



Het belang van bewegen en positieve lichaamsbeleving voor ons welbevinden is bekend. Maar welke bewegings- en lichaamsgerichte interventies dragen bij aan herstel als dit welbevinden wordt bedreigd? Binnen de psychomotorische therapie (PMT) is de laatste decennia een belangrijk aanbod ontwikkeld van dergelijke interventies. Op dit moment staat onderzoek hoog op de agenda van psychomotorisch therapeuten. Het lectoraat en de kenniskring Bewegen,

Gezondheid en Welzijn, direct verbonden aan de bachelor- en masteropleiding Psychomotorische therapie van Windesheim, nemen stappen ter versterking van de empirische onderbouwing van interventies die in de praktijk al hun waarde hebben laten zien. Vragen vanuit het (beroeps)veld zijn hierbij leidend.

Over de auteur

Van Busschbach studeerde klinische pedagogiek aan de Rijksuniversiteit Utrecht. In 1996 promoveerde zij op het proefschrift 'Uit het oog, uit het hart? Een studie naar stabiliteit en verandering in persoonlijke relaties', een onderzoek dat zij deed als AIO bij het Interuniversity Centre for Sociological theory and methodology (ICS) van de Rijksuniversiteit Groningen.

Sinds 1994 is Van Busschbach als onderzoeker werkzaam bij het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) van het UMCG te Groningen na eerdere onderzoeksfuncties bij het NIVEL en het Trimbosinstituut in Utrecht. Zij combineert haar functie als lector bij Windesheim met haar werk als senior onderzoeker en staflid van het Rob Giel Onderzoekcentrum, UCP, dat zich richt op doelmatigheid en effectiviteit van interventies in de psychiatrie.



Bewegen en bewogen worden

Over interventies en onderzoek in de psychomotorische therapie

Dr. Jooske T. van Busschbach
Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn

Colofon

Dr. Jooske T. van Busschbach

Bewegen en bewogen worden

Over interventies en onderzoek in de psychomotorische therapie

In de Windesheimreeks Kennis en Onderzoek verschijnen publicaties over de uitkomsten van praktijkgericht onderzoek door onderzoekers, docenten en studenten van de Christelijke Hogeschool Windesheim.

Voor de reeks gelden de gebruikelijke regels voor wetenschappelijk publiceren ten behoeve van een goede verankering van de theoretische, methodologische en empirische grondslagen van praktijkgericht onderzoek.

De reeks staat onder redactie van:

dr. ir. W.W. Buunk, lector Area Development

dr. J.H.R. Lutters, lector Didactiek en Inhoud van de Kunstvakken

dr. J.S. Timmer, lector Veiligheid en Sociale Cohesie

dr. J.L.F. Hagelaar, lector Supply Management

ISBN/EAN: 978-90-77901-50-2

Fotografie achterflap (portret Jooske van Busschbach): Luuk Steemers

Dit is een uitgave van Christelijke Hogeschool Windesheim

Postbus 10090, 8000 GB Zwolle, Nederland

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Bewegen en bewogen worden

**Over interventies en onderzoek in de
psychomotorische therapie**

Dr. Jooske T. van Busschbach

Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn

Windesheimreeks Kennis en Onderzoek, nummer 47

Lectorale rede bij de aanvaarding van het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn aan
de Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle op vrijdag 29 november 2013

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
2.	Psychomotorische therapie	9
2.1.	Een visie, een aanpak, een beroepsgroep	9
2.2.	Psychomotorisch therapeuten in Nederland	11
2.3.	Internationaal perspectief	12
3.	Onderzoek	15
3.1.	Over het belang van externe verantwoording	15
3.2.	'Evidence based medicine' en 'evidence based practice'	17
4.	Bouwstenen voor de onderzoeksagenda	19
4.1.	De onderzoeksopdracht binnen het lectoraat	19
4.2.	Een kader voor de onderzoekslijnen: drie soorten interventies	20
5.	Interventies gericht op sensitivering	23
5.1.	Stand van zaken: het lichaam met een geheugen	23
5.2.	Onderzoek naar het weer 'eigenaar' worden van het eigen lichaam	24
6.	Interventies gericht op regulatie	27
6.1.	Stand van zaken: weerbaarheid en agressieregulatie	27
6.2.	Onderzoek naar leren door ervaren	28
7.	Interventies gericht op expressie en ontspanning	31
7.1.	Stand van zaken: bewegen, haarlemmerolie?	31
7.2.	Onderzoek naar bewegen op maat	31
8.	Afsluiting: PMT niet op een eiland	33
8.1.	Wegen om in te slaan naar verbreding en verdieping	33
8.2.	Het lectoraat: mensenwerk	34
	Referenties	37

1. Inleiding

‘Een goed gesprek’. De waarde die we in het algemeen hechten aan het gesproken woord is groot. Het gesprek is dé manier om informatie over te brengen, te analyseren wat er mis gaat, te zoeken naar oplossingen van problemen en veranderingen in gang te zetten. Ook in de huidige praktijk van de hulpverlening zijn het veelal de verbale en op cognities gerichte interventies die ingezet worden als eerste keus van behandeling. Dat we hiervoor kiezen, zal verschillende redenen hebben. Een gesprek is efficiënter te organiseren dan een oefensituatie. Met behulp van taal verplaats je je gemakkelijk, in ieder geval in verbeelding, van de ene naar de andere situatie. Ook nieuwe, onbekende situaties, handelingen, oplossingen kunnen verkend worden zonder veel inspanning en gevolgen. Het gesprek zelf dient ook als instrument: woorden helpen, door abstractie en nuanceren, ordenen en verbinden. Iedereen zal wel eens ervaren hebben hoe krachtig taal kan zijn: hoe de goede verwoording van een probleem je op weg kan helpen, hoe een mooi geformuleerde theorie inzicht biedt in de wereld om je heen. Mensen kunnen zich opeens begrepen voelen door een beeld dat een ander aanreikt.

In een gesprek kan echter ook de illusie worden gewekt van overeenstemming, begrip en verandering. Er moet steeds een vertaalslag worden gemaakt: waar het bij probleem en oplossing gaat om emoties en gedrag, behelpen we ons met woorden. Zowel bij zuiver gedragsmatige interventies als de meer cognitieve interventies waarbij geleerd wordt inadequate, belemmerende gedachten om te zetten naar constructievere gedachten, wordt wel wat geoefend maar ligt de nadruk toch heel sterk op verbale instructies. Dat gebeurt ook wanneer betrokkenen, zoals in de zorg voor mensen met (licht) verstandelijke handicaps, moeite hebben met abstractie en generalisatie. Bij inzichtgevende therapie zijn de verbale interventies het primaire instrument. Onderkend wordt dat het heel moeilijk kan zijn om over zaken te praten en dat de hulpverleningssituatie zo wordt ingericht dat het ‘onzegbare’ gezegd kan worden. Maar toch gaan we er bij inzichtgevende therapie vanuit dat betrokkenen formuleringen kunnen vinden voor ervaringen en gevoelens. En dat begrip en inzicht leiden tot meer adequaat gedrag en greep op emoties. De macht van de suggestie heeft grote invloed op elke conversatie tussen mensen, dus ook in hulpverleningssituaties. Juist als het gaat om de hulp bij psychische of psychiatrische problematiek is het van belang aandacht te hebben voor twee zaken. Ten eerste de sensitiviteit voor gevoelens en ervaringen waaruit men handelt: lukt het om eigen emoties te onderkennen en herkennen? Ten tweede de mate waarin men in staat is hiernaar te handelen, adequaat te reageren en het eigen gedrag te reguleren.

Steeds meer leren we dat juist de moeite die mensen hebben bij het onderkennen en verwoorden van gevoelens een belangrijk rol speelt bij problemen als depressie en angst, bij agressieproblematiek, bij psychosomatische of onverklaarde somatische klachten en bij trauma. Dit onvermogen wordt wel ‘alexithymie’ genoemd. Deze term is in 1973 geïntroduceerd door Sifneos (1996) waarbij thymos staat voor ‘gevoel’ of ‘emotie’, a-lexis

voor 'niet kunnen lezen/werken met'. Bij alexithymie is er sprake van een verminderde emotioneerbaarheid, problemen met de identificatie van emoties, problemen met het verbaliseren, het minder in staat zijn eigen emoties te analyseren en erover te reflecteren en moeite met het verwerken van eigen emoties door middel van fantasie (Taylor et al 1985; Bermond 1995). Alexithymie wordt meestal beschreven als een persoonlijk kenmerk dat vrij algemeen, in verschillende intensiteit voorkomt en verschillende typen worden onderscheiden, afhankelijk of het beginpunt ligt bij problemen in het ervaren van gevoelens (de affectieve dimensie) of in het verwoorden (de cognitieve dimensie) (Vorst & Bermond 2001). In de eerste categorie zouden mensen met autistiforme problemen vallen. Binnen de tweede groep is het risico groot op het ontwikkelen van psychosomatische klachten (Taylor et al 1997) of een depressie, omdat men minder de mogelijkheid heeft om te relativiseren of te zoeken naar alternatieve interpretaties (Swart et al 2009).

Daarnaast kan het, juist in het geval van psychische en psychiatrische problematiek, voor betrokkenen ook heel lastig zijn om verbale instructies om te zetten in gedrag. Belangrijk aandachtspunt bij de ontwikkeling en het onderzoek naar effectieve vormen van hulp is de generalisatie naar de eigen dagelijkse situatie: kunnen mensen het besprokene toepassen. Door hierover in gedragsmatige termen te praten en door oefeningen mee te geven, hopen we mensen instrumenten aan te reiken om echte veranderingen in gang te zetten en ook om terugval te voorkomen. Om dit nieuwe gedragsarsenaal adequaat te kunnen gebruiken is het echter van belang dat mensen in staat zijn hun reactie te reguleren, te kiezen voor een moment en een bepaalde mate van intensiteit. En juist deze controle over het eigen gedrag kan gebrekkig zijn: omdat door eerdere ervaringen gedragspatronen zijn ingeslepen, omdat er angst is om nieuw gedrag te vertonen, omdat men de eigen mogelijkheden niet kent.

De grote nadruk op verbale interventies lijkt soms ingegeven doordat we als wetenschappers en hulpverleners teveel uitgaan van onze eigen 'taligheid'. Het feit dat we voor een vak hebben gekozen waarbij communicatie erg belangrijk is, waar kennis niet in getallen of schema's maar in woorden wordt vastgelegd, verraadt al een zekere voorkeur. Met deze rede wil ik aandacht vragen voor de kracht van de meer expressieve, non-verbale interventies die de psychomotorische therapie (PMT) biedt. Technieken die mensen meer zicht geven op de eigen manier om met zaken om te gaan ('coping'). Technieken ook die meer mogelijkheden bieden voor daadwerkelijke ervaringen en oefeningen voor het aanleren en bestendigen van nieuw 'gezonder' gedrag, waardoor wellicht het risico op terugval of verergering van psychiatrische symptomen kan worden teruggedrongen. Omdat ik niet ben opgeleid als psychomotorisch therapeut, is dit niet een praktisch verhaal maar een betoog over de stappen die we binnen het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn willen nemen ter versterking van met name de empirische onderbouwing van interventies die in de praktijk al hun waarde hebben laten zien en de stappen die we willen nemen bij ontwikkeling van nieuwe interventies. Als leidraad neem ik daarbij drie lijnen van waaruit ik zou willen werken binnen het lectoraat; drie lijnen waarin u de

bovengeschetste keten van het (leren) ervaren en benoemen van emoties en het (leren) hanteren en reguleren van het eigen gedrag zult herkennen. Kort zal ik ingaan op de, ook historische, achtergronden van de PMT en het internationale perspectief. Van daaruit zijn er wegen aan te wijzen om het vak weer wat verder in te vullen en om de kennis en het gereedschap voor verschillende doelgroepen in en bij verschillende hulpvragen in te zetten. Het moet echter niet bij goede voornemens blijven. Onderzoek - en dat is gelukkig wel mijn 'stiel' - is daarbij nodig.

