



---

## Consensus based module plus

Psychomotorische therapie ten behoeve van het verminderen van impulsieve agressie bij volwassenen met een posttraumatische stress-stoornis.

---

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....  
Samenvatting.....

Hoofdstuk 1: Titel, ontwikkelaar, auteur, context.....

Hoofdstuk 2: Probleembeschrijving.....

Hoofdstuk 3: De doelgroep.....

Hoofdstuk 4: Doelen

Hoofdstuk 5: Beschrijving van de interventie-aanpak

Hoofdstuk 6: Theoretische onderbouwing van de itnerventie-aanpak

Hoofdstuk 7: Randvoorwaarden en kosten

Hoofdstuk 9: Ontwikkelgeschiedenis

Literatuur

---

## Samenvatting

### Titel

**Psychomotorische therapie ten behoeve van het verminderen van impulsieve agressie bij volwassenen met een posttraumatische stress-stoornis.**

### Auteurs

Plouvier, J.M.C.G., Van de Kamp, M.M., Bieleveldt, S., Van Arensbergen, B, Wiegers, M.

### Doelgroep

Deze module is ontwikkeld voor de behandeling van volwassenen met PTSS, bij wie sprake is van impulsief agressief gedrag en die moeite hebben met het waarnemen van lichaamssensaties.

### Context

De module is geschreven voor de behandeling van mensen die PTSS ontwikkeld hebben door één of meerdere traumatische gebeurtenissen en daardoor last hebben van hyperarousal, verhoogde prikkelbaarheid en woede-uitbarstingen, ook wel impulsieve agressie genoemd.

Deze module kan toegepast worden binnen verschillende behandelsettings zoals klinische behandeling, poliklinische behandeling en dagbehandeling.

### Doel

Het hoofddoel van de module is het verminderen van impulsieve agressie.

### Interventie-aanpak

In de beschreven interventie worden cognities, emoties, lichaamssensaties en gedrag weer aan elkaar verbonden omdat die door de traumatische ervaring hun onderlinge samenhang zijn kwijtgeraakt. De interventie bestaat uit vijftien bijeenkomsten van één uur (individueel) of anderhalf uur in een groep. Daarbij worden huiswerkopdrachten meegegeven. De module bestaat uit vijf fases. In de eerste fase wordt psycho-educatie gegeven over PTSS, agressie en Windows of Tolerance. In de tweede fase staat het vergroten van het lichaams-, emotioneel en zelfbewustzijn centraal naast het kunnen differentiëren van de intensiteit van de arousal. In de derde en vierde fase leert de deelnemer de arousal te reguleren, effectiever te communiceren en gedragsalternatieven te vinden. De vijfde fase bestaat uit afsluiten, evalueren en afscheid nemen. Een uitwerking van de bijeenkomsten kunt u opvragen bij de schrijvers.

### Onderbouwing en onderzoek

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat lichaamsgerichte - en bewegingsgerichte interventies zorgen voor een verbetering in het reguleren van hyperarousal, hetgeen een van de kernsymptomen vormt bij PTSS. (Collinge, Kahn, & Soltysik, 2012; David et al., 2006; Kim et al., 2013; Parker, Doctor, & Selvam, 2008; Staples, Hamilton, & Uddo, 2013; Van der Kolk et al., 2014). Daarnaast kunnen deze interventies ook zorgen voor verbeteringen van de interpersoonlijke communicatie en een vergroting van het emotioneel bewustzijn. (Baljon, Kramers, & Verveld, 1998; David, Simpson & Cotton, 2006). Langmuir, Kirsch, & Classen (2012) en Van der Kolk et al. (2014).

## Hoofdstuk 1:

### 1.1 Psychomotorische therapie ten behoeve van het verminderen van impulsieve agressie bij volwassenen met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS).

1.2 Auteurs: Plouvier, J.M.C.G., Van de Kamp, M.M., Bieleveldt, S., Van Arensbergen, B, Wiegiers, M. (2023)

1.3 Ontwikkelaars: Bochardt, R., Hendriksen, M., De Jong, K.W. (2023)

#### 1.4 Context

##### 1.4.1 Werkveld

De module is ontwikkeld voor het gebruik binnen verschillende behandelsettings: gespecialiseerde klinische, dagbehandeling als poliklinische setting.

De module kan onderdeel zijn van het zorgprogramma voor traumabehandeling van volwassenen.

##### 1.4.2 Zorgzwaarte

Specialistische gezondheidszorg (SGGZ).

##### 1.4.3 Zorgprogramma

Specifiek ontwikkeld ten behoeve van het zorgprogramma voor traumabehandeling.

