heeren Loo, Reinaerde, Stichting Sherpa, en Trajectum. Voor deelname aan het onderzoek zijn de cliënten geïnformeerd over het doel en de inhoud, alvorens zij besloten wel of niet deel te nemen. De dataverzameling heeft plaatsgevonden van 1 januari 2017 tot 1 juni 2019.

De dataverzameling vond plaats aan de hand van de volgende drie vragenlijsten:

1. De *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS-21), een van oorsprong Engelstalige vragenlijst (Endler & Parker, 1999) die copingvaardigheden meet. In de Nederlandse vertaling van de CISS-21 (De Ridder & Van Heck, 2004) worden drie subschalen gerelateerd aan drie copingstijlen: taakgerichte ('me concentreren op het probleem en kijken hoe ik het kan oplossen'), emotiegerichte ('mezelf verwijten dat ik in zo'n situatie terecht ben gekomen') en vermijdende coping. Binnen de vermijdende copingstijl worden twee subschalen gehanteerd: afleiding zoeken ('mezelf trakteren op iets lekkers') en sociale afleiding ('een vriend opzoeken'). De respondent wordt gevraagd om een specifieke stressvolle gebeurtenis in gedachten te nemen en aan de hand hiervan de vragenlijst in te vullen. Een hoge score houdt in dat iemand de betreffende copingvaardigheden kan toepassen, terwijl een lage score aangeeft dat dit niet of minder het geval is.
2. De BLSI-vb (Bellemans, 2019), een verkorte en aangepaste versie van de BLS (Zwets et al., 2014) voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking. De lijst meet lichamelijke sensaties gerelateerd aan woede en reactieve agressie (Bellemans et al., 2021; Hornsveld, 2018; Zwets et al., 2014). De vragenlijst voor mensen met een (L)VB bestaat uit negen items die twee factoren meten, namelijk activatie (spierspanning, hartslag en ademhaling) en lichaamswarmte. Een hoge score op de BLSI-vb kan wijzen op een goed bewustzijn van de toename van lichaamssignalen in woede oproepende situaties. Lage scores kunnen daarentegen wijzen op een gering besef, ontkenning of zelfs afwezigheid van lichamelijke sensaties tijdens woede oproepende situaties.

” Om boosheid te kunnen herkennen is het van groot belang om interne lichamelijke veranderingen te kunnen waarnemen en interpreteren

3. De SDAS9, een Nederlandse vertaling van de *Social Dysfunction and Aggression Scale* (Wistedt et al., 1990), is een observatievragenlijst die wordt ingevuld door ouders/verzorgers of begeleiders en bestaat uit negen items met betrekking tot naar buiten gerichte agressie. De stellingen dienen gescoord te worden aan de hand van zogenaamde 'piekniveaus', waarbij het agressieve gedrag van de persoon duidelijk toeneemt tot een niveau boven het gebruikelijke gedrag. Er wordt gebruikgemaakt van een vijfpunts Likertschaal waarbij de mate van agressief gedrag gescoord wordt van 0 'niet aanwezig' tot 4 'ernstig'. De totaalscores kunnen variëren van 0 tot 36, waarbij de scores onderverdeeld zijn in de volgende criteria: 0-5 (geen agressie), 6-10 (passieve agressie), 11-17 (verbale agressie) en 18-36 (fysieke agressie) (Bech, 1996).

## TABEL 1

### Kenmerken van de deelnemers aan het onderzoek.

Totaal N=218	
<b>Geslacht</b>	
Man	N=113 (51.8 %)
Vrouw	N=105 (48.2 %)
<b>Leeftijd</b>	M=35.5 (range 18-76)
<b>IQ</b>	M=64 (range 55-85)

## TABEL 2

### Overzicht van agressief gedrag van de deelnemers gemeten met de SDAS9.

	N	%
Totaal	218	100
Geen agressie	54	24,8
Fysieke agressie	66	30,3
Verbale agressie	46	21,1

Noot: De 52 deelnemers met een score van 6-10 (passieve agressie) zijn niet meegenomen in de metingen.