Nog even kort twee begripsomschrijvingen: *psychomotorische therapie* (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. Onder *psychische problematiek* worden in deze tekst zowel relatief lichte psychosociale of ontwikkelingspsychologische problemen als ernstiger psychiatrische stoornissen verstaan, evenals psychosomatische problemen en (secundaire) psychische reacties op chronische ziekten en handicaps.

2. Psychomotorische therapie

2.1. Een visie, een aanpak, een beroepsgroep

Aandacht voor bewegen

Binnen de psychomotorische therapie wordt veelal een onderscheid gemaakt tussen interventies gericht op bewegen en op interventies waarbij het accent ligt op lichaamsbeleving. Bij de bewegingsgerichte benadering gaat het wat meer om de uitkomsten van het bewegen, op plezier en vaardigheid, terwijl bij de lichaamsgerichte aanpak de ervaring van het eigen lichaam, sensitiviteit en regulering van beweging meer centraal staan. Door één van de, voor de huidige psychomotorische therapieopleiding nog steeds belangrijke, grondleggers van de PMT, bewegingsdocent en pedagoog C.C.F. Gordijn wordt dit onderscheid niet gemaakt. In zijn visie eigent de mens zich de wereld toe door te bewegen (Heij 2006). Lichamelijk contact is het eerste contact dat een kind heeft met de objectieve wereld, door verdere verkenning raakt het kind vertrouwd met de omgeving maar ook met zichzelf. Richting adolescentie en volwassenheid wordt het bewegen steeds minder intuïtief en steeds intentioneler en is er ook steeds meer sprake van reflectie ten aanzien van ons lichaam (ook Emck & Smit 2005). Waar bewegen veelal doelgericht is, gaat het bij sport, spel en bijvoorbeeld ook dans, meer om de beweging zelf, het plezier en het 'erin opgaan'. De nadruk die in Gordijns visie ligt op plezier en succeservaringen, is nog steeds van belang binnen de aanpak en opleiding van PMT-ers en ook binnen de Calo hier op Windesheim in Zwolle.

9

Psychische en psychiatrische problematiek

De ontwikkeling van een eigen adequaat bewegingspatroon en positief lichaamsbewustzijn kan verstoord worden door psychiatrische ziektebeelden en andersoortige psychische problematiek. Zo hebben jongeren met autistiforme stoornissen of een psychotische kwetsbaarheid vaak ook last van coördinatiestoornissen. Andere ontwikkelingsstoornissen leiden tot overmatige activiteit, tics en soms tot maniërisme. Angststoornissen gaan gepaard met overmatige spierspanning en disbalans. In haar proefschrift over de motoriek van kinderen met psychiatrische problematiek benadrukt Emck (2011) de relatie met zelfwaardering en geloof in eigen kunnen. De problemen met bewegen leiden tot angst, wat de houterigheid, het gebrek aan balans en andere bewegingsproblemen weer versterkt. In deze gevallen is het lastig om vast te stellen waar het startpunt ligt: in de psychiatrische problematiek of de bewegingsproblematiek. Neuropsychologisch onderzoek laat zien hoe zaken ook op het niveau van de hersenen samenhangen en helpt daarbij ordenen, echter zonder dat direct zicht wordt gekregen op concrete causale relaties. Op dit moment moeten we het doen met de constatering dat ook bij een psychiatrische diagnose de fysieke uitingsvorm onderdeel is van het probleem en niet alleen een uitvloeisel daarvan. Op deze manier wordt in het gangbare

classificatiesysteem het energieverlies bij depressie gezien als een diagnostisch kenmerk, net als de stoornissen in de lichaamsbeleving bij traumatisering en stoornissen in de lichaamsattitude bij eetstoornissen.

Therapie

Dat er een belang is van bewegen en lichaamsgericht werken binnen de behandeling en mogelijk ook de preventie van psychiatrische en psychische problematiek, hoeft dus eigenlijk geen betoog. Probst en Bosscher (2001) beschrijven hoe de grondslagen voor de psychomotorische therapie zoals we die nu kennen, al liggen in de 18e eeuw in Frankrijk, Duitsland en Engeland. Hadden deze eerst vooral de vorm van gymnastiek, later kreeg het aanbod een meer therapeutische inslag (De Lange 1998). Daarbij werd aangesloten bij verschillende therapiestromingen uit de psychologie en psychoanalyse zoals de Integratieve Bewegingstherapie van Petzold (1996). Naast de pedagoog Gordijn waren psychologen als Herman Bolhuis en psychiaters als de Groningse hoogleraar Kuno van Dijk verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een ook theoretisch uitgewerkt arsenaal van interventies waarbij doelgroep, diagnostiek en beoogde uitkomsten veelal goed beschreven zijn. Wellicht mede onder invloed van de dominantie van het psychodynamisch paradigma, lag toentertijd veel nadruk op het lichaamsgericht werken en was er, zeker in schrift, iets minder aandacht voor het bewegen zelf.

Beroepsgroep

Een belangrijke mijlpaal bij de verdere professionalisering van de psychomotorische therapie was de oprichting van de beroepsvereniging in 1960, die in 1975 de naam Nederlandse Vereniging voor Bewegingstherapie veranderde in Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT). Dit was deels ingegeven door een poging om een onderscheid te maken met bewegingsagogiek en andere vormen van activering onder andere binnen de fysiotherapie (Krol & Van Roozendaal 1975). De keuze werd gemaakt om visie, aard van de interventie en de beroepsgroep te verbinden. Psychomotorische therapie is daarmee niet ondergebracht bij het hele scala aan psychologische en psychiatrische behandelvormen die door academisch gevormden worden aangeboden, maar onderscheidt zich door eigen beroepsopleidingen en beroepsprofielen.

De PMT heeft zo hetzelfde pad gekozen als andere vaktherapieën zoals beeldende therapie, dans-, drama- en muziektherapie. Het ervaringsgericht werken, wat deze vaktherapieën gemeen hebben, is in de tijd die achter ons ligt, verder af gaan staan van de universitaire wereld, mede omdat er een duidelijke noodzaak was om studenten in het 'medium' te trainen, of dit nu bewegen, beeldende kunst, muziek, dans of drama was. De vaktherapieën zijn zich, mede op instigatie van de overheid en de werkgevers, gaan verenigen in de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB) die zorg is gaan dragen voor belangenbehartiging en samenwerking bij professionalisering. Binnen de federatie en de opleidingen groeit het besef dat het noodzakelijk is aansluiting te zoeken bij de universiteiten ter bevordering van de verdere wetenschappelijke onderbouwing en

ontwikkeling. De PMT lijkt, van de verschillende vaktherapieën, wellicht nog het meest zichtbaar in de wetenschappelijke gremia, met name ook in het buitenland.

2.2. Psychomotorisch therapeuten in Nederland

Voordat we ingaan op de ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek en het internationale perspectief, nog een kort een beeld van de beroepsgroep. Het merendeel van de psychomotorisch therapeuten is op dit moment werkzaam in de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ) en werkt daar met kinderen en jeugdigen, met ouderen en geriatrie patiënten, met mensen met eetstoornissen, psychotrauma en verslaving¹. Ook zijn er PMT-ers werkzaam in de zorg voor (licht) verstandelijk gehandicapten en in de revalidatie. In 1996 schatten Neijmeijer en anderen het aantal PMT-ers op 4,1 per 100.000 inwoners. Op basis van eigen onderzoek onder alle vaktherapeuten werkzaam in de GGZ in Noord-Nederland, komen we tot een schatting van 3,8 PMT-ers per 100.000 inwoners (Aerts e.a., 2010). Onder voorbehoud van een mogelijke regionale vertekening, geeft deze laatste inventarisatie ook een indicatie van het aantal patiënten in de GGZ dat een GGZ-contact heeft met een PMT-er. Per week zijn dit er voor de noordelijke regio (~1,5 miljoen inwoners) 3.000 en geëxtrapoleerd naar heel Nederland (~17 miljoen) 34.000 per week. Een aanzienlijk aantal contacten en patiënten dus. Kijken we echter naar de kosten en hele omvang van de GGZ, dan is relativering op zijn plaats: op basis van deze cijfers kost de inzet van PMT-ers in de GGZ ongeveer 4 miljoen euro per jaar, binnen het totaal aan uitgaven van 5,4 miljard (GGZ Nederland 2013). In onze eigen inventarisatie kwam overigens naar voren dat ongeveer de helft van de werkzame PMT-ers de post-hbo-opleiding master PMT of Bewegingswetenschappen heeft afgerond. De overigen volgden alleen de bacheloropleiding bewegingsagogie en PMT, een enkeling die van docent lichamelijke opvoeding (Aerts e.a. 2011).

11

Werkwijze²

Het beroepsprofiel van de Nederlandse PMT-er (NVPMT, 2009) onderscheidt drie verschillende soorten methodieken:

1. Bewegingsgeoriënteerde methodieken: er wordt gebruik gemaakt van activiteiten die hun oorsprong kennen in het bewegingsonderwijs en de sport- en beweegcultuur. Dit kunnen individuele activiteiten zijn maar ook

1 Er zijn geen recente cijfers over de getalsmatige verdeling van PMT-ers over de verschillende sectoren. Voor alle vaktherapeuten, PMT-ers, beeldend therapeuten, muziek, dans- en dramatherapeuten, is de verdeling GGZ (incl. PAAZ, verslaving, TBS) 37%, Jeugdzorg (incl. kinder- en jeugdpsychiatrie) 15%, Verstandelijk gehandicaptenzorg 10%, Speciaal onderwijs (incl. MKD, rugzakjes etc) 4%, Verpleeghuiszorg (incl. psychogeriatric) 2%, Overig (zelfstandig, asielzoekers, palliatieve zorg, docent, onderzoek) 32% (GGZ Nederland & FVB, 2012).

2 Deze paragraaf is deels overgenomen uit de notitie *Onderzoeksthema's PMT-BA: een verkenning*, Zwolle, aug 2012 van de werkgroep onderzoek bachelor PMT-BA, master PMT en lectoraat Beweging, Gezondheid en Welzijn, auteurs J. Moeijes & W.J. Scheffers.

activiteiten die in teamverband plaatsvinden zoals voetbal, hardlopen, klimmen, stoeispielen, zwemmen, etc.

2. Lichaamsgeoriënteerde methodieken: oefeningen zijn gericht op lichaamsbewustwording ofwel stressreductie door aandachtstraining, werken met spiegels en video, relaxatiemethoden, ademhalingsoefeningen, oefeningen afkomstig uit de bio-energetische traditie, etc.
3. Symbolisch georiënteerde methodieken. Veel werkvormen zijn niet in de tweedeling bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methodieken in te delen. Vaak wordt binnen de bewegingsactiviteiten en lichaamsmethodieken ook gewerkt met symbolische aspecten. Voorbeelden zijn werkvormen uit de dans, bewegingsexpressie, psychodrama, rollenspel, actietherapie, etc. Bij de activiteiten en methodieken waar de symbolische aspecten een rol spelen, ligt de nadruk op het in beweging of met materiaal tot expressie brengen van gevoelens en gedachten en metaforisch vormgeven van individuele psychologische thema's.

In de praktijk van de psychomotorische therapie worden bovenstaande methodieken veelal gecombineerd omdat op deze wijze de integratie van denken, voelen en handelen bevorderd kan worden. Hierbij maakt de therapeut ook gebruik van verbale interventies, zoals bijvoorbeeld het verbaal instrueren, het bespreken van en betekenis verlenen aan de ervaringen, feedback geven op of uitlokken van gedrag en het legitimeren en valideren van gevoelens.

12

2.3. Internationaal perspectief

In 1995 vond de oprichting van het Europees Forum voor Psychomotorische Therapie (EFP) plaats. In dit forum wordt duidelijk dat er tussen landen grote verschillen bestaan in theoretische uitgangspunten en de beroepspraktijk. Tegelijkertijd geeft dit forum een sterke impuls aan de beroepsontwikkelingen over de grenzen heen. Binnen het Europese forum is een poging gedaan om een vergelijking te maken tussen landen door middel van trefwoorden per land (Seewald 2013). Zoals zo vaak was het glas halfvol maar ook halfleeg: er zijn duidelijke overeenkomsten maar ook accentverschillen. In alle landen komen we de volgende uitgangspunten tegen:

- De PMT werkt vanuit een positief mensbeeld waarbij veel optimisme is over de mogelijkheid tot ontwikkeling en het belang van autonomie.
- Binnen de PMT staat steeds het lichaam centraal met de duidelijke notie van een voortdurende interactie tussen het fysieke en het psychische.
- Het instrument van de PMT is de dialoog, veelal non-verbaal, via ervaringen, aanraken, spiegelen en reageren maar ook met verbale elementen. De therapeut zorgt niet alleen voor mogelijkheden om te ervaren maar is deel van het proces.