## Hoofdstuk 2. Probleembeschrijving

### 2.1 Probleem

Na het hebben van één of meerdere traumatische ervaringen ontwikkelt een deel van deze mensen (symptomen van) een posttraumatische stress-stoornis. (PTSS; American Psychiatric Association (APA), 2014). Kenmerkend voor PTSS is dat schokkende ervaringen niet verwerkt zijn waardoor cognitieve, emotionele en lichamelijke aspecten niet geïntegreerd zijn (Ogden & Minton, 2000). Voor een volledige PTSS diagnose verwijzen we naar de DSM-5 (APA, 2014). Bij de diagnose PTSS moet onder andere sprake zijn van de onderstaande symptomen:

- Herbeleven: de traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd. Er is sprake van intrusies en nachtmerries. Deze dragen bij aan verstoord slaapritme wat weer van invloed is op veranderingen van arousal.
- Vermijden: aanhoudend vermijden van prikkels die gerelateerd zijn aan het trauma.
- Negatieve gedachten en stemming: negatieve veranderingen in gedachten en stemming gerelateerd aan de traumatische gebeurtenis.
- Hyperarousal: veranderingen in arousal (alertheid), waakzaamheid en reactiviteit.

Kenmerken van het DSM-5 criterium hyperarousal kunnen verhoogde prikkelbaarheid en woede-uitbarstingen zijn, hierna genoemd impulsieve agressie. Impulsieve agressie kan ontstaan door ongepland, ongecontroleerd gedrag dat wordt gedreven door emotie. De impulsieve agressie wordt gekenmerkt door verbaal en/of non-verbaal gedrag dat (in ernstige mate) schadelijk kan zijn voor het individu, de ander en/of zijn omgeving (Rodenburg, Heesink, & Droždek, 2015).

### 2.2 Spreiding

N.v.t.

### 2.3 Gevolgen

Volwassen met PTSS ervaren significante problemen in het dagelijks functioneren (APA, 2014), in de thuissituatie en in de maatschappelijke omgeving, onder meer als gevolg van:

- terugkerende angsten en gevoelens van onveiligheid en schrikachtigheid;
- stemmingsklachten, prikkelbaarheid en concentratieproblemen;
- ervaren van schaamte en schuld, machteloosheid en woede;
- negatief zelfbeeld en negatieve lichaamsbeleving;
- relationele problemen, verstoord gezins- en familieverbanden.
- sociaal isolement, verlies van werk en inkomen;
- een verscheidenheid aan lichamelijke/psychosomatische klachten en gezondheidsproblemen (inclusief lichamenlijk letsel).

### *Algemene gevolgen van impulsief agressief gedrag:*

Op individueel niveau:

- sociaal isolement, wantrouwen vanuit de omgeving, verlies van eigenwaarde;
- systeem- en relatieproblemen;
- juridische gevolgen, in aanraking komen met politie en justitie en problemen rondom voogdij over kinderen, financiële problemen.

Op maatschappelijk niveau:

- onveiligheid in privé en publieke domeinen (scholen, bedrijven);
- financiële gevolgen voor toegebrachte schade, maatschappelijke dienstverlening (politie, justitie) somatische en geestelijke gezondheidszorg; kosten als gevolg van inkomensverlies waaronder sociale uitkeringen.

## **Hoofdstuk 3. Doelgroep**

### **3.1 korte beschrijving van de doelgroep**

De doelgroep betreft volwassenen, die in behandeling zijn voor PTSS waarbij sprake is van impulsief agressief gedrag, in combinatie met problemen in het waarnemen van lichaamssensaties.

### **3.2 Indicaties**

- Impulsief agressief gedrag.
- Moeite met het waarnemen van lichaamssensaties en het reguleren van emoties.
- Moeite met (h)erkennen, accepteren en hanteren van emoties van zichzelf en anderen.

### **3.3 Contra-indicaties**

- Een acute psychose of andere fysieke of psychiatrische aandoening, waardoor de mogelijkheid tot het waarnemen van lichamelijke sensaties verstoord is.
- Wanneer er sprake is van middelenmisbruik (drugs, alcohol, medicatie) waardoor het reëel waarnemen en herkennen van lichamelijke sensaties verstoord is.
- Zwakbegaafdheid (IQ <75).
- Gebrek aan motivatie tot gedragsverandering (zoals bijvoorbeeld bij juridische procedures rond werk gerelateerde problematiek).
- Naar inschatting van de psychomotorisch therapeut en in overleg met de verwijzer, niet in staat zijn om veilig gedrag in de zaal te vertonen.
- Men beheerst de Nederlandse taal in onvoldoende mate.

### **3.4 Verwijzing**

Verwijzing (voor zowel de groep als individueel) gebeurt door de betrokken regiebehandelaar, indien er sprake is van bovenstaande indicatie. De psychomotorisch therapeut heeft hierin een adviserende rol. Na aanmelding volgt een intake door de psychomotorisch therapeut. Tijdens het intakegesprek komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- verduidelijking van de problematiek en de urgentie voor de cliënt;
- motivatie en vermogen tot reflecteren op eventuele in stand houdende factoren;
- afnemen van zelfexpressie- en controlevragenlijst (ZECV; Elderen, Maes, & Komproe, 1997);
- het komen tot een behandelovereenkomst, waarbij overeenstemming is over behandeldoelen, gehanteerde methodieken en regels.

## **Hoofdstuk 4. Doelen**

### **4.1 Hoofd- en subdoelen**

Hoofddoel

De volwassene is in staat om zijn of haar impulsieve agressie op een adequate manier te reguleren zoals blijkt uit de nameting met de ZECV.

