

# Licht verstandelijk gehandicapten en hun problematiek(en) in de PMT

*Wat zijn de meest voorkomende problematiek(en) die aan de verschillende hulpvragen ten grondslag liggen, die door de PMT'er werkzaam in de VGZ behandeld worden bij jongeren met een licht verstandelijke handicap*



**Naam student:** Sharon Harmsen

**Naam begeleider:** Mia Scheffers

**Naam beoordelaar:** Krista van Berkel

**School en opleiding:** Christelijke hogeschool Windesheim, CALO afdeling  
Psychomotorische therapie

**Datum:** 14-06-2011

## Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie die ik naar aanleiding van een vraag uit de werkveldgroep verstandelijk gehandicaptenzorg voor de opleiding Psychomotorische therapie heb geschreven. Ik wil de werkveldgroep VGZ en met name Emiel van Stiphout en Ben Brekhof uit het bestuur van de werkveldgroep hartelijk danken voor de ondersteuning en goede tips. Ook de betrokkenen van de werkveldgroep en de PMT'ers die hebben meegewerkt aan het invullen van mijn vragenlijst wil ik hartelijk danken, zonder hen was het niet mogelijk geweest dit onderzoek uit te voeren. Bedankt voor de medewerking.

Vanuit school werd ik begeleid door Mia Scheffers, ook haar wil ik bedanken voor de prettige begeleiding en nuttige tips die ervoor hebben gezorgd dat ik mijn scriptie naar wens heb kunnen uitvoeren en schrijven.

Ook wil ik mijn stagebegeleiders Bonne Oosterhuis en Jolise Kreuger hartelijk danken voor de mentale ondersteuning. Ik voerde mijn onderzoek niet uit op mijn eindstage, maar toch bleven ze betrokken bij mijn onderzoek en dat was voor mij een positieve ervaring.

## Samenvatting

Het psychomotorisch therapeutisch aanbod voor de licht verstandelijk gehandicapte jongeren is vooral gericht op sociale problematiek, gedrag(s)- en agressieproblematiek, hechtingsproblematiek en seksuele problematiek/misbruik. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat een vorm van actiegerichte non-verbale therapie zoals PMT direct aansluit bij de bewegingswereld van jongeren met een licht verstandelijke handicap. Er is wel degelijk kennis omtrent de problematiek en wat daarmee te doen middels PMT, maar er is nauwelijks (wetenschappelijk) onderzoek gedaan naar de meest voorkomende problematiek(en) binnen de LVG jongeren sector. Daarom is er gekozen voor een kwantitatieve onderzoeksopzet waarin de vraagstelling is beantwoord.

Middels dit onderzoek zijn verschillende problematiek(en) binnen deze sector, voor een PMT behandeling in kaart gebracht, waarbij informatie is verzameld met behulp van een schriftelijk interview. De onderzoeksgroep bestond uit 50 participanten, allen werkzaam als PMT-er in een VGZ instelling. Uit de resultaten is er bepaald welke problematiek(en) het meest voorkomend zijn en behandeld worden. Wat dit onderzoek oplevert is de constatering dat vooral veel gewerkt wordt aan of aandacht gaat naar deze problematiek(en). Het is goed om te weten welke problematiek(en) ten grondslag liggen aan de verschillende hulpvragen, zodat therapeuten een zinvolle module kunnen schrijven en hierdoor de behandeling nog beter kunnen verantwoorden en uitvoeren.