In de uitwerking, de keuze van de doelgroep en ook in de keuze voor de beroepspraktijk liggen duidelijke verschillen. Heel globaal kan de volgende indeling worden gemaakt:

- In Romaanstalige landen als Italië, Portugal en Spanje richten relatief veel PMT-ers zich op het heel jonge kind. Het gaat dan om de sensomotorische ontwikkeling, waarbij veel aandacht is voor de ouder-kindrelatie, het belang van aanraking, spiegeling van emoties en hechting. Ook Frankrijk hoort in dit rijtje thuis, net als Belgisch Wallonië, hoewel in beide landen ook een PMT-stroming is die veel meer met volwassenen werkt vanuit een sterk filosofische basis³.
- In de Germaans sprekende landen (Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland) zijn veel PMT-ers werkzaam in het onderwijs. Veel nadruk ligt op het motorisch leren en de invloed daarvan op zelfbeeld, zelfvertrouwen. Heel succesvol is de aanpak voor het verbeteren van de 'graphomotoriek', de basis voor het schrijven (Vetter 2013). Maatschappelijke participatie, om mee te doen is motoriek van belang, is een belangrijke doelstelling voor de PMT.
- PMT-ers in Denemarken, Finland en tegenwoordig ook Tsjechië werken vooral veel met volwassenen met de bedoeling mensen via lichaams- en bewegingsgerichte interventies middelen aan te bieden om in te zetten bij overbelasting, zoals hardlopen maar ook ontspanningsoefeningen.

Binnen het Europese perspectief zijn de Nederlandse PMT-ers samen met de Vlaamse collega's nog het meest gericht op de Angelsaksische landen. Nederlanders worden ook gezien als houders van een eigen traditie die, anders dan in andere landen, een goede basis heeft gegeven voor een rol van PMT-ers in de gevestigde psychiatrie (Seewald 2013). In Groot-Brittannië en de Verenigde Staten is psychomotorische therapie niet een veel gebruikte term. 'Body-oriented psychotherapy' ligt nog het dichtst bij de verzameling van lichaams- en bewegingsgerichte interventies die in Nederland tot PMT worden gerekend. Röhrich (2009) beschrijft hoe net als in Nederland ook in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten een uitdijend palet aan verschillende benaderingen en interventies onder de noemer 'body-oriented psychotherapy' valt. Hij ordent deze in drie stromingen:

1. Functionele bewegings- en ontspanningstherapieën;
2. Psychotherapeutische interventies gericht op verstoringen in de expressie van emoties en vastzittende reactiepatronen en attitudes;
3. Vormen van danstherapie en 'lichaamsdialoog' waarbij ruimte gemaakt wordt voor de eigen kracht en creativiteit.

3 Seewald (2013) schrijft hierover: *For a long time, to me as a German it was hard to understand why there are whole congresses about the human gaze. The human gaze suits this mentioned polarity (hij verwijst naar de twee verschillende benaderingen binnen de Franse PMT; JvB). On the one hand it stands metaphorically for the insight on a mental sphere. On the other hand the human gaze serves as a mirror of the sole and is a central component of the tonic-emotional dialogue: you can bath in someone's gaze. Moreover the mirroring between infant and caregiver is recognized as an essential prerequisite in the evolving of the human self.*

Opvallend is dat deze indeling een andere is dan die gebruikt door de Nederlandse beroepsgroep (lichaamsgericht, bewegingsgericht en symbolisch georiënteerd) en ook een andere dan die gehanteerd in Europees perspectief. Het geschetste plaatje zou, met enig passen en meten, echter ook kunnen staan voor de Nederlandse situatie met zijn grote verscheidenheid aan interventies en benaderingen.

3. Onderzoek

Vanuit de overige landen in Europa worden Nederland en Vlaamstalig België gezien als vertegenwoordigers van een verder Angelsaksische empirische stroming. Echter ook hier heerst een traditie van meer beschrijvende studies, waarbij veel aandacht is voor de theoretische achtergrond van de interventies. De laatste jaren is er echter een trend om studies zo op te zetten dat ze reproduceerbaar zijn en vergelijking mogelijk wordt. Waar in het verleden slechts sporadisch gebruik wordt gemaakt van controlegroepen en follow-up gegevens vaak ontbraken, zijn er nu steeds meer onderzoekers die kiezen voor een dergelijke opzet en betrouwbare en gevalideerde uitkomstmaten. Het meest recente academische proefschrift van Scheewe (2012) naar de effectiviteit van fysiotherapie voor mensen met schizofrenie is hiervan een voorbeeld. Ook verscheen recentelijk een aantal belangrijke nieuwe empirische en overzichtsstudies van de Belgische PMT-er en fysiotherapeut Van Campfort over de positieve effecten van bewegings- en ontspanningsinterventies bij mensen met schizofrenie (2013a, 2012a,b, 2011a, 2011b), mensen met een bipolaire stoornis (2013b) en binnen de behandeling voor eetstoornissen (2013c, 2013d).

3.1. Over het belang van externe verantwoording

Het belang van dergelijke studies wordt duidelijk als we kijken naar de opkomst van ‘*running therapy*’ voor mensen met depressie. In 1991 toonde mijn voorganger binnen dit lectoraat, Ruud Bosscher, met een gecontroleerde studie aan dat gestructureerde en begeleide vormen van bewegen effectief zijn bij lichte en matige depressie en effectiever dan steunende therapie (ook Bosscher 1993). Eerder al was gebleken dat dit soort interventies niet onderdoen voor andere behandelvormen, zoals groepstherapie (Damen et al 1984) en cognitieve therapie (Fremont et al 1987). En ook in latere studies werden de resultaten van Bosscher grotendeels steeds bevestigd: bij lichte tot matig ernstige depressieve klachten is vooral beweging onder begeleiding en liefst in een groep, beter dan niets doen en even goed als meer cognitieve psychologische interventies en mogelijk ook even goed als anti-depressiva (o.a. Lawlor & Hopker 2001, Wipfli et al 2008; voor een afgewogen oordeel op basis van meer dan vijftientwintig op kwaliteit beoordeelde studies zie NICE, 2009). Onder wetenschappers zijn er nog veel vragen over de evidentie en zeggingskracht van de studies tot nu toe. Zo lopen effectmaten binnen de studies sterk uiteen, is er geen duidelijk zicht op werkzame mechanismen terwijl ook de lange termijnresultaten niet overtuigend zijn. In de dagelijkse (zorg)praktijk is echter het idee van ‘bewegen op recept’ (Biddle et al 1994) geaccepteerd en onderdeel geworden van hoe we, ook als lekenpubliek, denken over de aanpak van stemmingsproblemen (verg. Bakker & Woerkom 2008; Van der Stel 2005).

Voor andere psychomotorische interventies dan 'running' zijn we nog niet zo ver. In een omvangrijke overzichtsstudie gebaseerd op alle artikelen over psychomotorische interventies die publiek zijn verschenen (zoekterm 'body psychotherapy' en 'body oriented psychotherapy') concludeert Röhrich (2009) dat er duidelijke aanwijzingen zijn voor het belang van een niet-verbale, ervaringsgerichte aanpak. Dit geldt voor problemen met lichaamsbeeld en lichaamsattitude en andere vormen van lichaamsgerelateerde psychopathologie. De relevantie is echter net zo groot als het gaat om veelal langdurige psychische problematiek, zoals bij onbegrepen somatische klachten, traumagerelateerde klachten, eetstoornissen en schizofrenie. Reguliere, veelal verbale behandeling leidt bij deze groepen vaak niet tot volledig herstel. Dat het echter in de huidige zorgpraktijk nog niet vanzelfsprekend is dat er altijd de beschikking is over en gebruik gemaakt wordt van bewegingsgerichte interventies, heeft te maken met een gebrek aan borging binnen de professionele en publieke fora. In het navolgende zal worden ingegaan op het groeiende bewijs voor de werkzaamheid van verschillende psychomotorische interventies. De redenen voor het gebrek aan acceptatie en mogelijkheden om dit te verbeteren zullen eerst worden besproken.

16

Een belangrijk aandachtspunt is het feit dat veel publicaties over psychomotorische interventies een gering bereik kennen omdat zij gepubliceerd worden binnen het eigen circuit. Op zoek naar artikelen over *body oriented psychotherapy* vond Röhrich (2009) via Google 757 relevante pagina's met hits en een totaal van 450.000 hits. Een selectie gericht op de uitkomsten van psychomotorische therapie leverde echter slechts 226 studies in de relevante databases voor psychiatrie en psychotherapie, waarvan maar 37 in de bestanden geraadpleegd door artsen en psychiaters⁴. De trend naar meer onderbouwing en verantwoording voor een extern publiek is wel zichtbaar: voor eerdere overzichtsstudies zoals van May (2005) was het aantal beschikbare studies nog veel kleiner.

Waarom is deze *externe verantwoording* van belang? In de zorg gaat het, net als bijvoorbeeld in de automobiellindustrie, om zogenaamde 'vertrouwensgoederen'. Degene die het product of de dienst afneemt, is zelf niet bij voorbaat deskundig om de kwaliteit te oordelen maar moet vertrouwen op de kennis en integriteit van de aanbieder. De sociologie leert ons dat deze afhankelijkheid veelal leidt tot langdurige relaties. Mensen willen vertrouwen opbouwen en hopen dat door hun loyaliteit het vertrouwen niet beschaamd wordt. Maatschappelijk wordt dit gewaarborgd doordat de beroepsgroep een systeem van opleiding, certificering en controle onderhoudt. Voor de buitenstaander is het van belang dat er intern consensus is over de juiste aanpak, terwijl er tegelijkertijd ruimte is voor nieuwe ontwikkelingen die kunnen leiden tot verbeteringen.

4 Zie Röhrich 2009: Medline (1950 -2008) 20 documenten, PsycINFO (1806 to 2008) 189, EMBASE (1974-2008) 17 documenten.

3.2. ‘Evidence based medicine’ en ‘evidence based practice’

Binnen de gezondheidszorg is gekozen voor het idee van ‘*evidence based medicine*’ (EBM; o.a. Sackett e.a. 1996) als kader voor het streven naar consensus over kwaliteit, zonder dat direct de deur wordt dichtgegooid voor vernieuwing⁵. Belangrijk is daarbij dat er vier hiërarchische niveaus van bewijsvoering worden onderscheiden:

- 1) Het oordeel van de deskundige;
- 2) Beschrijvende studies, zowel kwantitatief als kwalitatief;
- 3) Gecontroleerd kwantitatief onderzoek met door het toeval bepaalde en daardoor vergelijkbare groepen (*‘randomized controlled trials’*, *RCT’s*);
- 4) Meta-analyse(s) van meerdere gecontroleerde studies.

Duidelijk herkenbaar in de hiërarchie is het primaat van de zogenaamde empirische cyclus: ervaringen worden geordend en geobjectiveerd en door replicatie wordt de betrouwbaarheid vastgesteld, door toetsing komt zicht op de validiteit.