Subdoelen

- Inzicht krijgen in de relatie tussen trauma en agressie.
- De positieve en negatieve effecten van agressie op korte en lange termijn kennen.
- De risicosituaties kennen van impulsieve agressie.

- Verbeteren van het waarnemen van de lichaamssensaties.
- Oplopende arousal waarnemen en ordenen aan de hand van veranderingen in lichaamssensaties, emoties, cognities en gedrag.
- Herkennen van triggers die arousal verhogen.
- Het kunnen verlagen van de arousal door de frequentie van hartslag en ademhaling omlaag te brengen.
- Het vertonen van gedragsalternatieven; zoals assertief gedrag, zichzelf kunnen stoppen en effectief communiceren.
- De cliënt kan verwoorden wat deze heeft geleerd in de module.

## **Hoofdstuk 5. Beschrijving van de interventie-aanpak**

### **5.1 Architectuur van de interventie**

De interventie bestaat uit vijftien wekelijkse bijeenkomsten van één uur (individueel) of 1,5 uur (in een groep). De vijftien bijeenkomsten zijn gecategoriseerd in vijf fasen, die verschillende doelen en werkvormen hebben.

### **5.2 Inhoud van de interventie**

#### **5.2.1 Concrete activiteiten**

##### **Fase 1. Psycho-educatie.**

###### *Bijeenkomst 1 en 2*

Binnen de psycho-educatie wordt uitleg gegeven over de Window of Tolerance (NICABM 2022), de fight/flight/freeze responses en over de verschillende aspecten van agressie (vormen, functie, culturele en beroepsmatige betekenis van agressie). Daarnaast wordt er uitleg gegeven over het begrip arousal; de toename van activatie van het zenuwstelsel.

*Voorbeeld kernactiviteit: Kennismakingsopdracht en Window of Tolerance (WoT) symbolisch weergeven.*

- *Subdoelen:* inzicht hebben in de relatie tussen trauma en agressie, in de positieve en negatieve effecten van agressie op korte en lange termijn en weten wat risicosituaties voor impulsieve agressie zijn.

##### **Fase 2. Lichaams-, emotioneel en zelfbewustzijn vergroten en kunnen differentiëren in intensiteit van de arousal.**

###### *Bijeenkomst 3, 4 en 5.*

Gestart wordt met het waarnemen van basale lichaamssensaties zoals hartslag, spierspanning, ademhaling en lichaamstemperatuur. Herhaling over het begrip arousal. Vervolgens worden oefeningen aangeboden die spanning verhogend zijn. Er wordt geleerd te differentiëren en op een schaal van 1 tot 100 de intensiteit van de arousal aan te geven. Bovendien worden de triggers in kaart gebracht die de spanning veroorzaakten.

*Voorbeeld kernactiviteit: verschillende tempo's van bewegen en het effect ervan op arousal, klimmen of met gesloten ogen rondlopen, het stoplichtmodel, spanningsthermometer of versnellingsbak.*

- *Subdoel 1:* verbeteren van het waarnemen van de lichaamssensaties;
- *Subdoel 2:* oplopende arousal kunnen waarnemen aan de hand van veranderingen in lichaamssensaties, emoties, cognities en gedrag;
- *Subdoel 3:* oplopende arousal kunnen ordenen in intensiteit.

##### **Fase 3. Arousal leren reguleren; deel 1: zichzelf leren kalmeren.**

###### *Bijeenkomst 6,7,8 en 9.*

In deze fase wordt onderzocht welke activiteiten effect hebben op het verminderen van arousal.

*Voorbeeld kernactiviteiten: groundingtechnieken, ontspanningsoefeningen, aandachtgerichte technieken, time-out.*

- *Subdoel:* het kunnen verminderen van de arousal door de frequentie van hartslag en ademhaling omlaag te brengen.

##### **Fase 4. Arousal leren reguleren deel 2: leren effectief te communiceren en oefenen met gedragsalternatieven.**

###### *Bijeenkomst 10, 11, 12 en 13.*

Tijdens deze fase staat het oefenen van communicatieve vaardigheden en het inzetten van alternatief gedrag centraal. Hierin is er aandacht voor experimenteren met verschillende communicatiestijlen en

gedrag, bijvoorbeeld uit een situatie stappen en er niet op reageren. Er wordt psycho-educatie gegeven over de relatie tussen assertief, sub-assertief en agressief gedrag.

*Voorbeeld kernactiviteiten: door middel van samenwerkingsopdrachten oefenen met adequaat communicatief handelen en rollenspelen.*

- *Subdoel: het gebruiken van gedragsalternatieven, zoals assertief gedrag en effectief communiceren.*

### **Fase 5. Afsluiting, evaluatie en afscheid.**

*Bijeenkomst 14 en 15.*

Evaluëren van de doelen, de cliënt laten verwoorden wat deze geleerd heeft in de module en een symbolische afscheidactiviteit doen. Daarnaast wordt de zelfexpressie- en controlevragenlijst (ZECV; Elderen, Maes, & Komproue, 1997) wederom afgenomen.