# Inhoudsopgave

|  |         |
|--|---------|
| Voorwoord  | Blz. 2  |
| Samenvatting   | Blz. 3  |
| Inhoudsopgave  | Blz. 4  |
| Inleiding  | Blz. 5  |
| Hoofdstuk 1: Theoretisch kader   |         |
| - 1.1 Definitie verstandelijk gehandicapt                                    | Blz. 7  |
| - 1.2 Jongeren met een licht verstandelijke handicap                         | Blz. 9  |
| - 1.3 De ontwikkeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap     | Blz. 10 |
| - 1.4 De problematiek(en) van jongeren met een licht verstandelijke handicap | Blz. 12 |
| - 1.5 Het belang van PMT voor de doelgroep LVG in het algemeen               |         |
| 1.5.1 Psychomotorische therapie  | Blz. 14 |
| 1.5.2 Psychomotorische therapie binnen de LVG sector                         | Blz. 15 |
| Hoofdstuk 2: Methode   |         |
| - 2.1 Participanten en onderwerp van het onderzoek                           | Blz. 16 |
| - 2.2 De onderzoekinstrument(en)   | Blz. 16 |
| - 2.3 Verantwoording van keuze van onderzoeksmethode                         | Blz. 16 |
| - 2.4 Verloop en methode van dataverwerking van het onderzoek                | Blz. 16 |
| Hoofdstuk 3: Resultaten  |         |
| - 3.1 Resultaten van het onderzoek verwerkt in grafieken                     | Blz. 19 |
| - 3.2 Toelichting resultaten vragenlijst                                     | Blz. 20 |
| Hoofdstuk 4: Discussie   |         |
| - 4.1 Reflectie op de methode  | Blz. 22 |
| - 4.2 De resultaten en uitvoering van het onderzoek                          | Blz. 23 |
| Hoofdstuk 5: Conclusie   |         |
| - 5.1 Hoofdpunten  | Blz. 24 |
| - 5.2 Conclusie  | Blz. 24 |
| Aanbevelingen  | Blz. 25 |
| Literatuurlijst  | Blz. 26 |
| Bijlage  |         |
| - Brief participanten  | Blz. 27 |
| - Vragenlijst  | Blz. 28 |

## **Inleiding**

### ***Aanleiding en relevantie van het onderzoek:***

Via een oproep van de werkgroep VGZ op de NVPMT site met de vraag of zij nog een doel voor mijn onderzoek wisten, kreeg ik een email terug of ik misschien kon onderzoeken welke problematiek(en) vooral behandeld worden in de VGZ. Om het specifieker te maken heb ik ervoor gekozen het onderzoek te richten op een deeldoelgroep van de VGZ, namelijk de LVG. LVG staat voor licht verstandelijk gehandicapt en kan voorkomen in iedere leeftijdscategorie. Ik wil dit onderzoek gaan richten op jongeren tot en met 23 jaar met een licht verstandelijke handicap, omdat vaak op jongere leeftijd al wordt ontdekt welke problematiek(en) LVG met zich mee brengt. Het is belangrijk dat deze problematiek(en) behandeld worden. LVG is vooral een handicap als gevolg van omgevingsfactoren gecombineerd met een laag intellectueel functioneren. Er kan sprake zijn van leer- en opvoedingsproblemen, ernstige gedragsproblemen of een psychiatrische stoornis. Problematiek komt vaker voor bij mensen met een lichtverstandelijk beperking, omdat de beperking niet tijdig ontdekt wordt en de persoon overvraagd wordt, omdat de omgeving niet goed aan kan sluiten bij de behoeften van de LVG-er, de LVG-er niet mee kan komen met zijn leeftijdsgenoten en zich een buitenstaander voelt/buiten de boot valt. Daarnaast is de gemiddelde gezinssituatie van de LVG-er veelal meer dan normaal beperkend. De kwetsbaarheid van de zwakkere LVG-er maakt hem ook kwetsbaar voor invloeden van buitenaf zoals mishandeling of misbruik. Onduidelijk is echter welke problematiek(en) het meest voorkomend zijn bij een PMT behandeling voor een LVG-er.