De grote nadruk die het gecontroleerd onderzoek in de loop van de tijd heeft gekregen als enige manier om vast te stellen of iets ‘werkt’, heeft terecht tot veel kritiek geleid. De hiervan afgeleide grote status van de kwantitatief statistische-bewijslast, ontnemt het zicht op de relevantie van resultaten en de waarde hiervan voor de (klinische) praktijk. ‘*Als het maar significant is*’ is immers niet een juiste basis voor adequate keuzes in begeleiding en behandeling. De noodzaak van reproduceerbaarheid heeft ook geleid tot een overmatige nadruk op het protocollair werken. Binnen een onderzoek kan het van belang zijn dat betrokkenen hetzelfde aanbod krijgen, zodat de uitkomsten vergeleken kunnen worden. Dit wil niet zeggen dat er geen ‘maatwerk’ geleverd kan worden: er zijn ook gecontroleerde studies waarbij juist de wensen van betrokkenen leidend zijn (bijvoorbeeld Swildens et al, 2012). Vergelijkbaarheid wordt gewaarborgd door therapeuten dezelfde bagage (visie, methodiek, vaardigheid en ervaring) mee te geven en in het onderzoek aandacht te besteden aan ‘modelgetrouwheid’ (*‘fidelity’*). Dit is de mate waarin volgens de uitgangspunten en met hulp van beschikbare interventies wordt gewerkt. Het is opvallend dat waar door critici het ‘doemscenario’ wordt geschetst dat ‘*evidence based medicine*’ leidt tot volledig protocollair werken, er in de publicaties zelf vaak zorgwekkend weinig aandacht is voor de inhoud en modelgetrouwheid van de geboden interventie.

Het begrip ‘*Evidence-based practice*’ (EBP) staat voor de wijze waarop in de beroepspraktijk gebruik wordt gemaakt van de best beschikbare informatie om tot een goede keuze te komen over de in te zetten behandeling of werkwijze. Idealiter gaat het om het drie soorten informatie: 1) wetenschappelijke kennis, 2) ideeën en ervaringen van de werker en 3) voorkeuren, behoeften en mogelijkheden van de gebruiker, in de zorg de cliënt/patiënt.

5 Voor een filosofische beschouwing over de achtergrond en implicaties van deze keuze zie ook Sehon & Stanley, 2003.

Evidence-based practice ligt alleen waar het gaat om de wetenschappelijke kennis in het verlengde van *Evidence-based medicine*: het idee is dat de beroepsbeoefenaar zich laat leiden door de richtlijnen die door de beroepsgroep zijn opgesteld aan de hand van de beschreven hiërarchie. Benadrukt moet worden dat er expliciet ruimte is voor het eigen inzicht van de beroepsbeoefenaar en dat tegelijkertijd de betrokkene ook een stem heeft.

In de gezondheidszorg is, met terechte argumenten, de autonomie van de professional een groot goed geweest. In de diagnostiek is de zogenaamde 'klinische blik' van belang en uit onderzoek blijkt keer op keer dat de aspecifieke factor, namelijk de individuele behandelaar en diens band met de cliënt, voor een groot deel het succes van de therapie bepaalt. Dat er richtlijnen zijn gekomen, grotendeels gebaseerd op EBM omdat er geen ander gemeenschappelijk kader beschikbaar is, heeft te maken met twee zaken. Het meest belangrijk is de gerechtvaardigde vraag van betrokkenen om kwaliteit en dus goede, als adequaat 'bewezen', behandeling. Daarnaast is er sprake van schaarste in de zorg, zowel binnen de systemen die werken met private verzekeringsvormen als met vanuit het publieke domein gestuurde verzekerde zorg. Dit laatste heeft geleid tot een heel nieuw onderzoeksveld, dat van de kosteneffectiviteitsstudies waarbij gekwantificeerd wordt wat de verhouding is tussen de kosten en baten gerelateerd aan verschillende behandelingen. Deze vraag naar de 'doelmatigheid' sluit aan bij de uitgangspunten van *evidence-based medicine* en is daar deel van uit gaan maken.

Wat het debat over 'goed onderzoek voor goede zorg' ingewikkeld maakt, is dat niet alleen de urgentie van de problemen en ervaringen en ideeën van direct betrokkenen sturend zijn bij de keuze voor onderzoeksobject en opzet, maar ook de financiering. Andere belanghebbenden komen daarmee in beeld: het bekendst zijn de farmaceutische industrie en de verzekeraars, maar ook de overheid speelt een rol net als de opleidingsinstituten en organisaties die instrumenten en interventies ontwikkelen. Publicatiedruk, de grotere kans op acceptatie van artikelen bij positieve resultaten, de status van tijdschriften gericht op veelvoorkomende ziekten, hebben daarnaast ook invloed.

4. Bouwstenen voor de onderzoeksagenda ⁶

4.1. De onderzoeksopdracht binnen het lectoraat

Ondanks deze kanttekeningen is er binnen het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Windesheim gekozen voor een onderzoeksprogramma waarbinnen de uitgangspunten van *evidence-based medicine* voor een deel richtinggevend zijn. Deze keuze is ook ingegeven door een duidelijke voorkeur van de opleiding PMT binnen Windesheim, waaraan het lectoraat verbonden is. Een belangrijk speerpunt is de vraag naar de (werkzaamheid) van psychomotorische interventies in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en de revalidatie en de orthopedagogische hulpverlening: hoe effectief dragen deze interventies bij aan het verminderen van psychische, psychiatrische, psychosomatische klachten en gedragsproblemen. Belangrijk is dat bij deze keuze en de verdere keuzes die hierbinnen worden gemaakt, het (beroeps)veld leidend is: ontwikkelingen in het veld worden ondersteund met onderzoek, vragen uit het veld hebben prioriteit, terwijl ook aandacht is voor kenniscirculatie en implementatie. Door in het onderzoek ook aandacht te besteden aan de ervaringen en evaluatie van de betrokken hulpverlener en patiënt/cliënt, wordt rechtgedaan aan het idee van een *bewijsgestuurde praktijk*.

De keuze voor empirisch onderzoek naar de werkzaamheid van PMT-interventies zal in veel gevallen leiden tot kwantitatieve longitudinale ‘patiëntgebonden’ studies met een relatief klassieke pragmatische maar waar mogelijk gecontroleerde onderzoeksopzet. Voorwaarden voor dergelijk onderzoek zijn wel dat er een duidelijke beschrijving is van de interventie (problematiek, indicaties, doelstellingen, interventies) en een theoretische argumentatie op basis van eerdere en soms ook andersoortige bevindingen die het aannemelijk maken dat de interventie kan werken. Verkennende (‘pilot’) onderzoeken zijn nodig om zicht te krijgen op de ervaringen van betrokkenen, de modelgetrouwheid en de uitkomstmaten.

‘*Are randomised controlled trials the only gold that glitters?*’ Röhrich (2001) citeert deze verzuchting van Slade and Priebe (2001) en geeft daarmee meteen een opening naar andere vormen van onderzoek van belang voor de verdere ontwikkeling van het vak. Binnen het lectoraat is die ruimte er ook voor andersoortig onderzoek dat kennis kan opleveren over:

- a) de meer *fundamentele vragen* naar de samenhang tussen bewegen en lichaamservaring enerzijds en psychische gezondheid en welbevinden anderzijds. Door meer procesmatig te kijken, moet meer inzicht komen in wat betrokkenen ervaren, hoe mensen leren en veranderen door de aangeboden context en interventies. Met (kleinere) klinische studies maar ook door literatuuronderzoek naar actuele

⁶ Dit hoofdstuk is geschreven mede op basis van de notitie Onderzoeksthema’s PMT-BA: een verkenning (Zwolle, aug 2012) van de werkgroep onderzoek bachelor PMT-BA, master PMT en lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn, auteurs J. Moeijes & W.J. Scheffers.

wetenschappelijke inzichten kunnen de aannames van het ervaringsgericht werken verder getoetst en onderbouwd worden.

- b) *psychometrisch onderzoek* naar instrumenten die in effectevaluatie maar ook in de (psychomotorische) diagnostiek ingezet kunnen worden. Dergelijke instrumenten ondersteunen de professional in het eigen werk, in het contact met de patiënt/cliënt en ook in de samenwerking binnen de zorgteams. Maten en metingen helpen immers zichtbaar te maken wat beoogd en wat bereikt wordt.

4.2. Een kader voor de onderzoekslijnen: drie soorten interventies

De kracht van de psychomotorische therapie ligt in het verbinden van voelen, denken en handelen en biedt daarmee een ingang voor veel verschillende vormen van psychische problematiek. Bij het ontwikkelen van de onderzoeksagenda van het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn voor de komende drie jaar, is het nodig om een focus te kiezen en te zorgen voor bundeling. Focus om tot synergie te komen in de kennisontwikkeling en bundeling om het beperkte budget zo effectief mogelijk te besteden. Naast de hiervoor al beargumenteerde voorkeur voor kwantitatief effectonderzoek als methode, is een keuze gemaakt voor een accent op onderzoek bij de volwassenenpopulatie en een accent op de geestelijke gezondheidszorg. Dit heeft te maken met de beroepsgroep, de meeste PMT-ers zijn werkzaam in de GGZ, en de kennis en ervaringen van betrokkenen.

20

Om tegemoet te komen aan de verscheidenheid van interventies binnen de PMT, worden hierin geen absolute keuzes gemaakt maar worden wel voor verschillende doelgroepen met name bepaalde soorten interventies onderzocht. Hierbij is gekozen voor een indeling in soorten interventies die minder dan de hiervoor besproken indelingen, gekleurd wordt door de aard van de gebruikte techniek. Gekozen is voor een kader waarbij interventies worden gebundeld op basis van het doel van de interventie. Dit heeft als voordeel dat goed gekeken wordt naar welke de beoogde effecten zijn. Ook biedt een dergelijke indeling handvatten voor de indicatiestelling: bij welk probleem moet welke interventie ingezet worden.

Binnen het lectoraat is het denken hierover niet afgerond maar op dit moment worden de volgende onderzoekslijnen onderscheiden:

- 1) Onderzoek naar interventies gericht op het herstel van de relatie tussen gevoel en denken: hierbij gaat het om het verbeteren van de *sensitiviteit* voor emoties en het lichaamsbewustzijn. Veel van de 'lichaamsgerichte' interventies vallen hieronder omdat gewerkt wordt aan de onderkenning en herkenning van ervaringen en de emoties die hiermee gepaard gaan. Met name bij psychosomatische problematiek en problematiek gerelateerd aan trauma gaat het om dit soort behandeldoelen.

- 2) Onderzoek naar interventies gericht op verstoringen in de mate waarin het denken de relatie tussen gevoel en gedrag *reguleert*: hierbij gaat het om het creëren van meer ruimte om uiting te geven aan emoties, of juist de ondersteuning bij het herwinnen van controle hierover. Centraal staat het bewust ervaren van emoties en het oefenen van nieuw gedrag. Symbolisch georiënteerde methodieken kunnen hierbij ingezet worden maar ook andersoortige oefensituaties zoals bij weerbaarheidstrainingen.
- 3) Interventies gericht op verstoringen in de balans tussen gedrag enerzijds en denken en voelen anderzijds: hierbij gaat het om *expressie en ontspanning*, om het uitbreiden van iemands mogelijkheden om via bepaalde activiteiten meer balans te vinden in denken en gevoel. De 'bewegingsgerichte' interventies vallen hieronder.

In andere woorden: het gaat om respectievelijk verbetering van de sensitiviteit, verbetering van de regulatie en verbetering van de balans tussen ontspanning en activatie. In figuur 1 is geprobeerd dit in schema te zetten. Voor de herkenning is de tweedeling lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies ook in dit schema aangeduid. In de navolgende paragrafen komen de verschillende interventies aan bod. Aangegeven wordt welke doelgroep binnen elk van de drie lijnen het accent krijgt en de bevindingen uit onderzoek tot nu toe. Daarna volgen beschrijvingen van de onderzoeksprojecten die (gaan) lopen binnen het lectoraat onder verantwoordelijkheid van de leden van de kenniskring.

21



Figuur 1: Schematische weergave van drie soorten interventies binnen de PMT als leidraad voor de onderzoeksagenda van het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn.

5. Interventies gericht op sensitivering

5.1. Stand van zaken: het lichaam met een geheugen

Somatoforme klachten

Door chronische somatische klachten en met name aanhoudende pijn, treedt verstoring op van de lichaamsbeleving. De somatische prikkels gaan overheersen of men leert deze juist te negeren. Dit leidt er toe dat er steeds minder ruimte is voor adequate reacties op emotionele prikkels, voor positieve ervaringen en voor intimiteit. De langdurige stress die hiermee gepaard gaat, heeft ook weer invloed op het lichamelijk functioneren door neurologische en hormonale veranderingen (o.a. Van der Meijden-van der Kolk & Bosscher 2010). Ook bij onverklaarde somatische klachten die niet direct verbonden zijn met eerdere chronische pijn en andere somatoforme stoornissen, is de verhouding tot het lichaam vaak verstoord. Mensen kunnen de signalen die het lichaam afgeeft niet meer goed 'lezen' en hun gedrag daarop niet aanpassen (o.a. Kalisvaart et al, 2010, 2012). Hoge spierspanning en angst om te bewegen leiden tot verergering van de problematiek. Binnen deze groep is veelal sprake van een hoge mate van alexithymie, als achterliggend probleem of veroorzaakt door de klachten.