*Voorbeeld kernactiviteit: symbolisch de tijdlijn van de therapie neerleggen met behulp van verschillende materialen.*

- *Subdoel: de cliënt kan verwoorden wat deze heeft geleerd in de module.*

### **5.2.2. Rol van de therapeut**

De therapeut is steunend, structurerend, uitnodigend en, waar nodig, passend confronterend. De therapeut is zich bewust van het effect van verhoogde arousal op mensen met PTSS en zorgt dat toename van de PTSS-symptomen hanteerbaar blijft. De therapeut houdt bij de psycho-educatie qua inhoud en taalgebruik rekening met cultuurverschillen en met het taal- en begripniveau van cliënten.

### **5.2.3 Materialen**

Voor het uitvoeren van de interventie is een goed geoutilleerde PMT-ruimte nodig. Dit betekent dat er voldoende bewegingsruimte voor een groep van acht cliënten is. In de ruimte is 'groot' materiaal (zoals banken, kasten, zwaai installatie en baskets) en 'klein' materiaal (zoals ballen, pionnen, blokjes en rackets) aanwezig.

## **Hoofdstuk 6. Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak**

### **6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?**

Impulsieve agressie bij PTSS kan veroorzaakt worden door verschillende factoren, die deels met elkaar samenhangen. De belangrijkste factoren zijn: hyperarousal, alexithymie, verstoorde informatieverwerking, communicatieproblemen en inadequate coping.

Hyperarousal is de factor die het sterkst gerelateerd is aan agressief gedrag (Taft et al., 2007). Er is sprake van hyperarousal bij een sterk verhoogd arousalniveau, waarbij het lichaam klaar is voor actie, gericht op overleving, zoals de actieve, alerte variant van bevriezen, vechten, of vluchten. Dit is in het lichaam waar te nemen in de toename van de hartfrequentie, de ademprequentie en de spierspanning. Op de lange termijn kan hyperarousal de cognitieve - en affectieve verwerking van ervaringen verstoren. Als gevolg van het versnelde tempo, de heftigheid van gedachten en gevoelens raakt de cliënt overweldigd en ongeorganiseerd (Ogden, Pain & Fisher, 2006; Schauer & Elbert, 2010). Dit kan leiden tot impulsieve agressie.

Alexithymie wordt gekenmerkt door moeilijkheden in het herkennen en benoemen van emoties.

Alexithymie wordt ook in verband gebracht met impulsieve agressie (Denson, Pedersen, Ronquillo & Nandy, 2009) en is een veel voorkomend kenmerk bij PTSS (Frewen, Dozois, Neufeld & Lanius, 2008).

Communicatie en informatieverwerking zijn verstoord bij cliënten met impulsieve agressie. De context wordt door de cliënt als bedreigend ervaren en het ontbreekt in zijn beleving aan respect (Rodenburg et al., 2015). Dit heeft een toename van alertheid en arousal tot gevolg, waardoor de informatieverwerking vervolgens nog meer verstoord raakt en er een vicieuze cirkel kan ontstaan. Problemen in communicatie (mede veroorzaakt door alexithymie) zorgen voor misverstanden, zoals zich niet begrepen en gerespecteerd voelen. Deze misverstanden leiden zo tot boosheid, frustratie en agressief gedrag (Rodenburg et al., 2015).

De inadequate coping, die veel voorkomt bij PTSS, speelt een belangrijke rol bij impulsief agressief gedrag. Met name alcoholmisbruik en rumineren (als coping) worden in verband gebracht met impulsieve agressie (Rodenburg et al., 2015; Taft et al., 2007). Rumineren wordt gedefinieerd als aanhoudend denken over het trauma en de gevolgen daarvan, met inbegrip van gedachten over het verleden of het heden maar ook angstige gedachten over de toekomst (Ehlers & Clark, 2000). Volgens Rodenburg et al. (2015) leidt dit rumineren tot een toename van boosheid en arousal, waardoor agressief gedrag kan ontstaan.

## **6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden**

De belangrijkste vier factoren, hyperarousal, alexithymie, communicatieproblemen en inadequate coping, worden behandeld door middel van deze module. Er wordt gekozen voor een geïntegreerde aanpak, omdat de factoren met elkaar samenhangen. Hieronder wordt per factor kort uitgewerkt hoe deze behandeld wordt:

- Hyperarousal: door het leren herkennen van triggers en opbouw van arousal, zodat de staat van hyperarousal voorkomen kan worden. Daarnaast wordt het aanleren van vaardigheden om zichzelf te kalmeren bij toename van arousal behandeld.
- Alexithymie: door het geven van psycho-educatie en het leren herkennen, benoemen en interpreteren van lichaamssensaties bij verschillende emoties en niveaus van arousal
- Communicatieproblemen: door het uitvoeren van samenwerkingsoefeningen en communicatieoefeningen. Concreet en gericht oefenen met zowel effectief en assertief communiceren als met het observeren en interpreteren van signalen van de ander.
- Adequate coping: door het leren zichzelf (lichamelijk) te kalmeren en agressieve uitbarsting te voorkomen, zoals uit de situatie stappen en/of zorgen voor afleiding. Hierdoor kan het alcoholmisbruik en rumineren worden verminderd.