In ons onderzoek zijn we vooral benieuwd naar de criteria: geen agressie, fysieke agressie en verbale agressie. Het criterium passieve agressie wordt niet meegenomen in dit onderzoek, omdat deze vorm van agressie niet thuishoort onder reactieve agressie.

Op basis van de scores op bovengenoemde vragenlijsten wordt het verband onderzocht tussen de drie variabelen: copingvaardigheden, interoceptive awareness bij boosheid en agressief gedrag.

### Data-analyse

Het programma *Statistical Program for Social Science* (SPSS) versie 25 is gebruikt voor de data-analyse. Het significantieniveau van de statistische toetsen is gesteld op  $p < 0.05$ . Voor de eerste onderzoeksvraag is de samenhang berekend tussen interoceptive awareness bij boosheid (BLSI-vb), copingvaardigheden (CISS-21) en agressief gedrag (SDAS9) met behulp van een Pearson's productmomentcorrelatiecoëfficiënt. De scores van Pearson's  $r$  geven weer in hoeverre er sprake is van een (positief of negatief) verband. Waarden kleiner dan 0.3 worden geïnterpreteerd als laag, waarden tussen de 0.3 en 0.6 worden als matig geïnterpreteerd en waarden hoger dan 0.6 worden geïnterpreteerd als een hoge correlatie. (Field, 2013).

Voor de tweede, derde en vierde onderzoeksvraag werden de deelnemers opgesplitst in twee groepen: geen agressief gedrag (score van 0-5 op de SDAS9) en agressief gedrag (score van >11 op de SDAS9). De groep met agressief gedrag is vervolgens opgesplitst in verbale agressie (score van 11-17 op de SDAS9) en fysieke agressie (score van >18 op de SDAS9). Voor onderzoeksvraag twee en drie is het verschil geanalyseerd in copingvaardigheden en interoceptive awareness tussen de agressieve en niet agressieve deelnemers met behulp van de t-toets voor onafhankelijke steekproeven.

Voor onderzoeksvraag vier is het verschil in samenhang tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden vergeleken tussen de verbaal en fysiek agressieve groep en de niet agressieve groep door het berekenen van de Q-waarde. De Q-waarde geeft weer hoeveel correlaties van elkaar verschillen en kan hetzelfde geïnterpreteerd worden als een Pearson's  $r$ : kleine correlatie (<0.3), matige correlatie (0.3-0.6) en een hoge correlatie (>0.6).

### Resultaten

De algemene kenmerken van de deelnemers zijn weergegeven in Tabel 1. Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal deelnemers dat wel of geen agressief gedrag vertoont.

## Correlaties tussen agressief gedrag, copingvaardigheden en interoceptive awareness

De Pearson's productmomentcorrelatiecoëfficiënten zijn weergegeven in Tabel 3.

Uit Tabel 3 blijkt dat bijna alle totaalscores en subschalen van interoceptive awareness en copingvaardigheden laag tot matig zijn gecorreleerd (waarden van  $r$  tussen de .156 en .392). Er is dus een zekere positieve samenhang zichtbaar tussen het bewustzijn van lichamelijke sensaties (gerelateerd aan woede) en vaardigheden om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan.

Verder blijkt er geen samenhang tussen copingvaardigheden en agressief gedrag. Tussen interoceptive awareness en agressief gedrag is er alleen een lage positieve correlatie met de subschaal 'activiteit' (bewustzijn van spierspanning, hartslag en ademhaling).

## Het verschil in interoceptive awareness tussen de agressieve en niet agressieve groep

Het verschil in interoceptive awareness (op de totale score en op de subschalen activiteit en lichaamswarmte) tussen de groep deelnemers die agressief gedrag vertonen en de groep die geen agressief gedrag vertoont is vermeld in Tabel 4.

De agressieve groep scoort, zowel in totaal als onderverdeeld in fysieke en verbale agressie, significant hoger op de subschaal interoceptive awareness 'activiteit' dan de niet agressieve groep. Bij hen lijkt er dus bij agressie sprake van een groter bewustzijn van boosheid gerelateerde lichaamssignalen.

” Psychomotorische therapie lijkt een veelbelovende behandeling voor agressief gedrag bij volwassenen met een LVB

### TABEL 3

Overzicht van correlaties tussen agressie, copingvaardigheden en interoceptive awareness.