In Nederland werkt een relatief kleine groep PMT-ers binnen de revalidatie en op afdelingen voor somatoforme problematiek. In de multidisciplinaire richtlijn Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen (2010) is wel veel aandacht voor de noodzaak om lichaamsgericht te werken, maar wordt PMT niet genoemd. Toch is er veel beschrijvende literatuur, van oudsher ook vanuit dit lectoraat, over met name de sensitiverende psychomotorische interventies bij onder andere psychosomatische klachten en chronische pijn (o.a. Neerincx 2001; Emck & Bosscher 2004; Van der Meijden-van der Kolk & Bosscher 2010). De recente studie van Van der Maas (2012b) naar de effectiviteit van een PMT-module bij pijnrevalidatie is één van de eerste gecontroleerde studies binnen deze traditie. Zij vond dat PMT binnen een multidisciplinaire aanpak een belangrijke extra bijdrage levert aan herstel. Vergeleken met de groep patiënten was er een grotere afname van negatieve emoties en een verhoogd gevoel van eigenwaarde en competentie. In de internationale literatuur zijn studies naar de sensitiverende aanpak schaars maar zijn er wel duidelijke indicaties voor positieve effecten van ontspanningstherapie (o.a. Loew et al 2001, 2006), ook in vergelijking met activatie (o.a. Nickel et al 2006).

Trauma

Naast de 'gewone' klachten als herbelevingen, depressiviteit, slaapproblemen en nachtmerries, ervaren veel mensen met een zogenaamd Post Traumatisch Stress Syndroom (PTSS) psychosomatische klachten die voortkomen uit een inadequate chronisch verhoogde alertheid en toestand van opwindning. Trauma kan ook leiden tot vervreemding

van het lichaam en de lichamelijke ervaringen, en verlies van vertrouwen in en devaluatie van het lichaam. Dit uit zich onder andere in veronachtzaming en verwaarlozing. In de interactie met anderen is er het gevoel van verlies van contact met de sociale omgeving, onmacht, verlies van het gevoel van veiligheid (Petzold 1996).

Psychomotorisch therapeutische interventies dragen bij aan het herstel van de verstoorde relatie met het lichaam (o.a. Scheffers & Schreuder, 2005) door het aanreiken van veilige ervaringen waardoor het lichaamsbewustzijn en de zintuigen weer adequaat gaan functioneren, maar ook door het opnieuw oproepen van positieve en prettige gebeurtenissen die het lichaam in het verleden heeft vastgelegd ('das informierte Leib'). Vanuit de neurobiologische hoek (o.a. Knegtering 2012) wordt de waarde van deze interventies verder onderbouwd vanuit het belang van de evolutionair oudere hersensystemen die centraal staan bij het verwerken van overweldigende stress. Juist therapieën gericht op cognitie en inzicht kunnen in onvoldoende mate toegang krijgen tot deze systemen.

Onderzoek specifiek gericht op trauma laat zien dat mensen met PTSS, of dit nu veroorzaakt is door seksueel geweld, huiselijk geweld of bijvoorbeeld politiek geweld, duidelijk baat hebben bij psychomotorisch therapeutische interventies (o.a. Herman 1994). Ook de studieresultaten naar de inzet van PMT bij vroegkinderlijk trauma en seksueel trauma zijn zeer veelbelovend (Baljon et al, 1995; Goodwin & Attias 1999). In Nederland geeft de multidisciplinaire richtlijn aan dat gedacht moet worden aan PMT in de tweede fase van de behandeling, wanneer er sprake is van stabilisatie en eerste interventies vanuit een verbale op cognitie gerichte benadering onvoldoende resultaat hebben gehad (Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen 2009).

24

5.2. Onderzoek naar het weer 'eigenaar' worden van het eigen lichaam

Binnen deze lijn worden drie promotieprojecten uitgevoerd en is een grote studie in voorbereiding. De projecten bouwen voort op de hiervoor geschetste gunstige resultaten van het onderzoek naar de effecten van sensitiverende interventies bij somatoforme stoornissen en trauma. Nieuw is het accent op specifieke, gevalideerde meetinstrumenten en de keuze voor gecontroleerd onderzoek.

Bijna afgerond is het promotieonderzoek '*Psychomotorische therapie bij chronische pijn*' (L. van der Maas, MA, Dr. R. Bosscher, VU) waarin de vraag naar de rol van het lichaamsbewustzijn bij patiënten met chronische aspecifieke pijn centraal staat. De studie is zo opgezet dat uitspraken gedaan kunnen worden over het effect van het Pijn Revalidatie Programma van Reade (centrum voor revalidatie en reumatologie te Amsterdam), en specifiek de meerwaarde van PMT.

In het promotieonderzoek '*Body-relatedness bij patiënten met ernstige, onvoldoende verklaarde, lichamelijke klachten*' (Drs. H. Kalisvaart, Dr. J.T. van Busschbach, Prof. Dr. R. Geenen, Universiteit Utrecht, Dr. S. van Broeckhuysen, Altrecht Psychosomatiek) wordt onderzocht wat de waarde is van lichaamstekeningen en gestandaardiseerde observatie fysiotherapie voor diagnostiek en behandeling van ernstige, onvoldoende verklaarde, lichamelijke klachten. Het is een vervolg op een afgerond project waarin een model is ontwikkeld voor body-relatedness: de manier waarop patiënten met deze klachten zich tot hun lichaam verhouden.

Het promotieonderzoek '*Lichaamsbeleving en psychomotorische therapie*' (Drs. W.J. Scheffer, Dr. R. Bosscher, VU, Prof. Dr. R. Schoevers, UMCG en Dr. J.T. van Busschbach) heeft ook als onderwerp het meten van de verstoorde lichaamsbeleving. Dit gebeurt bij mensen met somatoforme problematiek maar ook bij trauma en is bij diverse vormen van psychopathologie en bij veel psychosociale problemen een belangrijk thema. Voor het (beter) onderbouwen van psychomotorische interventies worden geschikte Nederlandstalige meetinstrumenten op het gebied van lichaamsbeleving ontwikkeld en gevalideerd.

Ook de effecten van PMT op het verstoorde lichaamsbewustzijn bij trauma is onderwerp van onderzoek. In de onderzoeksaanvraag '*Beweging in trauma*' (Dr. J.T. van Busschbach, Drs. W.J. Scheffer, Drs. L. van der Maas) wordt een effectonderzoek voorgesteld naar een PMT-interventie speciaal ontwikkeld om in te zetten in de eerste fase van de behandeling van mensen met complex trauma, de stabilisatiefase. Het gaat hierbij om de behandeling van de veelal zeer ernstige psychische en psychosomatische klachten die op kunnen treden na vroege en/of langdurige vormen van traumatisering zoals bij mishandeling en seksueel misbruik in de jeugd, geweld binnen relaties of langdurige geweldservaringen van oorlogsslachtoffers of vluchtelingen.

6. Interventies gericht op regulatie

6.1. Stand van zaken: weerbaarheid en agressieregulatie

Eetstoornissen

Vanuit de Verenigde Staten worden wisselende resultaten gerapporteerd over de effecten van psychomotorische therapie bij eetstoornissen: sommige studies laten een sterkere verbetering zien bij anorexiapatiënten met groepsgewijze interventies gericht op de verstoring van het lichaamsbewustzijn (o.a. Fernandez et al, 1995). Echter andere studies vonden deze effecten niet (Sack, Henniger, & Lamprecht, 2002) of alleen voor patiënten met bulimia (Konzag et al, 2006). In de multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen worden deze bevindingen en bevindingen uit Belgisch onderzoek (Probst, 2002) meegewogen in de aanbeveling om psychomotorische interventies in te zetten voor een beter herstel en het voorkomen van terugval bij eetstoornissen (Trimbos, 2006).

Gestructureerde bewegingsinterventies als aerobics hebben ook een gunstige invloed op de depressieve klachten die veelal vergezeld gaan met anorexia en bulimia en versterken de effecten van cognitieve gedragstherapie (Vancampfort et al, 2013c). Ontspanningstherapie, bijvoorbeeld in de vorm van yoga, en andere interventies gericht op lichaamsbewustzijn doen dit ook. Dit betekent ook minder eetproblemen en bijvoorbeeld ook meer spierkracht, en gewichtstoename bij ondergewicht. Verschillende studies laten ook gunstige resultaten zien voor mensen met eetbuien die gepaard gaan met ernstige fysieke en psychiatrische problematiek (het zogenaamde '*binge-eating*'). Waar met alleen cognitieve gedragstherapie (CGT) geen herstel werd ingezet, gebeurde dit wel in de combinatie met aerobics en yoga (Vancampfort et al, 2013d).

27

Er zijn echter ook aanwijzingen dat patiënten met eetstoornissen gebaat zouden zijn bij interventies gericht op regulatie van emoties. Anorectische patiënten zijn geneigd boze gevoelens te onderdrukken of op zichzelf te richten, terwijl bulimische patiënten zich vaak boos voelen en dit op anderen of objecten kunnen richten (Truglia et al, 2006). Als deze problemen met agressieregulatie niet worden behandeld, kan dit de therapieresistentie verhogen, evenals het risico op ongewilde destructieve gedragingen, zoals suïcidepogingen, seksuele promiscuïteit en middelengebruik (Miotto et al, 2003). Concrete studies naar het effect van behandelingen gericht op agressieregulatie bij eetstoornisproblematiek zijn tot nu toe niet gedaan.

Licht verstandelijke beperkingen

De groep mensen met licht verstandelijke beperkingen loopt door grotere mate van impulsiviteit, gebrek aan overzicht en een grotere gevoeligheid voor stress, een grotere kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen (Tenneij en Koot, 2006) en psychische stoornissen (Stol et al, 2004; Dekker et al, 2006). PMT wordt frequent aangeboden bij deze

groep vooral wanneer er sprake is van agressieproblematiek (Bouwmeester et al, 2009), ondanks het feit dat het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit gering is (Neijmeijer et al, 2010). Deze evidentie is er echter wel voor de Agressiehanteringstraining (AHT; Didden, 2006b) en een op mindfulness gebaseerde training genaamd 'meditation on the soles of the feet' (Singh et al, 2007). Deze training leert de cliënt de aandacht te richten op een neutrale stimulus (voetzolen) in plaats van op agressieopwekkende stimuli of gedachten.

Schizofrenie

Er zijn goede ervaringen opgedaan met een psychomotorische training gericht op het omgaan met stress bij jongeren met een psychotische kwetsbaarheid (Emck & Smit, 2005). Op dit moment wordt geëxperimenteerd met het gebruik van elementen uit vechtsporten zoals boksen en de zogenaamde 'martial arts': vechtsporten met een Aziatische oorsprong waarbij motorische technieken gecombineerd worden met impulscontrole, omgangsvormen, soms binnen een filosofisch kader. Hoewel er nog geen onderzoeksresultaten zijn, zijn er indicaties voor een mogelijk positief effect op zelfvertrouwen (Lantz, 2002) op fysieke en mentale agressie (Overchuck, 2002) en empowerment (Hasson-Ohayon et al, 2006).