## **6.3 Theoretische verantwoording**

### **6.3.1 Theoretische referentiekaders**

#### Window of Tolerance

De Window of Tolerance is een concept dat oorspronkelijk is ontwikkeld door Dan Siegel (1999) om de optimale zone van alertheid ofwel arousal te beschrijven. Binnen deze optimale zone kunnen emoties en indrukken rustig verwerkt worden en kan men bewust handelen (Ogden and Minton, 2000).

Voor mensen met PTSS is het vaak moeilijk om emoties te reguleren. Door de stress van de traumatische ervaring is het Window of Tolerance (WoT) verkleind. Hierdoor schiet iemand snel uit het WoT met hyper- of hypoarousal als gevolg (Ogden & Minton, 2000; NICABM, 2022). Zelfs ogenschijnlijk kleine stressoren kunnen ertoe leiden dat een cliënt 'buiten zijn WoT komt'.

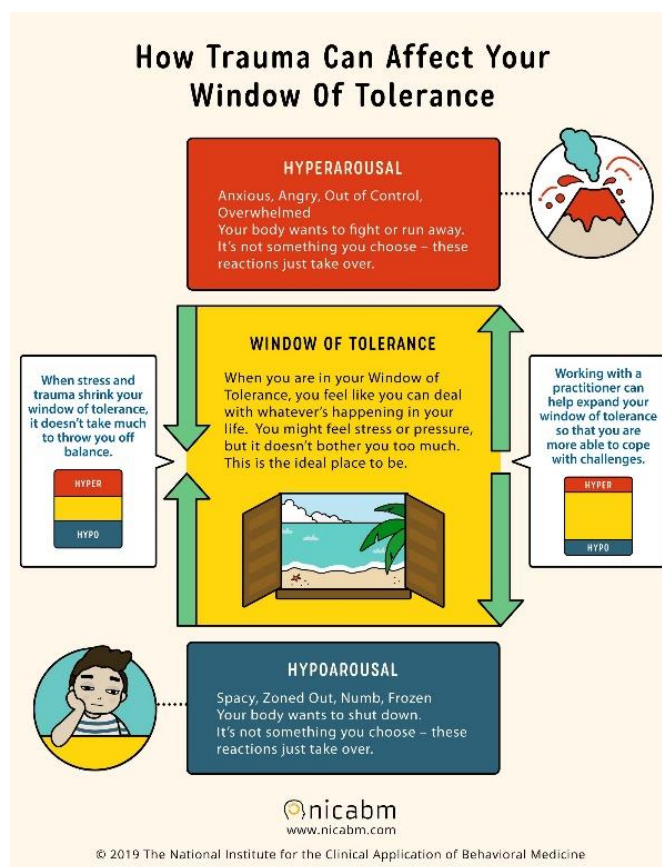
Hyperarousal wordt ook wel omschreven als de "vecht-, vlucht- of bevroeringsreactie" en is een verhoogde staat van activering. Dit is wanneer het zenuwstelsel van een cliënt plotseling in hoge staat van paraatheid komt, zelfs als er geen gevaar is. Voorbeelden van hyperarousal symptomen zijn boze uitbarstingen, angst, paniek, strakke spieren en emotionele overweldiging. Hyperarousal zorgt voor toename in de hartslag, snellere ademhaling en mogelijk voor een kloppend gevoel in het hoofd (Siegel, 1999). Fysiek kan het lichaam gespannen lijken en op de rand van een explosie staan, wat uiteindelijk kan leiden tot woede-uitbarstingen en vijandigheid (NICABM, 2022).

Hypoarousal wordt omschreven als de "lamlegging" of "instort"-reactie. Hypoarousal is wanneer een cliënt te weinig alertheid heeft als gevolg van een overbelast parasympatisch zenuwstelsel. Hierdoor voelt de cliënt zich emotioneel verdoofd, sociaal teruggetrokken en heeft moeite om zich uit te drukken. Voorbeelden van hypoarousal symptomen zijn depressie, doof gevoel, leegte, slap lichaam, blanco staren, onvermogen om te spreken en dissociatie (NICABM, 2022).



**Figuur 1**

*How Trauma Can Affect Your Window Of Tolerance*



*Opmerking.* Overgenomen uit *How to Help Clients Understand Their Window of Tolerance* door NICABM 2023 (<https://www.nicabm.com/trauma-how-to-help-your-clients-understand-their-window-of-tolerance>) Copyright, 2019, The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine.

Het National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine (NICABM (2022)) beschrijft dat cliënten geholpen zijn door hun WoT te vergroten en het vermogen om (intense) emoties te ervaren zonder ontregeld te raken. Dit begint allereerst door cliënten te helpen herkennen wanneer ze emoties buiten hun WoT ervaren, te peilen hoe ze zich voelen en hoe dit hun lichaam beïnvloedt. Onder andere lichaamsgerichte interventies kunnen effectief zijn om cliënten te helpen hun tolerantie voor intense emoties te vergroten.