	BLSI-vb Totaal (N=218)	BLSI-vb Warmte (N=218)	BLSI-vb Activiteit (N=218)	CISS-21 Totaal (N=215)	CISS-21 Emotie (N=216)	CISS-21 Taak (N=217)	CISS-21 Vermijden (N=217)
BLSI-vb Warmte	.755**						
BLSI-vb Activiteit	.926**	.452**					
CISS-21 Totaal	.321*	.216**	.313**				
CISS-21 Emotie	.392**	.274**	.377*	.749**			
CISS-21 Taak	.163*	.034	.202**	.787**	.374**		
CISS-21 Vermijden	.156*	.155*	.122	.707**	.269**	.389**	
SDAS9 Totaal	.096	-.052	.161*	.013	.077	-.114	.038

Noot: \* = Significante correlatie bij  $p < 0.05$ ; \*\* = Significante correlatie bij  $p < 0.01$ ; BLSI-vb = Boosheid Lichamelijke Signalenlijst voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking; Totaal = Totale score; Warmte = Subschaal lichaamswarmte; Activiteit = Subschaal activiteit; CISS21 = Coping Inventory for Stressful Situations; Totaal = Totale score; Emotie = Emotiegerichte coping; Taak = Taakgerichte coping; Vermijden = Vermijdende coping; SDAS9 = Sociaal disfunctioneren en agressieschaal (naar buiten gerichte agressie)

## Het verschil in copingvaardigheden tussen de agressieve en niet agressieve groep

De verschillen in de totale score van de CISS-21 en de scores op de subschalen tussen de niet agressieve en de agressieve groep zijn weergegeven in Tabel 5.

Alleen bij de groep met fysieke agressie is er op de subschaal taakgerichte coping een significant verschil met de niet agressieve groep ( $t(118)=2.194, p<.005$ ). Deelnemers met fysiek agressief gedrag lijken dus minder taakgerichte copingvaardigheden te bezitten dan zij die geen agressief gedrag laten zien.

## Vershil in de samenhang tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden

Voor de agressieve en niet agressieve groep zijn de correlaties berekend tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden om te kijken of er een verschil in samenhang is tussen deze variabelen bij beide groepen (zie Tabel 6).

De correlatie tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden is bij de groep zonder agressie matig en bij de agressieve groep laag/matig. Het verschil in deze samenhang tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden is bij de agressieve en niet agressieve groep niet significant.

### TABEL 4

Verschillen op de BLSI-vb tussen de drie subgroepen: geen agressie, verbale en fysieke agressie.

	Geen agressie (N=54)	Wel agressie (N=112)			
Variabelen	M (SD)	M (SD)	t	df	p-waarde
BLSI-vb tot	19.6 (7.1)	21.2 (8.3)	-1.27	164	.205
BLSI-vb act	12.5 (4.7)	14.6 (6.3)	-2.39	135.49	.018*
BLSI-vb war	7.0 (3.2)	6.6 (3.3)	.77	164	.443
	Geen agressie (N=54)	Fysieke agressie (N=66)			
Variabelen	M (SD)	M (SD)	t	df	p-waarde
BLSI-vb tot	19.6 (7.1)	21.5 (8.2)	-1.38	118	.171
BLSI-vb act	12.5 (4.7)	14.9 (6.5)	-2.36	116.56	.020*
BLSI-vb war	7.0 (3.2)	6.6 (3.4)	.76	118	.450
	Geen agressie (N=54)	Verbale agressie (N=46)			
Variabelen	M (SD)	M (SD)	t	df	p-waarde
BLSI-vb tot	19.6 (7.1)	20.8 (8.5)	-1.38	118	.171
BLSI-vb act	12.5 (4.7)	14.1 (6.1)	-2.36	116.56	.020*
BLSI-vb war	7.0 (3.2)	6.7 (3.1)	.757	118	.450

Noot: \* = Significant bij  $p<0.05$ ; M = Gemiddelde; SD = Standaarddeviatie; t = t-waarde; df = Degrees of Freedom; BLSI-vb = Boosheid Lichamelijke Signalenlijst voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking; tot = totale score; act = subschaal activiteit; war = subschaal lichaamswarmte.