6.2. Onderzoek naar leren door ervaren

28

Binnen de PMT wordt al langer gewerkt met modules ter versterking van de weerbaarheid (Fellinger et al, 1999) en met modules gericht op impulsregulatie (o.a. Kuin, 2000). Deze laatste module kent verschillende versies, waaronder één die ontwikkeld is speciaal voor agressieregulatieproblematiek bij eetstoornissen (Boerhout et al, accepted). Onderzoek naar deze module valt binnen deze onderzoekslijn, waarbij expliciet een andere weg wordt ingeslagen dan in het onderzoek tot nu toe dat zich meer concentreerde op sensitiverende en activerende interventies. Daarnaast is gekozen voor een modificatie van agressieregulatie speciaal voor de groep mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB): in de praktijk wordt al vaak voor deze aanpak gekozen en verdere ontwikkeling en onderbouwing is nodig. Een derde doelgroep zijn mensen met schizofrenie. Deze groep staat eigenlijk centraal in de derde onderzoekslijn: in het onderhavige project wordt iets nieuws gedaan. Met behulp van vechtsporttechnieken wordt een combinatie gemaakt van activering en ontspanning én het verhogen van de weerbaarheid waarbij ook weer agressieregulatie de focus is.

In het promotieonderzoek '*Psychomotorische therapie en agressieregulatie bij eetstoornissen: gerandomiseerd effectonderzoek en instrumentontwikkeling*' (Drs. C. Boerhout, Lentis, RGOC, Prof. Dr. H. Hoek, RUG, Dr. M. Swart, Lentis & Dr. J.T. van Busschbach) wordt patiënten met anorexia een training aangeboden in agressieregulatie. Doel is door deze PMT-interventie destructieve agressie om te buigen naar constructieve agressie, dat wil zeggen

naar een functionele balans tussen internaliseren en externaliseren. Als katalysator voor het losmaken van naar binnen gekeerde agressie kan de module mogelijk van toegevoegde waarde zijn voor het hele behandelproces. Naast deze studies wordt in het onderzoek gewerkt aan een psychomotorisch meetinstrument voor agressieregulatie in samenwerking met het Centrum Bewegingswetenschappen van RijksUniversiteit Groningen. Dit instrument heet de *Methode voor Stamp-Stoot-Stem (MSSS)* en moet een fysieke gedragsmaat opleveren als aanvulling op zelfrapportagelijsten voor agressie, en dient tevens als feedbackinstrument voor het gecontroleerd leren uiten van agressie.

In het onderzoek naar *PMT bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en agressieproblematiek* (Drs. T. Bellemans, P. Hoek, Dr. J.T. van Busschbach) wordt onderzocht of een hiervoor specifiek ontwikkelde PMT-module agressieregulatie effectief is bij de begeleiding van mensen met licht verstandelijke beperking en leidt tot afname van gedrags- en agressieproblemen. Het General Aggression Model (GAM) waarin aandacht is voor de wisselwerking tussen de situatie en de persoon, de interne processen die hieruit voortvloeien (lichamelijke reactie, emoties en gedachten) en het beslissingsproces gekoppeld aan het gedrag (doordacht of impulsief reageren) wordt als theoretische basis gebruikt.

Recent is het onderzoeksproject '*Beat victimization! Psychomotor assertiveness training with elements of kickboxing for people with psychotic disorders*' van start gegaan waarbij het lectoraat samenwerkt met de RUG en het UMCG (Dr. G.H.M. Peijnenborg, Dr. J.T. van Busschbach, Prof. Dr. Aleman, Dr. R. Bruggeman). Centraal staat de vraag of een weerbaarheidstraining met vechtsportelementen de kans op victimisatie van mensen met een psychotische stoornis doet afnemen. Mensen met een psychotische kwetsbaarheid lopen driemaal meer kans om slachtoffer van geweld te worden dan mensen uit de algemene bevolking. Dit verhoogde risico is deels een gevolg van het ziektebeeld dat vaak samengaat met verkeerde inschatting van sociale signalen, zelf-stigmatisatie, verminderd zelfvertrouwen en gebrek aan assertiviteit. Daarnaast blijken eerdere geweldservaringen de kans op victimisatie te vergroten.

7. Interventies gericht op expressie en ontspanning

7.1. Stand van zaken: bewegen, haarlemmerolie?

Schizofrenie

Schizofrenie heeft, in de acute fase van een psychose maar ook als de positieve symptomen als wanen en hallucinaties op de achtergrond raken, grote invloed op het functioneren van mensen: naast negatieve symptomen als initiatiefverlies, apathie, gebrekkig affect worden mensen ongezonder (onder andere meer overgewicht, als neveneffect van de medicatie, en cardiovasculaire problemen). Gerichte bewegingsactiviteiten zoals fitness kunnen, zo blijkt uit de al eerder genoemde recente studie van Scheewe (2012), echter tot significante verbeteringen leiden, zowel qua fysieke gezondheid alsook waar het de psychiatrische symptomen en cognitieve functies betreft, terwijl ook effecten op (veranderingen in) het hersenvolume zijn aangetoond. Vancampfort en anderen (2011) vonden ook evidentie voor de meer op ontspanning gerichte interventies als yoga en progressieve spierrelaxatie. Deze interventies kunnen psychiatrische symptomen en bijkomende angst- en stressgevoelens doen verminderen. Lichaamsgerichte technieken in groepsverband lijken een gunstig effect te hebben op de negatieve symptomen (Gold 2009; Röhrich 2009; ook NICE Schizophrenia Guideline 2009).

Depressie en verder...

In het voorafgaande is al de evidentie voor interventies gericht op activatie en ontspanning bij depressie aan de orde geweest. Ook bij andere vormen van problematiek zijn er steeds aanwijzingen dat bewegen er toe doet. Een belangrijke nieuwe invalshoek op dit moment is het onderzoek waarbij, door veel herhaalde metingen bij individuen, meer zicht komt op hoe de relatie tussen lichaamsactiviteit en stemming precies ligt (De Jonge & Bos, 2013). Daarnaast wordt nieuw onderzoek gepresenteerd naar interventies zoals het Duitse Motologica, die stilstaan bij de betekenis die bewegen heeft voor individuele mensen. Deze interventies vergroten de motivatie om te bewegen en helpen bij het ontdekken van vormen van bewegen en ontspannen die het beste passen (Boebel et al, 2013).

31

7.2. Onderzoek naar bewegen op maat

Er is op dit moment slechts één onderzoeksproject geïnitieerd vanuit het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn op het thema activatie en ontspanning. Het gaat om het promotieonderzoek naar *'Samenhang tussen enerzijds lichamelijke activiteit en anderzijds psychosociale gezondheid en kwaliteit van leven bij kinderen van 10 tot 12 jaar'* (Dr. J. Moeijes, Dr. R. Bosscher, Prof. Dr. J. Twisk, VU, Dr. J.T. van Busschbach). Dit onderzoek past niet direct binnen de onderzoekslijnen van het lectoraat, maar draagt door de focus op verschillen in activiteitenpatronen en de relatie met welbevinden, wel bij aan meer inzicht in waarom de

ene mens wel en de andere niet beweegt. Dit thema komt ook terug in andere onderzoeken binnen deze lijn. Zo wordt, waar het schizofrenie betreft, meegedacht over vervolgstudie in samenwerking met diverse universitaire instellingen op de eerder uitgevoerde TOPFIT-studie van Sheewe (2012). In het *Project Cognitieve Fitness & TOP* (projectleider Dr. W. Cahn, UMC) wordt 'motivational interviewing' ingezet om mensen te motiveren aan de fitnessstraining mee te (blijven) doen. Rondom depressie wordt samengewerkt met het Mulierinstituut, dat onderzoek doet naar de (veranderde) betekenis van sport en bewegen in het leven van mensen met een chronische ziekte. In het project *Sport in tijden van ziekte* (projectleider Dr. A. Elling) worden interviews en etnografisch onderzoek gebruikt om zicht te krijgen op sport-ziekte verhalen van (ex)patiënten en manieren waarop deze tot stand komen in (sportieve) interventieprogramma's.

8. Afsluiting: PMT niet op een eiland

8.1. Wegen om in te slaan naar verbreding en verdieping

Na deze wat uitgebreide schets waarin gebrek aan overzicht en een teveel aan goede voornemens wellicht de toon hebben gezet, is er een klein aantal zaken dat nog besproken zou kunnen worden:

- De *beroepsgroep* is weerbaar in tijden dat de druk op de zorg en op vaktherapieën in het bijzonder groot is. Het is goed dat de keuze is gemaakt om veel te investeren in het beschrijven en onderbouwen van in de praktijk ontwikkelde interventies. Belangrijk aandachtspunt is daarbij samenwerking. De PMT is gebaat bij een cultuur waarin mensen interventies met elkaar ontwikkelen, ervaringen uitwisselen en zorgen voor voortgang. De PMT is ook gebaat bij een cultuur van samenwerking tussen de verschillende disciplines. Veel PMT-ers in het veld werken direct met andere vaktherapeuten op dezelfde thema's met dezelfde mensen. Het lijkt ook goed om samenwerking te zoeken met lichaamsgeoriënteerde psychologen en fysiotherapeuten die kiezen voor een psychomotorische aanpak bijvoorbeeld binnen de arbeidsrevalidatie. Daarnaast is het van belang dat de PMT zichtbaar is in dit veld en ook gebruik maakt van bijvoorbeeld inzichten vanuit de neuropsychologische of cognitieve hoek.
- Als we naar het buitenland kijken, lijken er mogelijkheden te zijn voor PMT-ers waar het gaat om minder therapeutische en meer op motoriek gerichte interventies zoals de ondersteuning bij het schrijfonderwijs en het zwemonderwijs. Belangrijk is daarbij de rol van de PMT-er in het *voorbereidende* traject. Mensen met een (psychiatrische) handicap kunnen apart bewegingsinterventies aangeboden krijgen maar de PMT kan zich ook inzetten om de betrokkene zover te krijgen dat hij of zij mee kan doen met 'de rest'. Dat kan gaan om individuele ondersteuning om iemand op weg te helpen maar het is ook mogelijk dat de PMT professionals en anderen uit de directe omgeving hierbij steunt. Ook binnen de Zwolse PMT-opleiding zijn er op dit moment allemaal mooie initiatieven waarbij PMT-ers ouders en leerkrachten trainen en van aangepast materiaal voorzien. Dit zou nog uitgebreid kunnen worden met de ontwikkeling van nog meer algemene PMT-trajecten om mensen te ondersteunen bij het kiezen van bij hen passende vormen van sport en bewegen. De PMT-er kan een belangrijke functie vervullen om het advies 'meer bewegen' meer inhoud en navolging te geven, zowel waar het gaat om preventie als op moment dat er al een hulpvraag is.
- Waar het *onderzoek* betreft, zijn de voornemens wel duidelijk: een accent op empirie, zorgen voor wetenschappelijke borging maar ook aandacht voor meer fundamentele vragen. Daarbij is het belangrijk dat we *originele keuzes* durven te maken. Nieuwe

invalshoeken, kritische analyse van wat gangbaar is en niet schrikken als het lastiger wordt. Maar ook hier is eilandgedrag niet passend. Bij de andere vaktherapieën is een hoop creativiteit te halen. Samenwerking is daarbij noodzakelijk om volume te maken ten opzichte van andere beroepsgroepen. Binnen de medische en sociale wetenschappen komt, ondanks of dankzij de vlucht van E-health, steeds meer oog voor de kracht van het ervaringsgericht werken: een ontwikkeling waar de PMT zeker mee uit de voeten kan!

Ontwikkeling en onderzoek mogen nooit losstaan van het belangrijkste motief voor interventies: de betrokkene, zijn of haar klachten en visie op herstel. In het voorgaande is de noodzaak van evidentie en transparantie over uitkomsten al benadrukt vanuit dit perspectief. Daarbij kan ook een lans gebroken worden voor het beter betrekken van cliënten, bijvoorbeeld bij de vraagstelling van onderzoek of de implementatie van nieuwe interventies. De ervaringen van betrokkenen zijn van belang. Op individueel niveau moeten we ons erop laten wijzen als we op het verkeerde pad zitten. Meer algemeen kunnen we ons ook door betrokkenen laten leiden in de keuze om nieuwe wegen in te slaan. Concreet betekent dit dat PMT-ers meer werk moeten maken van routinematige monitoring van uitkomsten (ROM) en dat ook binnen de PMT aandacht moet komen voor het eigen herstelverhaal.