### **6.3.2 Vaktherapeutische behandelvisie**

Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte therapie waarbij psychosociale - of psychiatrische problematiek behandeld wordt door bewegingsgerichte - en lichaamsgerichte activiteiten met als doel het komen tot gedragsveranderingen en vermindering van klachten. Tijdens de aangeboden werkvormen wordt er gereflecteerd op het handelen, de beleving, de cognitie en het niveau van sociaal functioneren (Haeyen, 2007). Binnen psychomotorische therapie is het mogelijk te werken met contextmanipulatie of inzicht gevende werkvormen, waardoor het lichaam gezien kan worden als bron van informatie (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000; Hensbroek & Nissen, 2014). De cliënt kan aan de hand van werkvormen oefenen met nieuw gedrag.

Specifiek voor PMT zijn er enkele algemene principes; hieronder worden de driehoek van denken-voelen-handelen en het cyclische model van verkennen-herkennen-erkennen nader toegelicht. Het integreren van denken – voelen – handelen wordt vanuit de ervaringsgerichte werkwijze toegepast (Schweizer et al, 2009). Binnen de driehoek van denken-voelen-handelen gaat het om handelingsgericht

werken; het doen. Vanuit dat doen wordt gedrag van de cliënt direct zichtbaar en kunnen bijbehorende gevoelens en gedachten worden geëxploreerd. Hierdoor kan de cliënt inzicht krijgen in eigen emoties en reactiepatronen.

Binnen het cyclisch model krijgen cliënten de mogelijkheid om stil te staan bij lichaamssignalen, hier betekenis aan te verlenen en adequaat op te leren handelen. Dit leidt tot meer regulerende vaardigheden. Het cyclisch werkmodel verkennen-herkennen-erkennen wordt gebruikt om lichamelijke signalen in kaart te brengen. Om signalen te ordenen zijn verschillende methoden bruikbaar; WoT, de spanningsmeter en het signaleringsplan. Deze modellen helpen om lichamelijke signalen te herkennen en bieden houvast om te kunnen reguleren. Het oefenen van adequate coping is hierbij van groot belang.

### **6.3.3 Werkzaamheid van lichaamsgerichte behandeling**

Van der Kolk (2016) beschrijft dat het lichaam de scores bijhoudt. Het lichaam reageert op triggers die lijken op aspecten van de traumatische ervaring. Deze reacties zijn autonoom en staan daardoor niet onder de controle van het bewustzijn. Hierdoor blijft het lichaam onder stress staan, dit kan voor nare bijverschijnselen zorgen. Onbegrijpelijke angst, gevoelloosheid en onbeheersbare woede. Voor mensen die een trauma herbeleven lijkt niets meer logisch. Ze zitten gevangen in een situatie van leven of dood, een toestand van verlamme angst of blinde woede. Het lichaam en de geest zijn voortdurend geactiveerd, gereed voor daadwerkelijk naderend onheil. Ze schrikken van het minste of geringste geluid en raken snel gefrustreerd door kleine irritaties.

Juist daarom is het volgens van der Kolk cruciaal om in de behandeling contact te maken met het lichaam en de sensaties te benoemen om zo weer zeggenschap te krijgen over eigen lichaam en eigen leven.

### **6.3.4 Praktijkervaringen**

Uit de praktijk blijkt dat het voor mensen met PTSS helpend is om meer in contact te komen met hun lichaam, beginnend bij de basale lichaamssensaties zoals de ademhaling, hartslag of spierspanning. Cliënten ontdekken dat het lijf hen meer vertelt dan ze denken. Door de cliënt alert te maken op welke lichaamssensaties er zijn, kan de cliënt nieuwe eigen signalen ontdekken. Cliënten lijken meer regie en controle te krijgen over hun eigen lijf waardoor ze andere keuzes kunnen maken of eerder opmerken dat zich spanning opbouwt.

### **6.3.5 Wetenschappelijk onderzoek**

Naast de praktijkervaringen van de schrijvers blijkt ook uit onderzoek dat het lichaam een goede ingang is voor het verwerken van trauma's (Van der Kolk (2006; 2014)). Binnen de module wordt er gebruik gemaakt van lichaams- en bewegingsgerichte interventies. Er is veel onderzoek gedaan naar verschillende lichaams- en bewegingsgerichte interventies bij PTSS. Deze interventies waren niet specifiek gericht op het verminderen van agressie bij PTSS, maar er was wel aandacht voor het reguleren van arousal, het vergroten van lichamelijk - en/of emotioneel bewustzijn en het verbeteren van de interpersoonlijke communicatie bij PTSS. Als resultaten van deze studies werden verbeteringen gemeten in de PTSS-symptomen, waaronder hyperarousal (Collinge, Kahn, & Soltysik, 2012; David et al., 2006; Kim et al., 2013; Parker, Doctor, & Selvam, 2008; Staples, Hamilton, & Uddo, 2013; van der Kolk et al., 2014). Ook verbeteringen op gebied van effectieve interpersoonlijke communicatie werden gerapporteerd door Baljon, Kramers, & Verveld (1998) en David, Simpson, & Cotton (2006) en verbeteringen op gebied van zelfcontrole en emotieregulatie werden gemeten door Langmuir, Kirsch, & Classen (2012) en Van der Kolk et al. (2014).