**TABEL 5**

Verschillen op de CISS-21 tussen de drie subgroepen: geen, fysieke en verbale agressie.

	Geen agressie (N=54)	Wel agressie (N=111)			
Variabelen	M (SD)	M (SD)	t	df	p-waarde
CISS-21 tot	57.2 (16.3)	56.4 (14.7)	.348	163	.729
CISS-21 taa	24.4 (6.9)	22.3 (6.8)	1.870	164	.630
CISS-21 emo	17.0 (6.8)	17.9 (7.0)	-.810	163	.419
CISS-21 ver	15.8 (6.8)	15.9 (6.1)	-.116	164	.908
	Geen agressie (N=54)	Fysieke agressie (N=65)			
Variabelen	M (SD)	M (SD)	t	df	p-waarde
CISS-21 tot	57.2 (16.3)	56.3 (14.4)	.342	117	.733
CISS-21 taa	24.4 (6.9)	21.7 (6.9)	2.194	118	.030*
CISS-21 emo	17.0 (6.8)	18.3 (6.9)	-1.052	117	.295
CISS-21 ver	15.8 (6.8)	16.0 (6.1)	-.170	118	.866
	Geen agressie (N=54)	Verbale agressie (N=46)			
Variabelen	M (SD)	M (SD)	t	df	p-waarde
CISS-21 tot	57.2 (16.3)	56.5 (15.3)	.239	98	.811
CISS-21 taa	24.4 (6.9)	23.3 (6.6)	.858	98	.393
CISS-21 emo	17.0 (6.8)	17.4 (7.3)	-.274	98	.785
CISS-21 ver	15.8 (6.8)	15.8 (6.2)	-.009	98	.993

Noot: \* = Significant verschil bij  $p$  waarde  $<0.05$ ;  $M$  = Gemiddelde;  $SD$  = Standaarddeviatie;  $t$  =  $t$ -waarde; CISS-21 = Totale score Coping Inventory in Stressful Situations; taa = taakgerichte coping; emo = emotiegerichte coping; ver = vermijdende coping.

## Discussie

Psychomotorische therapie lijkt een veelbelovende behandeling voor agressief gedrag bij volwassenen met een LVB. Bellemans en collega's (2018, 2021) hebben zowel cliënten als therapeuten bevroegd op de veronderstelde werkingsmechanismen. In ons onderzoek is een begin gemaakt met het onderzoeken van de samenhang tussen deze veronderstelde werkingsmechanismen in het kader van agressief gedrag. Uit het onderzoek komt naar voren dat er een lage tot matige correlatie is tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden.

De lage tot matige samenhang tussen deze twee variabelen zou verklaard kunnen worden vanuit de theorie dat interoceptive awareness gezien wordt als een voorwaarde om agressie te reguleren (Zwets et al., 2014), terwijl het inzetten van copingvaardigheden meer gekoppeld is aan het voorkomen van agressief gedrag (Bellemans et al., 2018; Mulder et al., 2006). De samenhang tussen de twee variabelen is mogelijk complexer en indirect van aard. In dit onderzoek is echter alleen het directe verband onderzocht.



**TABEL 6**

Verskil in correlaties tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden tussen de agressieve en de niet agressieve groep.

	N	Correlatie BLSI-vb & CISS-21	Q waarde	Betrouwbaarheids- interval	z-score
Geen agressie	54	.482**			
Wel agressie	111	.285**	.232	-.101 - .565	1.365
Geen agressie	54	.482**			
Fysieke agressie	65	.324**	.189	-.181 - .599	.999
Geen agressie	54	.482**			
Verbale agressie	46	.236	.285	-.120 - .690	1.376

Noot:\*\* = Significante correlatie bij  $p$  waarde  $<0.01$ ; BLSI-vb = Boosheid Lichamelijke Signalenlijst voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking; CISS-21 = Coping Inventory in Stressful Situations

” Cognitieve interventies blijken werkzaam, maar zijn soms niet voldoende voor mensen met een LVB