### ***Probleemstelling:***

Psychomotorische therapie wordt omschreven als het behandelen van mensen met een psychosociale problematiek doormiddel van interventies gericht op de lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituaties. Het doel is om gedragsverandering tot stand te brengen bij de cliënt en daarmee de psychische problematiek weg te nemen of te verminderen. Bij psychomotorische therapie wordt vaak gedacht aan de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Echter, vergeten wordt dat mensen in de VGZ ook kampen met psychische problemen. Psychomotorische therapie is ook voor hen, voor cliënten in de VGZ erg belangrijk. De psychomotorische therapeut werkt vaak aan de hand van een module voor een bepaald thema. Dat thema richt zich op specifieke problematiek van mensen met een verstandelijke handicap. Wat ik in dit onderzoek graag wil uitzoeken is welke problematiek(en) bij LVG jongeren door de psychomotorische therapeut werkzaam in de VGZ behandeld worden. De LVG groep komt in toenemende mate onder de aandacht van de GGZ. Zij is van de mensen met een verstandelijke beperking veelal de enige laag die behandeld wordt binnen de VGZ.

### ***Doelstelling:***

Een onderzoek over psychomotorische therapie voor LVG in de VGZ is nodig. Er is wel degelijk kennis omtrent de problematiek en wat daarmee te doen middels PMT, maar er worden te weinig ervaringen gedeeld. (Wetenschappelijk) Onderzoek is verricht, maar er is te weinig gedocumenteerde, gebundelde, geobjectiveerde kennis en kunde. Het is daarom, als eerste stap zinnig om het psychomotorische therapie aanbod in de VGZ voor LVG systematisch ( welke indeling van problematiek(en) en indicaties) in kaart te brengen. Zo weten toekomstige therapeuten welke indicaties gelden, welke hulpvragen gesteld worden en wat de problematiek is, die in de VGZ behandeld wordt bij LVG jongeren. Zo weten ze welke problematiek(en)/thema's specifiek voor LVG-ers zijn, dan wel vaak voorkomen. Ook kan vastgesteld worden voor welke problematiek(en) het met name zinvol kan zijn om een module te beschrijven.

***Vraagstelling:***

Wat zijn de meest voorkomende problematiek(en) die aan de verschillende hulpvragen ten grondslag liggen, die door de PMT'er werkzaam in de VGZ behandeld worden bij jongeren met een licht verstandelijke handicap.

***Methode van onderzoek:***

Aan de hand van een literatuuronderzoek met aangevuld een kwantitatief onderzoek heb ik antwoord gevonden/gecreëerd op mijn vraagstelling. Om meer kans op gegevens te verkrijgen heb ik een makkelijk in te vullen lijst rond gestuurd onder de naam van de werkgroep NVPMT naar psychomotorische therapeuten bij verschillende instellingen voor VGZ. Op die vragenlijst heeft men aan kunnen kruisen of men al dan niet werkt met licht verstandelijk gehandicapte jongeren tot en met 23 jaar. Door in de vragenlijst uit te gaan dat voorop een aantal en soort problematiek(en) met een restcategorie vastgesteld zijn, kan iedere therapeut aankruisen wat voor hen van toepassing is. Men heeft daaronder nog een korte toelichting kunnen geven waarom men meent dat deze problematiek behandeld moet worden doormiddel van psychomotorische therapie en welke doelstellingen centraal worden gesteld. Ik heb hierover contact gehad met een lid van de werkgroep VGZ van de NVPMT. Tussen de verschillende werkplekken van PMT'ers in de LVG verwachtte ik een verschil. Deze verwachtingen had ik omdat ik denk dat niet iedere VGZ instelling zich richt dezelfde problematiek. Ik verwachtte ook een verschil in aantal van het PMT aanbod bij een bepaalde problematiek(en).

# Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

## 1.1 Definitie verstandelijk gehandicapt

De definitie verstandelijk gehandicapt roept veel verwarring op. Vroeger had men voor de mensen die niet mee konden komen in de samenleving, doordat ze minder dan een gemiddelde intellectuele capaciteiten, vele verschillende benamingen, van idioten tot leeghoofden. Men gunde deze mensen vroeger geen plaats binnen de maatschappij, omdat ze gezien werden als zieken of dorpsgekken. Zoals vroeger, maar ook nu duidelijk is, worden er veel verschillende termen gebruikt om deze doelgroep aan te duiden. Hetzelfde geldt voor jongeren met een verstandelijke handicap, waar het in deze scriptie over gaat. In Amerika wordt een verstandelijk gehandicapt persoon aangeduid met het begrip mental retardation. Een 'retardatie' impliceert dat het gaat om een in te halen achterstand. Vanuit Nederland is er veel kritiek op deze Amerikaanse term. "Tot op de dag van vandaag wordt internationaal geaccepteerd dat wanneer je een verstandelijke handicap hebt, je een ontwikkelingsstoornis hebt." (Došen, 1990) Tegenwoordig hanteert men vele andere aanduidingen zoals: mensen met een extra uitdaging, mensen met mogelijkheden, mensen met een verstandelijke beperking enz.