Als het lichaam mag doen wat het wil doen, lijkt er geen PTSS op te treden. Echter wordt ons vaak afgeleerd om ons te laten gaan. (Levine, 1997).

De werkzaamheid van deze module is als geheel niet wetenschappelijk getoetst. De psychomotorische therapeuten die betrokken zijn geweest bij het ontwikkelen van deze module werken hier al lange tijd mee. Beschreven interventies zijn op basis van praktijkervaringen gekozen.

## **6.4 Werkzame elementen**

De psychomotorische therapeut zet verschillende interventies in om de cliënt beter zijn agressie te laten reguleren, bewustwording van lichaamssignalen te vergroten en stemt af wat er in het moment nodig is in het kader van zelfzorg (Langmuir et al., 2012). Er wordt gebruikt gemaakt van interventies gericht op het beïnvloeden van fysiologische arousal, ontspanning en ademhaling (Kim et al., 2013; van Dixhoorn, 2008). Tevens worden er interventies gebruikt uit Pessó Boyden System psychomotor (PBSP), zoals de controlled approach oefening, gericht op het herkennen van verwoorden van eigen behoeften op gebied van persoonlijke ruimte en grenzen (Perquin & Pessó, 2000). Tenslotte worden er interventies aangeboden betreft het doseren van kracht, waarbij gewerkt kan worden aan het vergroten van controle op lichaamssensaties (Kuin, 2008). Bovenstaande elementen dragen bij aan het behalen van de subdoelen, zoals omschreven in hoofdstuk 4.

## **7.1 Uitvoering**

### **7.1.1 Ruimte en materialen**

Voor het uitvoeren van de interventie is een goed geoutilleerde PMT-ruimte nodig. Voor individuele behandeling volstaat een ruimte van 10x5x5,5 meter. Voor een groep van ongeveer 8 personen is de grootte van een volleybalveld nodig; 21x12x5,5 meter (NVPMT). Daarnaast zijn er voldoende materialen nodig, zoals een zwaai constructie, ballen, rackets, trampoline, hoepels en boks attributen.

### **7.1.2. Organisatorische randvoorwaarden**

Beschikbaarheid van de ruimte, de aanwezigheid van andere beschikbare collega's op de afdeling voor eventuele ondersteuning bij calamiteiten.

### **7.1.3. Randvoorwaarden voor de cliënt**

De veiligheid moet gewaarborgd zijn voor zowel cliënt als behandelaar. Dit wordt gedaan middels het maken van basisafspraken die gaan over respect voor zowel cliënt, medecliënten als voor de behandelaren.

## **7.2 Opleiding en competenties van uitvoerders**

De module dient te worden aangeboden door een psychomotorische therapeut die de kennis en de ervaring bezit om te werken met volwassenen met agressieregulatie problematiek en trauma. Bij voorkeur wordt de module gegeven door een geregistreerd psychomotorisch therapeut. Bij groepsbehandeling gaat de voorkeur uit naar twee therapeuten, waarbij de co-therapeut ervaring heeft in het werken met trauma groepen.

## **7.3 Kosten van de interventie**

Er wordt uit gegaan van een module die wordt aangeboden binnen een (S)GGZ instelling, waardoor huur van ruimte en materiaal binnen deze module niet apart berekend worden.

Binnen de GGZ worden de tarieven bepaald aan de hand van een Zorg Prestatie Model (ZPM).

## **7.4 Locatie en uitvoerders**

Om deze module uit te voeren is een gymzaal/bewegingsruimte met verschillende attributen van belang.

## **Hoofdstuk 8: Subtypen**

n.v.t.

## **Hoofdstuk 9. Ontwikkelgeschiedenis**

### **9.1 Betrokkenheid doelgroep**

Bij het schrijven van de module is de doelgroep niet actief betrokken geweest.

Arendbergen (2020) omschrijft een experiment van PMT-elementen binnen het EMDR Woede Wrok Wraak protocol bij ARQ Centrum 45.

De doelgroep geeft als feedback dat PMT een waardevolle aanvulling is binnen het zorgprogramma trauma, omdat hierbij wordt stilgestaan bij de lichaamssignalen. PMT draagt bij aan het herstel van vertrouwdheid met het eigen lichaam. Het lichaamsbewustzijn wordt vergroot, waardoor de doelgroep beter in staat is om spanning te reguleren. Zo ontdekken zij de relatie tussen psychische spanningen en hun lichamelijke signalen. Daarnaast leert men omgaan met lichamelijke grenzen en het zelfbeeld kan veranderen.