Een aanknopingspunt voor behandeling is het aanleren van adequate copingvaardigheden. De fysiek agressieve groep scoort immers lager op de taakgerichte copingstijl, gedefinieerd als een adequate copingstijl (Lazarus & Folkman, 1984). Hartley en McLean Jr. (2008) vonden zelfs een lage negatieve samenhang tussen taakgerichte coping en psychologische stress in hun onderzoek. Met deze studie in gedachten was de verwachting dat agressief gedrag ook in ons onderzoek significant negatief zou correleren met taakgerichte coping. Dit bleek echter niet het geval en voor een verklaring kan opnieuw gekeken worden naar de studie van Zwets en collega's (2014). Zij concluderen dat enkel de inzet van adequate coping niet voldoende is, maar dat het op tijd inzetten van copingvaardigheden bijdraagt aan het verminderen van agressief gedrag. In ons onderzoek is geen navraag gedaan naar het moment waarop copingvaardigheden werden ingezet.

Ten slotte is er bij het vergelijken van de samenhang tussen interoceptive awareness en copingvaardigheden tussen de agressieve en niet agressieve groep enkel gekeken naar de totaalscores van de vragenlijsten. Het is mogelijk interessant om naar de verschillen in samenhang op het niveau van de subschalen te kijken. De verwachting is dat de samenhang

tussen interoceptive awareness en adequate coping significant hoger zal zijn bij de niet agressieve groep. Wanneer we inzoomen op de subschalen is in ons onderzoek namelijk naar voren gekomen dat de niet agressieve groep significant hoger scoort op taakgerichte coping dan de fysiek agressieve groep. Ook wordt in de literatuur het belang benoemd van het aanleren van adequate copingvaardigheden om agressief gedrag te verminderen.

## OVER DE AUTEURS

**Tamara Bennink** is psychomotorisch therapeut en werkte tot voor kort met personen met een LVB bij behandel- en expertisecentrum Advisium. Dit artikel is gebaseerd op haar masterthesis die werd verkozen als beste scriptie van de Master Psychomotorische Therapie in het jaar 2019/2020.  
E: t.bennink@windesheim.nl

**Tina Bellemans** is post-doc onderzoeker en docent bij de opleiding Psychomotorische therapie van Hogeschool Windesheim, Zwolle.  
E: t.bellemans@windesheim.nl

**Mia Scheffers** is werkzaam als *associate lector* bij het Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim, Zwolle  
E: wj.scheffers@windesheim.nl

” Een aanknopingspunt voor behandeling is het aanleren van adequate copingvaardigheden

### Methodologische discussie

Positief aan dit onderzoek is het grote aantal deelnemers, afkomstig van verschillende zorginstellingen verspreid door Nederland. Er is een nagenoeg evenredige verdeling tussen mannen en vrouwen en de range in leeftijd is redelijk groot. Een kritische noot is dat 52 deelnemers niet meegenomen zijn in dit onderzoek. Deze groep scoorde op de SDAS9 binnen het criterium 'passieve agressie', een vorm van agressie die niet meegenomen is in dit onderzoek.

Voor de metingen bleken betrekkelijk weinig valide en betrouwbare vragenlijsten voorhanden. Met uitzondering van de BLSI-vb is er geen uitgebreid onderzoek gedaan naar de inzet van de gebruikte vragenlijsten bij personen met een LVB. Een kanttekening is op zijn plaats voor de keuze om de CISS-21 in te zetten voor het meten van copingvaardigheden. Deze lijst sluit in mindere mate aan bij de copingvaardigheden die binnen de PMT worden aangeleerd. Uit de Intervention Mapping Approach-studie van Bellemans en collega's (2018) komen nog andere mogelijk effectieve copingvaardigheden als het doen van ontspanningsoefeningen, uit de situatie stappen en het zoeken van hulp naar voren. Dit zijn opties die niet of nauwelijks aan bod komen binnen de CISS-21.

Ten slotte is niet duidelijk welke deelnemers al PMT hebben gehad gericht op agressieregulatie en dus al gericht hebben gewerkt aan interoceptive awareness en copingvaardigheden.