8.2. Het lectoraat: mensenwerk

Ik dank het College van Bestuur van Windesheim voor het mogelijk maken van dit lectoraat en de betrokkenheid bij de inhoud daarvan. Jan Doelman, mijn collega-lectoren en speciaal Ivo van Hilvoorde zorgen, als het koor in de Griekse theatertraditie, voor reflectie en kritische beschouwing. Dank hiervoor. Mariëlle Liefers, dank voor de ondersteuning in praktische zaken en ook voor je positieve betrokkenheid. Deze rede was zonder jou bij een goed voornemen gebleven. En dat geldt ook voor Fennanda Verweij, de redactieraad van Windesheim en Hans Wolf, die me hielpen toch vooral ‘mijn eigen verhaal’ te vertellen.

‘Mijn eigen verhaal’ is echter vooral ook een verhaal dat ik nooit zonder een groot aantal mensen in mijn oude en nieuwe omgeving had kunnen schrijven. Na bijna twee decennia onderzoek naar de werkzaamheid van zorg en psychosociale interventies voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek, heb ik me laten ‘bewegen’ om mee te werken aan het onderzoek naar psychomotorische therapie binnen Windesheim. Belangrijk bij deze stap was een aantal mensen in mijn oude werkomgeving, het Rob Giel Onderzoekcentrum, onderdeel van het Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG.

Liza Aerts zette, samen met Durk Wiersma, een pilot op die moest resulteren in een groot effectonderzoek naar onder andere de PMT. Daarbij bouwde ze aan relevante vraagstellingen, bouwde een netwerk op van vaktherapeuten en zette het RGOc op de

kaart bij deze professionals. Op deze manier is Liza mijn springplank naar het lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn geworden. Durk, naast wie ik jaren werkte, liet zien wat de functie van onderzoek kan zijn in de ontwikkeling naar goede zorg en zorgde daarmee voor argumenten voor mijn keuze voor het lectoraat. Hij was en de andere collega's van het RGOc en onderzoekers van het ICPE en UCP zijn nog steeds dagelijks bezig om zowel theoretische als getalsmatige onderbouwing te vinden voor nieuwe inzichten en interventies. Ook nu ik een deel van de tijd 'met Zwolle' bezig ben, blijven zij voor mij een belangrijk klankbord en bron van inspiratie. Zonder iemand daarmee tekort te willen doen wil ik in ieder geval noemen Ellen Visser, Richard Bruggeman, Sjoerd Sytema, Rob van den Brink, Agna Bartels, Lian van der Krieke, Meike Bak, Astrid Niersman, Robert Schoevers, Peter de Jonge (handreiking richting alexithymie), Judith Rosmalen, Elske Bos en de onderzoekers uit de 'buitengebieden' Harry Michon, Wilma Swildens, Marieke Pijnenborg, Ellen Horsseleberg, Stynke Castelein, Jaap van Weeghel, Peter van der Ende, Lies Korenvaar.

Met twee PMT-onderzoekers/promovendi mocht ik al samenwerken voor ik de stap waagde: Cees Boerhout, bevroren en enthousiasmerend, niet schromend om een interventie waar hij in gelooft tegen het licht te houden en Mia Scheffers, kritisch, zoekend naar helderheid in theoretische concepten vult zij haar rugzak met statistische technieken. Jullie twee vormen een heel belangrijke inhoudelijke brug en geven vertrouwen dat er binnen het lectoraat zinvol onderzoek gedaan kan worden. Dat geldt ook voor Lia van der Maas, Hanneke Kalisvaart, Tina Bellemans, Pim Hoek en Thomas Scheewe. Voor mij, en ik hoop ook straks voor anderen, zijn jullie een voorbeeld van onderzoekende 'professionals' die een sterke verbondenheid met het vak combineren met hoge kwaliteitseisen waar het het onderzoek betreft.

35

Luuk Sietsma wees mij, samen met andere (oud)bestuurders van de NVPMT en Bram Donkers, op dit lectoraat en gaf me het vertrouwen en de steun die nodig waren bij de eerste schreden op dit nieuwe terrein. Deze ondersteunende functie heeft Janet Moeijes nog steeds. Zij en Mia Scheffers schreven de notitie die ten grondslag ligt aan de keuzes die we binnen het lectoraat willen maken. Een lectoraat waarbinnen al heel veel is opgebouwd door mijn voorganger Ruud Bosscher die, ook door zijn artikelen, uitgebreide netwerk en persoonlijke banden, nog steeds belangrijk is voor de onderbouwing van de PMT.

Voor het lectoraat zijn daarnaast ook de docenten en medewerkers en de studenten van de Calo, en dan speciaal de bachelor- en masteropleiding PMT, van belang. Dank Thea Tiemersma, Cor Niks, Patty van 't Hooft, Paul Verschuur, Marlies Rekkers, Ingrid Nissen, Sandra Verbeten, Robert Agelink, Krista van Berkel, Fred Dijk, Martin van der Blink, Minny Kramer, en alle anderen die ik al tegenkwam, voor de openheid en gerichtheid op samenwerking waardoor het vak voor mij steeds meer gaat leven!

Wat verder weg maar dichtbij als het gaat om inspiratie en ideeën over hoe verder met

de 'ervaringsgerichte' therapieën zijn Claudia Emck en de andere collega's bij de Vrije Universiteit en de Hogeschool Arnhem en Hogeschool Utrecht en daarnaast de mede-lectoren Susan van Hooren en Marinus Spreen. Dank voor de inspiratie tot nu toe. De spelende mens, 'Homo Ludens', speelt toch het prettigst samen!

Op de voorkant van dit boekje staat een groep schaatsers die de alternatieve elfstedentocht in Finland rijdt. Het plaatje staat voor mij symbool voor verschillende dingen: de eigenheid die mensen tonen in de manier waarop zij bewegen, het plezier maar ook de wilskracht om iets te bereiken en anderzijds de groep waardoor het plezier groter en de tocht wat minder lang wordt. Eén van de schaatsers is Frans Ditzel, mijn schoonvader, die samen met Fienke de basis vormde voor de 'bewegende' tak van mijn familie. Zij zijn, net als mijn eigen ouders die mij juist de waarde leerden van het gesprek, nog steeds mijn toetssteen. Voor relativering maar ook voor verdieping kan ik terecht bij mijn vrienden, zusje, schoonzusjes, broers en zwager. Lieve Kees, lieve dochters: met bewondering en plezier zie ik jullie gaan. Fijn dat we elkaar soms uit de wind kunnen houden.

Referenties

Aerts L.C., van Busschbach J.T. & Wiersma D. (2011). Vaktherapie in Noord Nederland. Een beschrijving van de beroepspraktijk, behandel-effecten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg. RGOc-reeks nummer 28.

Baljon, M.C.L., Kramers, M., & Verveld, S.N. (1998). Waar woorden tekort schieten. Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 53, 1212-1221.

Bakker B. & Woerkmom S. van (2008). Running therapie. Het standaard werk voor lopers en professionals. Amsterdam: uitgeverij De Arbeiderspers Het Sporthuis.

Babyak M. et al (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosomatic Medicine, 62, 633-8.

Biddle, S., Fox, K. & Edmund, L. (1994). Physical Activity in Primary Care in England. London: Health Education Authority.

Bermond, B. (1995). Alexithymie, een neuropsychologische benadering. Tijdschrift voor Psychiatrie, 37, 717-727.

Boebel, C., Wydra G., Seewald, J. (2013). Motological/psychomotor health Promotion in exercise, Poster 5th European Conference on Psychomoricity, 9-11 mei 2013 Barcelona.

Boerhout, C., Busschbach, J.T. van, Wiersma, D. Hoek H.W. (Accepted) Psychomotor Therapy and Aggression Regulation in Eating Disorders Body, Movement and Dance in Psychotherapy.

Bosscher, R.J. (1991). Runningtherapie bij depressie. Amsterdam: Proefschrift Vrije Universiteit.

Bouwmeester, R., Gerritsen, P., Van Belzen, J., Oudenhoven, J. Wintels, C. & 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 (pp. 83-90). Utrecht/Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertise Centrum De Borg.

Busschbach & Aerts (2011). ZONMW Doelmatigheid subsidieaanvraag 'The (cost) effectiveness of "Vaktherapie", in particular Psychomotor therapy and Art therapy, for outpatients with emotional disorders: an RCT.' Groningen: UMCG, RGOc.

Bermond, B. (1997). Brain and alexithymia. The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease. Tilburg: University Press. 115-129.

Dekker, M., Douma, J., Ruiter, K. de & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In Didden, R. (Red.), In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking (67-83). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Didden, R. & Moonen, X. (Red.) (2007). Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking.

Utrecht/Den Dolder: Landelijk Kenniscentrum LVG / Expertise Centrum De Borg.

Emck, C. (2011). Gross motor performance in children with psychiatric conditions. Amsterdam: eigen uitgave. [Proefschrift Vrije Universiteit].

Emck, C. & Bosscher, R.J. (2004). Psychomotorische interventies: bewegingservaring op maat. In: G. Pool, F. Heuvel, A.V. Anchor & R. Sanderman (red.), Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen (368-385). Assen: Van Gorcum.

Emck, C. & Smit, Ch. (2005). Wat beweegt hen? Over psychomotoriek en adolescentie. In de J. Lange (Ed.), Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie (1-24). Zwolle: 't Web.

Fellinger, P.R.G., Maliepaard, G.A. & Tummers, H.M.L. (1999). Psychomotorische assertiviteitsmodule. Een geprotocolleerde, individuele therapie met effectmeting. Utrecht: NVPMT.

Fernandez, F., Turon, J., Siegfried, J., Meerman, R., & Vallejo, J. (1995). Does additional body therapy improve the treatment of anorexia nervosa? A comparison of two approaches. *Eating Disorders: The Journal of Treatment*, 3, 158-164.

GGZ Nederland i.s.m. Federatie Vaktherapeutische beroepen (2012). GZ vaktherapeut Beroepscompetentieprofiel. GGZ Nederland publicatienr. 378. Zwolle: Epos.

GGZ Nederland (augustus 2013). Feiten en cijfers. Zie: <http://www.ggznederland.nl/de-ggz-sector/feiten-en-cijfers.html>.

Goodwin, J.M., & Attias, R. (1999). *Splintered Reflections. Images of the body in trauma*. New York: Basic Books.

Heij, P. (2006). Grondslagen van 'verantwoord' bewegingsonderwijs – Filosofische en pedagogische doordenking van relationeel gefundeerd bewegingsonderwijs. Budel: Damon. [Proefschrift Vrije Universiteit].

Herman, J.L. (1994). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hasson-Ohayon, I., Kravets, S., Roe, D, Rosencwaig & Weiser, M. (2006). Qualitative assessment of verbal and non-verbal psychosocial interventions for people with severe mental illness. *Journal of Mental Health* 15:343-353.

Jonge, P. de & Bos E. H. (2013). Tobacco smoking and depression: time to move on to a new research paradigm in medicine? *BMC Med.* 2013; 11: 138. Published online 2013 May 24.

Kalisvaart H. (2010). Mijn lichaam zegt mij (n)iets. Psychomotorische therapie bij cliënten met ernstige psychosomatische klachten. In: J. de Lange (red.), *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz.* (53-70). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Kalisvaart H., van Broeckhuysen S., Bühring M., Kool M.B., van Dulmen S. & Geenen R. (2012). Definition and Structure of Body-Relatedness from the Perspective of Patients with Severe Somatoform Disorder and their Therapists. *PLoS ONE*. <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0042534>

Knapen J., Sommerijns E., Vancampfort D., Sienaert P., Pieters G., Haake P., Probst M., Peuskens J. (2009). State anxiety and subjective well-being responses to acute

bouts of aerobic exercise in patients with depressive and anxiety disorders. *Br J Sports Med.* 43(10): 756-9.

Knegtering, H. (2012). *De neurobiologie van PTSS*. Lezing Algemene Ledenvergadering Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.

Konzag, T.A., Klose, S., Bandemer-Greulich, U., Fikentscher, E. & Bahrke, U. (2006). Stationaire körperbezogene Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychotherapeut*, 51, 35-42.

Kuin, F.M.B. (2000). *Module behandeling impulscontrole-problematiek voor psychomotorisch therapeuten (Herziene versie)* Utrecht: NVPMT.

Lantz, J. (2002). Family development and the martial arts: a phenomenological study. *Contemporary Family Therapy*, 2: 565-580.