## Literatuur

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Amsterdam: Boom Psychologie.
- Baljon, M., Kramers, M., & Verveld, S. (1998). Waar woorden tekortschieten. Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 53, 1212-1221.
- Collinge, W., Kahn, J., & Soltysik, R. (2012). Promoting reintegration of National Guard veterans and their partners using a self-directed program of integrative therapies: a pilot study. *Military Medicine*, 177(12), 1477-1485.
- David, W. S., Simpson, T. L., & Cotton, A. J. (2006). Taking charge: a pilot curriculum of self-defense and personal safety training for female veterans with PTSD because of military sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 555-565.
- Denson, T. F., Pedersen, W. C., Ronquillo, J., & Nandy, A. S. (2009). The angry brain: Neural correlates of anger, angry rumination, and aggressive personality. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21(4), 734-744.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Eimers, D. (2018). Trauma's laten in het lichaam diepe sporen na. *Augeo Magazine*. Geraadpleegd op 01-02-2022, van <https://www.augeomagazine.nl/5238/trauma-s-laten-in-het-lichaam-diepe-sporen-na>
- Emerson, D., & Hopper, E. (2011). *Overcoming trauma through yoga: Reclaiming your body*. Berkely, Ca: North Atlantic Books.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic stress* 21(2), 243-246.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven, beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu & van Loghum.
- Hensbroek, W. & Nissen, I. (2014). *Mijn grens? Mijn grens! Een vaktherapeutisch groepsaanbod voor vrouwen met een complex posttraumatische stressstoornis* Tijdschrift voor vaktherapie, 10(2), 53-60.
- Kim, S. H., Schneider, S. M., Bevans, M., Kravitz, L., Mermier, C., Qualls, C. & Burge, M. R. (2013). PTSD symptom reduction with mindfulness-based stretching and deep breathing exercise: randomized controlled clinical trial of efficacy. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(7), 2984-2992.
- Kuin, F. M. B. (2008). Op tijd stoppen. Behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen (pp. 43-64). In J. de Lange & R. Bosscher, *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Langmuir, J. I., Kirsch, S. G., & Classen, C. C. (2012). A Pilot Study of Body-Oriented Group Psychotherapy: Adapting Sensorimotor Psychotherapy for the Group Treatment of Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 214-220.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. North Atlantic Books.
- NICABM (2022). How to Help Your Clients Understand Their Window of Tolerance. Geraadpleegd op 22-02-2022, van <https://www.nicabm.com/trauma-how-to-help-your-clients-understand-their-window-of-tolerance/>
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.
- Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 263-279, xi-xii.
- Olatunji, B.O., Ciesielski, B. G. & Tolin, D.F. (2010). Fear and Loathing: A Meta-Analytic Review of the Specificity of Anger in PTSD. *Behavior Therapy*, 41 (2010), 93-105.
- Orth, U., & Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 698-706.
- Parker, C., Doctor, R. M., & Selvam, R. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. *Traumatology*, 14(3), 1-10.
- Perquin, L., & Pessa, A. (2000). Pessa-psychotherapie bij de behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik. *Tijdschrift voor Pessa Psychotherapie*, 16(3), 69-109.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what is in a name. *Open Complement Med J*, 2, 105-113.

- Rodenburg, J., Heesink, L., & Droždek, B. (2015). PTSD, Anger and Aggression: Epidemiology, Aetiology and Clinical Practice. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*. London: Springer.
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress. Etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie/ Journal of Psychology*, 218(2), 109-127.
- Schweizer, C., De Bruyn, J. Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Handboek beeldende therapie. Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press.
- Staples, J. K., Hamilton, M. F., & Uddo, M. (2013). A Yoga Program for the Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Veterans. *Military Medicine*, 178(8), 854-860.
- Taft, C. T., Creech, S. K., & Kachadourian, L. (2012). Assessment and treatment of posttraumatic anger and aggression: A review. *Journal of rehabilitation research and development*, 49(5), 777-788.
- Taft, C. T., Kaloupek, D. G., Schumm, J. A., Marshall, A. D., Panuzio, J., King, D. W. & Keane, T. M. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms, physiological reactivity, alcohol problems, and aggression among military veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 498-507.
- Teten, A. L., Miller, L. A., Bailey, S. D., Dunn, N. J., & Kent, T. A. (2008). Empathic deficits and alexithymia in trauma-related impulsive aggression. *Behavioral sciences & the law*, 26(6), 823-832.
- Teten, A. L., Miller, L. A., Stanford, M. S., Petersen, N. J., Bailey, S. D., Collins, R. L. & Kent, T. A. (2010). Characterizing aggression and its association to anger and hostility among male veterans with post-traumatic stress disorder. *Military medicine*, 175(6), 405-410.
- Van Dixhoorn, J.J. (2008). *Ontspanningsinstructie: principes en oefeningen*. Elsevier gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Van Elderen, T., Maes, S., & Komproe, I. (1997). The development of an anger expression and control scale. *British Journal of Health Psychology*, 2, 269-281.
- Van Hattum, M. & Hutschemaekers, G. (2000). *In beweging: de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van der Kolk, B. (2016) *Traumasporen. Het herstel van lichaam, brein en geest na overweldigende ervaringen*. Eeerveen: Uitgeverij Mens.
- Van der Kolk, B. A., Van der, Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M. & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), e559-565.