### Conclusie

Dit onderzoek bevestigt dat er enige samenhang bestaat tussen de veronderstelde werkingsmechanismen van de PMT (Bellemans, 2018) binnen de behandeling van agressief gedrag. Ook wordt bevestigd dat er tussen de agressieve en niet agressieve deelnemers verschillen bestaan in interoceptive

## SAMENVATTING

Psychomotorische therapie (PMT) kan worden ingezet ten behoeve van agressieregulatie bij volwassenen met een LVB. Het aanvoelen van boosheid door vergroten van interoceptive awareness en aanleren van adequate copingvaardigheden zijn hierbij twee veronderstelde werkingsmechanismen. In dit onderzoek wordt de samenhang tussen deze mechanismen en de invloed op agressief gedrag onderzocht bij 218 mensen met een LVB.

Ondanks dat verschillende maten van samenhang werden gevonden, kon de invloed van de veronderstelde werkingsmechanismen op het wel of niet vertonen van agressief gedrag niet worden aangetoond. Agressief gedrag lijkt (direct of indirect) door meer variabelen te worden beïnvloed en vervolgonderzoek is aanbevolen.

awareness en copingvaardigheden. Dit kan handvatten bieden voor de psychomotorische behandeling bij deze doelgroep. Met deze resultaten kan echter nog onvoldoende onderbouwd worden of de werkingsmechanismen direct samenhangen met het wel of niet vertonen van agressief gedrag. Om de invloed van interoceptive awareness en copingvaardigheden op agressief gedrag completer in kaart te krijgen is vervolgonderzoek van belang. In een pad-analyse, een methode binnen de *Structural Equation Modeling* (Westland, 2015), zouden ook de variabelen 'het juist en op tijd kunnen interpreteren van lichaamssignalen', 'het op tijd inzetten van copingvaardigheden' en 'de mate van arousalregulatie' meegenomen kunnen worden. Zo kan er een completer beeld gevormd worden over hoe de werkingsmechanismen samenhangen en hoe deze van invloed zijn op het wel of niet vertonen van agressief gedrag. Ook zijn er al vragenlijsten voorhanden om copingvaardigheden gerelateerd aan boosheid te meten, zoals de *Profile of Anger Coping Skills* (PACS). Deze lijst is echter nog niet in het Nederlands vertaald en dus nog onvoldoende psychometrisch onderzocht. ■

### Literatuur

- Ali, A., Hall, I., Blickwedel, J. & Hassiotis, A. (2015). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane database of systematic reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003406.pub4>
- Allen, J.J. & Anderson, C.A. (2017). Aggression and violence: Definitions and distinctions. *The Wiley handbook of violence and aggression*, 1-14. <https://doi.org/10.1002/9781119057574>
- Andersen, A.A. & Bushman, B.J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27-51. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>
- Antonacci, D.J., Manuel, C. & Davis, E. (2008). Diagnosis and treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Psychiatric Quarterly*, 79(3), 225-247. <https://doi.org/10.1007/s11126-008-9080-4>
- Bech, P. (1996). The Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS9). In *The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening* (pp. 23-27). [https://doi.org/10.1007/978-3-642-61169-8\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-61169-8_4)
- Bellemans, T. (2019). *Boosheid Lichamelijke Signalen lijst - lvb*. Zwolle: Windesheim.
- Bellemans, T. (2021). *What do you feel when you are angry? Psychomotor therapy for people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning*. [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit.