Lawlor D.A. & Hopker S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials, *British Medical Journal* 322: 1-8.

Loew, T.H., Sohn, R., Martus, P., Tritt, K. & Rechlin, T. (2000). Functional relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6, 70-75.

Loew, T.H., Tritt, K., Lahmann, C. & Röhrich, F. (2006). Körperpsychotherapien - wissenschaftlich begründet? Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 6-19.

Maas, L.C.C. van der, De Vet, H.C.W., Köke, A., Bosscher, R.J., Peters, M.L. (2012). Psychometric properties of the Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ): Validation, prediction, and discrimination quality of the Dutch version. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol 28(1), 68-75, doi: 10.1027/1015-5759/a000092.

Maas, L.C.C. van der, Bosscher, R.J., Pont, M., Köke, A., Janssens, T. (2012). The additional effect of psychomotor therapy in treating musculoskeletal pain: preliminary results. Volume 13, Issue S1, September 2009, Pages: S283b-S283 DOI: 10.1016/S1090-3801(09)61013-2.

May, J.M. (2005). The outcome of Body Psychotherapy. *USA Body Psychotherapy Journal*, 4, 98-120.

Meijden-van der Kolk, H., van der & Bosscher, R.J. (2010). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

National Institute for health and Care excellence (2009a). Depression: the treatment and management of depression in adults (update). Clinical guidelines, CG90 - Issued: October 2009 (full guideline): 190-123.

National Institute for health and Care excellence (2009b). Schizophrenia. Core Intervention in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). National Clinical Practice Guideline Number 82 (full guideline): 201-205.

Neerinx, E.R. (2001). Psychomotorische therapie bij psychosomatische klachten. In J. de Lange & R.J. Bosscher (red.). *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*, 193-206, Zeist: Cure & Care.

- Neijmeijer, L., van der Wijgert, J., & Hutschemaekers, G. (1996). Beroep: vaktherapeut/vakbegeleider: een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkkplek van vaktherapeuten en vakbegeleiders in de gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G. & Muusse, C. (2010). Licht Verstandelijk Gehandicapten in de GGZ, Een Verkennend Onderzoek. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N., Mueller-Rabe, N., et al (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 507–513.
- Miotto P., De Coppi M., Frezza M., Petretto D.R., Masala C., & Preti A. (2003). Eating disorders and aggressiveness among adolescents. *Psychiatrica Scandinavica*, 108, 183-189.
- Overchuck, E.J. (2002). *Martial Arts Psychology: a journey in personal growth and development*. Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering, 63 (6B): 3019.
- Petzold, H.G. (1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Probst, M. (2002). Lichaamsbeleving. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek eetstoornissen* (233-248). Utrecht: De Tijdstroom.
- Röhrich, Frank (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4:2, 135-156.
- Sacket, D., Rosenberg, W., Gray, J.A., Haynes, B., Richardson, W.S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't, *BMJ*, 312, 71-72.
- Sack, M., Henniger, S. & Lamprecht, F. (2002). Änderungen von Körperbild und Körperwahrnehmung in Essen-Störung und nicht essen-Erkrankung Patienten nach stationärer Therapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 64-69.
- Scheewe, T. (2012). The TOPFIT-study: 'The Outcome of Psychosis and Fitness Therapy'. Utrecht: proefschrift UU.
- Sehon S.R. & Stanley D.E. (2003). A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate, *BMC Health Services Research*, 3:14.
- Seewald, J. (2013). Psychomotricity in Europe - Similarities and conceptional differences. Lecture at the 5th European Conference on Psychomotricity, 9-11 mei 2013 Barcelona.
- Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153 (suppl. 7), 137-142.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Adkins, A.D., Singh, J. & Singh, A.N. (2007). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification*, 31, 313-328.
- Slade, M. & Priebe, S. (2001). Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *British Journal of Psychiatry*, 179, 286-287.

Stel J. van der (2005). Pillen, praten, bewegen. Nut van fysieke activiteiten voor geestelijke gezondheid. Amsterdam: uitgeverij SWP.

Stoll, J., Bruinsma W. & Konijn, C. (2004). Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg. Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering. Utrecht: NIZW.

Swart M., Kortekaas R. & Aleman A. (2009). Dealing with Feelings: Characterization of Trait Alexithymia on Emotion Regulation Strategies and Cognitive-Emotional Processing. *PLoS One*, 4 (6): e5751.

Swildens, W., Van Busschbach, J.T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. Wiersma, D. & Van Os, J. (2011). Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (12): 751-760.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, Cambridge UK.

Taylor, G.J., Ryan, D., & Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.

Tenneij, N. & Koot, H. (2006). Doelgroep in beeld, een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. Amersfoort: Bergdrukkerij.

Trimbosinstituut (2006). Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen. Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Houten: Trimbos.

Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C.M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: A review. *Psychopathology*, 39, 55-68.

Vancampfort D., Probst M., Knapen J., Demunter H., Peuskens J., de Hert M. (2011). Lichaamsgerichte werkvormen binnen de psychomotorische therapie voor mensen met schizofrenie: een literatuuronderzoek, *Tijdschr Psychiatr*, 53(8): 531-41.

Vancampfort D., De Hert M., Knapen J., Wampers M., Demunter H., Deckx S., Maurissen K., Probst M. (2011). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. *Disabil Rehabil*, 33(8): 684-9.

Vancampfort D., Probst M., Helvik Skjaerven L., Catalán-Matamoros D., Lundvik-Gyllensten A., Gómez-Conesa A., Ijntema R., De Hert M. (2012a). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Phys Ther*. 2012 Jan; 92(1): 11-23.

Vancampfort D., Vansteelandt K., Scheewe T., Probst M., Knapen J., De Herdt A., De Hert M. (2012b). Yoga in schizophrenia: a systematic review of randomised controlled trials. *Acta Psychiatr Scand*, 126(1): 12-20.

Vancampfort D., Correll C.U., Scheewe T.W., Probst M., De Herdt A., Knapen J., De Hert M. (2013b). Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. *Clin Rehabil*, 27(4): 291-8.

Vancampfort D., Correll C.U., Probst M., Sienaert P., Wyckaert S., De Herdt A., Knapen J., De Wachter D., De Hert M. (2013a). A review of physical activity correlates in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 145(3): 285-91.

Vancampfort D., Vanderlinden J., De Hert M., Soundy A., Adámkova M., Skjaerven L.H., Catalán-Matamoros D., Lundvik Gyllensten A., Gómez-Conesa A., Probst M. (2013c). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil*, Jul 4. [Epub ahead of print].

Vancampfort D., Vanderlinden J., De Hert M., Adámkova M., Skjaerven L.H., Catalán-Matamoros D., Lundvik-Gyllensten A., Gómez-Conesa A., Ijntema R., Probst M. (2013d). A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disabil Rehabil*, Apr 17. [Epub ahead of print].

Vetter, M., Amft, S., Sammann, K., Kranz, I. (2010). G-Fipps. Grafomotorischer Förderung. Ein psychomotorisches Praxisbuch. Dortmund: Borgmann Media.

Vorst, H.C.M. & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymie Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413-434.

Wipfli B.M., Rethorst C.D. & Landers D.M. (2008). The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 30: 392-410.

Eerder verschenen titels in de Windesheimreeks Kennis en Onderzoek

- 1 Onderwijs met pedagogische kwaliteit, dr. Yvonne Leeman en dr. Wim Wardekker, 2004
- 2 Ketens, knooppunten en netwerken, dr. Jan A. Jurriëns, 2005
- 3 Duurzaam innoveren door MKB op eigen kracht, prof. dr. Enno Masurel, 2005
- 4 Bewegen en gedragsbeïnvloeding, dr. Ruud Bosscher/dr. Harry Stegeman, 2005
- 5 Burger, buurt en bondgenoten, dr. Jaap Timmer, 2006
- 6 De wijsheid op straat..., prof. dr. Ruud Ganzevoort, 2007
- 7 Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn, drs. Henriëtte van der Meijden-van der Kolk/dr. Ruud Bosscher, 2007
- 8 Onderwijslezing 2007: De beroepseer van de leraar, prof. dr. M.L.L. Volman en drs. M. Barth, 2007
- 9 Pedagogische spiritualiteit in het onderwijs, dr. A. de Muynck, 2008
- 10 De gezonde stad, driemaal beter: leef beter, woon beter, zorg beter, dr. Joop ten Dam, 2008
- 11 Verbinden in de zorg, een neerslag van het gelijknamige symposium op 30 mei 2008, dr. Jan Jurriëns, 2008
- 12 Rebellen tegen pedagogisch geweld, dr. Peter Heij, 2008
- 13 ICT-bewustzijn als succesfactor in onderwijsinnovatie, dr. Peter van't Riet, 2008
- 14 Inkopers in goed gezelschap, dr. Geoffrey Hagelaar, 2008
- 15 Tien jaar samen opleiden, op naar de volgende stap, Susan Smit e.a., 2008
- 16 De zorg voor en door ouderen: innovatie in zorgculturen, dr. Carolien Smits, 2009
- 17 Evidence based: het beste onderwijs? Onderwijslezing 2009, prof. dr. G. van der Werf e.a., 2009
- 18 Onderwijs plus markering van vijf jaar lectoraat, dr. Yvonne Leeman, Arjan Dieleman, Jeannette Doornenbal, Frans Meijers & Marinka Kuijpers, dr. Wim Wardekker, 2009
- 19 Controlling The COA Framework/Annette Roeters prijs, Jeroen Willemsen, 2009
- 20 Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen: constructen, maatstaven en reacties van beleggers, dr. Egbert Dommerholt, 2009
- 21 Civiele journalistiek in de praktijk, Martine Geerts MA, 2009
- 22 Hoe maak je een EPD en wie heeft er wat aan, dr. William Goossens, 2009
- 23 Telezorg: van Buzz naar Business, dr. Marike Hettinga, 2009
- 24 De preventiewerker centraal, dr. Rob Bovens, 2010
- 25 Zoeken naar woorden, dr. André Mulder, 2010
- 26 Spontane orde of een Nieuw Jeruzalem, dr. ir. Willem Buunk, 2010
- 27 Dienen media de lokale democratie, drs. Binne Keulen, drs. Niek Hietbrink, drs. Evert van Voorst, 2010
- 28 Ondernemen in familiebedrijven, drs. Ilse Matser, 2010
- 29 Burgerschapscompetenties voor leraren, servicedocument bij de SBL-competenties, dr. W. Wardekker e.a., 2008

- 30 Bewegingsonderwijs op waarde geschat, dr. Harry Stegeman, 2008
- 31 IT-ontwikkelingen in de Nederlandse ziekenhuizen 2011, dr. Irene Krediet e.a., 2011
- 32 Herken de mens met dementie, dr. Anne-Mei The, 2011
- 33 Leerlingen zijn echte mensen, dr. Femke Geijssel, 2011
- 34 Regionale media: democratisch oog en oor van de provincie, drs. Niek Hietbrink/drs. Evert van Voorst, 2011
- 35 Meer producten, minder energie, dr. ir. Niels Boks e.a., 2011
- 36 Procesparameter Effect Methode, dr. ir. Niels Boks, 2011
- 37 Bewegingsrijkdom, dr. Ivo van Hilvoorde, 2011
- 38 Bakens van betrouwbaarheid, drs. Nico Drok, 2011
- 39 Van onbekend en onbemind naar bekend en bemind, dr. Sui Lin Goei, dr. Ria Kleijnen, 2011
- 40 Verscheidenheid maakt het verschil, dr. Sjiera de Vries, 2012
- 41 Zeggen hoe het moet, dr. Peter Epe, 2012
- 42 Een rups leert vliegen, dr. Harold Gankema, 2012
- 43 Het politieke landschap van de ruimtelijke ordening en gebiedsontwikkeling, dr. ir. W.W. Buunk en L.M.C. van der Weide MSc, 2012
- 44 Creativiteit als noodzaak, dr. Jeroen Lutters, 2013
- 45 Balans tussen sturing en ruimte in de jeugdzorg, dr. ir. J.A.H. Baecke MPM en dr. J.J.W. de Swart, 2013
- 46 Diplomacy means business, dr. H.J.M. Ruël, 2013