Bij de bepaling van een verstandelijke handicap staat het intellect centraal en daarnaast de vele andere symptomen die aanwezig kunnen zijn. Een verstandelijke handicap is een complex van verschillende symptomen, het is geen eenduidige ziekte. Als je kijkt naar hoe de DSM-IV het begrip verstandelijk gehandicapt aanduidt, wordt een verstandelijke handicap beschouwd als een stoornis van het individu. Het Amerikaanse classificatiesysteem het Association on Mental Retardation (AAMR) heeft het volgende als definitie voor het begrip verstandelijk gehandicapt: "Een verstandelijke handicap verwijst naar een substantiële handicap in het huidige functioneren en wordt gekenmerkt door een significant beneden gemiddeld intellectueel functioneren dat gelijktijdig bestaat met daarmee samenhangende beperkingen in de sociale aanpassing. De verstandelijke handicap manifesteert zich voor het achttiende levensjaar" (AAMR, 1992).

Het verschil tussen beiden is dat de AAMR spreekt over beperkingen binnen het functioneren van de verstandelijk gehandicapte in een bepaalde omgeving, die als het mogelijk is door de juiste hulp opgeheven kan worden. Een verstandelijke handicap is volgens de AAMR een actuele wijze van functioneren van de persoon binnen de context van de samenleving. Om dit functioneren te begrijpen moet niet alleen de persoon zelf, maar ook de omgeving in het diagnostisch proces worden betrokken. "De omgeving kan een verstandelijke handicap minimaliseren of juist versterken" (Van den Hoven, 2006).

Wat overeenkomt tussen beide classificatiesystemen is dat ze zich beiden richten op drie aspecten binnen de term verstandelijk gehandicapt.

- Wanneer men een intelligentiequotiënt beneden de 70 heeft, wordt men aangeduid als verstandelijk gehandicapt. Dit is een quotiënt dat zich richt op het intellectueel functioneren van een persoon.
- Er wordt in beide systemen gekeken naar het sociale aspect van de persoon. Een verstandelijk gehandicapte heeft een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, waardoor hij/zij zich in sociale situaties niet alleen kunnen redden. "Dit komt bij de persoon in verhouding tot zijn of haar omgeving naar boven bij twee of meer van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale- en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig

beslissingen nemen, gezondheid en veiligheid, functionele intellectuele vaardigheden, vrijetijdsbesteding en werk ‘’(AAMR, 1992).

- Een verstandelijke handicap wordt zoals hierboven vermeld aangeduid als een ontwikkelingsstoornis. De handicap dient tot uiting te komen voor het achttiende levensjaar.



## ***1.2 Jongeren met een licht verstandelijke handicap***

Het begrip ‘jongeren’ is in de LVG sector niet erg specifiek. Zo wordt vaak als bovengrens 18 jaar gehanteerd (de leeftijd waarop kinderen voor de wet meerderjarig worden), terwijl in de westerse cultuur de adolescentieperiode tot ongeveer 24 jaar doorloopt. In deze scriptie en in het schriftelijk interview is gekozen voor de bovengrens tot 24 jaar, aangezien het merendeel van de jongeren met een licht verstandelijke handicap later de volwassenheid bereikt dan hun leeftijdsgenoten zonder verstandelijke handicap.