- Bellemans, T., Didden, R., Busschbach, J.T. van, Hoek, P.T.A.P., Scheffers, M.W.J., Lang, R.B. & Lindsay, W.R. (2017). Psychomotor therapy targeting anger and aggressive behaviour in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(1), 121-130. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1326590>
- Bellemans, T., Didden, R., Visser, R., Schaafsma, D., Totsika, V. & Busschbach, J.T. van (2018). Psychomotor therapy for anger and aggression in mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: an Intervention Mapping approach. *Body, Movement and Dance in psychotherapy*, 13(4), 234-250. <https://doi.org/10.1080/17432979.2018.1471006>
- Benson, B. (1994). Anger management training: A self-control program for people with mild mental retardation. In N. Bouras (Ed.) *Mental health in mental retardation* (pp. 224-323). [https://books.google.nl/books?hl=n-l&lr=&id=USA4AAAAIAAJ&oi=fnd&pg=PA224&dq=benson+1994+anger&ots=wIA2\\_2H175&sig=6ZUvkdS\\_Rdo9knq\\_Z6aailSU\\_4](https://books.google.nl/books?hl=n-l&lr=&id=USA4AAAAIAAJ&oi=fnd&pg=PA224&dq=benson+1994+anger&ots=wIA2_2H175&sig=6ZUvkdS_Rdo9knq_Z6aailSU_4)
- Bodde, J. & Hagen, B. (2009). *LVG-jongeren beter in beeld*. Utrecht: Vilans.
- Bondár, R.Z., Di Fronso, S., Bortoli, L., Robazza, C., Metsios, G.S. & Bertollo, M. (2020). The effects of physical activity or sport-based interventions on psychological factors in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(2), 69-92. <https://doi.org/10.1111/jir.12699>
- Brown, J.F., Brown, M.Z. & Dibiasio, P. (2013). Treating individuals with intellectual disabilities and challenging behaviors with adapted dialectical behavior therapy. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(4), 280-303. <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.700684>
- Craig, A.D. (2008). Interoception and emotion: a neuroanatomical perspective. *Handbook of emotions*, 3(602), 272-288. [https://www.overcominghateportal.org/uploads/5/4/1/5/5415260/interoception\\_and\\_emotion.pdf](https://www.overcominghateportal.org/uploads/5/4/1/5/5415260/interoception_and_emotion.pdf)
- DeWall, C.N., Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence*, 1(3), 245-258. <https://DOI:10.1037/a0023842>
- Didden, R., Lindsay, W.R., Lang, R., Sigafoos, J., Deb, S., Wiersma, J., . . . Lancioni, G.E. (2016). Aggressive behavior. In N. Singh (Ed.), *Handbook of evidence-based practices in individuals with intellectual and developmental disabilities* (pp. 727-750). Springer.
- Endler, N.S., & Parker, D.A. (1999). *CISS: Coping Inventory for Stressful Situations*. New York: Multi Health Systems.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Thousand Oaks: SAGE publications ltd.
- Garfinkel, S.N. & Critchley, H.D. (2013). Interoception, emotion and brain: New insights link internal physiology to social behaviour. *Commentary on: "Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety" by Terasawa et al. (2012). Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(3), 231-234. <https://doi.org/10.1093/scan/nss140>
- Garfinkel, S.N., Seth, A.K., Barrett, A.B., Suzuki, K. & Critchley, H.D. (2015). Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, 104(1), 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004>
- Hartley, S.L. & MacLean, Jr., W.E. (2008). Coping Strategies of Adults with Mild Intellectual Disability for Stressful Social Interactions. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1(2), 109-127. <https://doi.org/10.1080/19315860801988426>
- Hooren, S. van, Witte, M. de, Didden, R. & Moonen, X. (2017). Vaktherapie. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Reds.) *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 424-435). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hornsveld, R.H.J. (2018). *Meetinstrumenten voor de forensische psychiatrie, achtergrond, psychometrische eigenschappen & normen*. Rijswijk: Challenger Press.
- Kok, L., Waa, A. van der, & Didden, R. (2016). Gedragsstoornissen en agressief gedrag. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Reds.), *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. [1<sup>e</sup> druk, tweede oplage, pp. 82-97]. Utrecht: De Tijdstroom.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, A.H. & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current opinion in psychology*, 19, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.004>
- Matheson, E. & Jahoda, A. (2005). Emotional understanding in aggressive and nonaggressive individuals with mild or moderate mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 110(1), 57-67. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2005\)110<57:EUIAAN>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2005)110<57:EUIAAN>2.0.CO;2)
- McClure, K.S., Halpern, J., Wolper, P.A. & Donahue, J. (2009). Emotion Regulation and Intellectual Disability. *Journal of Developmental Disabilities*, 15(2), 38-44. <http://hdl.handle.net/11603/4016>
- Mills, S. & Rose, J. (2011). The relationship between challenging behaviour, burnout and cognitive variables in staff working with people who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 844-857. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01438.x>
- Mulder, M., Didden, R., Lenderink, A. & Enserink, J. (2006). Behandeling van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij adolescenten en volwassenen: Een aanzet tot deeltijdbehandeling. In R. Didden (Red.) *In perspectief: Gedragsproblemen, Psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*, (1<sup>e</sup> druk, 2<sup>e</sup> oplage, pp. 225-248). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Novaco, R.W. (2007). Anger dysregulation. In T.A. Cavell & K.T. Malcolm (Reds.) *Anger, Agression and Interventions for Interpersonal Violence*. (pp. 3-54). Mahwah: L. Erlbaum Associates.
- Ploeg, J.D. van der (2009). *Agressie: Ontstaan, ontwikkelingen en oplossingen*. <https://www.lemniscaat.nl/uploadfolder/fm9789047701651.pdf>.
- Ridder, D.T.D. de & Heck, G.L. van (2004). *Coping inventory for stressful situations. CISS Handleiding*. Swets Test Publishers.
- Scifo, L., Chicau Borrego, C., Monteiro, D., Matosic, D., Feka, K., Bianco, A. & Alesi, M. (2019). Sport intervention programs (SIPs) to improve health and social inclusion in people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 4(3), 57 <https://doi.org/10.3390/jfkm4030057>
- Singh, N.N., Chan, J., Karazsia, B.T., McPherson, C.L. & Jackman, M.M. (2017). Tele-health training of teachers to teach a mindfulness-based procedure for self-management of aggressive behavior to students with intellectual and developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 63(4), 195-203. <https://doi.org/10.1080/20473869.2016.1277841>
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Karazsia, B.T., Winton, A.S., Myers, R.E., Singh, A.N., . . . Singh, J. (2013). Mindfulness-based treatment of aggression in individuals with mild intellectual disabilities: A waiting list control study. *Mindfulness*, 4(2), 158-167. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0180-8>
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Karazsia, B.T. & Myers, R.E. (2016). Caregiver training in mindfulness-based positive behavior supports (MBPBS): effects on caregivers and adults with intellectual and developmental disabilities. *Frontiers in psychology*, 7(98), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00098>
- Singh, N.N., Wahler, R.G., Adkins, A.D., Myers, R.E. & Mindfulness Research Group. (2003). Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 24(3), 158-169. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(03\)00026-X](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(03)00026-X)
- Taylor, J.L. & Novaco, R.W. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual-based approach*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Taylor, J.L., Novaco, R.W. & Brown, T. (2015). Reduction in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(2), 1-21. <https://doi.org/10.1111/jir.12220>
- Westland, J.C. (2015). *Structural Equation Models: From Paths to Networks*. New York: Springer.
- Wistedt, B., Rasmussen, A., Pedersen, L., Malm, U., Träskman-Bendz, L., Wakelin, J. & Bech, P. (1990). The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry*, 23(06), 249-252. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1014514>
- Zwets, A.J., Hornsveld, R., Kraaimaat, F.W., Kanters, T., Muris, P. & Marle, H. van (2014). The psychometric properties of the Anger Bodily Sensations Questionnaire (ABSQ). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25(4), 432-450. <https://doi.org/10.1080/14789949.2014.925957>

## Dit artikel is verschenen in:

### Tijdschrift voor vaktherapie

2022/1 Jaargang 18

Theorie, onderzoek, praktijk

Oplage: ca. 4.500 ex.

ISSN 1871-5052

### Copyright

© Tijdschrift voor vaktherapie 2022.

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

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

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

### Missie

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

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

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

### Uitgever

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

### Ontwerp

Ontwerpburo Suggestie & Illusie

### Hoofdredactie

Meertine Laansma, Corinne van Scheppingen, Angélique de Waard, Susanne van der Lugt (bladcoördinator)

### Redactieraad

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

### Abonnement

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

### Redactie-adres

FVB

T.a.v. Tijdschrift voor vaktherapie

Faveling 253

3524 BN Utrecht

T: (030) 28 00 432

E: [tijdschrift@vaktherapie.nl](mailto:tijdschrift@vaktherapie.nl)

### Kopij

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

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