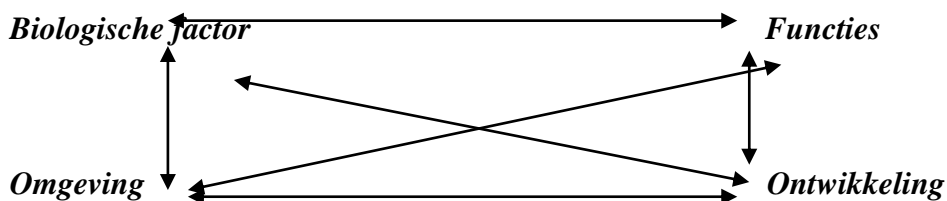
Ongeveer 1 % van de totale Nederlandse jongeren heeft een licht verstandelijke handicap. Dit wordt door ( het Landelijk Kenniscentrum LVG, 2005) geschat op ongeveer 439.000 jongeren. Deze jongeren hebben een IQ tussen de 50 en 70. De groep jongeren die naast deze IQ- score, vanwege bijkomende problematiek, extra ondersteuning binnen de LVG- sector behoeft wordt geschat op 10.000 jongeren op jaarbasis (het Landelijk Kenniscentrum LVG, 2005).

Een aantal oorzaken die bijdragen aan het ontstaan van een licht verstandelijke handicap zijn vooral genetische oorzaken, vroege ontwikkelingsstoornissen, problemen die zich bij de geboorte voor doen en omgevingsfactoren. Bij het merendeel van de jongeren met een licht verstandelijke handicap is de oorzaak onduidelijk. Vaak is het een samenhang van verschillende factoren en/of oorzaken die een verstandelijke handicap doen ontstaan. Tegenwoordig gaat men er vanuit dat een handicap ontstaat binnen de omgeving van de persoon in zijn geheel. Hiermee wordt bedoeld dat de handicap zich ontwikkelt binnen de samenleving van diegene en is het resultaat van de interactie tussen de persoon en de culturele, sociale en fysieke omgeving.

### 1.3 De ontwikkeling van jongeren met een licht verstandelijke handicap

“Došen’s ontwikkelingsdynamische benadering geeft een goede verklaring van de ontwikkeling van kinderen met een verstandelijke handicap” (Došen, 1988; Došen, 1990). Došen gaat uit van vier factoren, die met elkaar in verband staan en elkaar beïnvloeden. Dit zijn de volgende vier factoren: biologische factoren, functies, de omgeving en de ontwikkeling. Een verandering van een factor kan verandering van het totaal tot gevolg hebben. Schematisch zou je het als volgt kunnen voorstellen: (figuur 1).

**Figuur 1** Schematische voorstelling van de ontwikkelingsdynamische benadering



*Došen, A. (1988). Tijdschrift voor Psychiatrie, 30, 585-588.*

Het is vaak lastig om jongeren met een licht verstandelijke handicap te onderscheiden van normaal begaafde jongeren. “In vergelijking met deze jongeren kenmerken jongeren met een licht verstandelijke handicap zich door een vertraagd verloop van de verschillende ontwikkelingsfasen en door een lager eindniveau van ontwikkeling” (Van den Hoven, 2006). Een jongere met een licht verstandelijke handicap kan vergeleken worden met een kind in de leeftijd tussen de zeven en twaalf jaar oud. Jongeren met een licht verstandelijke handicap kunnen moeilijk voorstellingen maken van bepaalde zaken die men in werkelijkheid niet kan zien of voelen. Deze jongeren blijven vaak hangen in het logisch denken, ze blijven concreet gebonden in het denken en doen. Dit zorgt ervoor dat ze nieuwe ervaringen minder snel kunnen toepassen in bijv. leersituaties. Het is voor hen belangrijk om veel herhalingen van het geleerde toe te passen, omdat ze erg moeizaam leren.

De moeite met abstract denken doet zich natuurlijk ook voor op sociaal en emotioneel gebied. Ze hebben bijvoorbeeld moeite om zich aan te passen op de omgeving of de ander. Het functioneren van een jongere met een licht verstandelijk handicap is vooral gericht op een directe respons. Hetzelfde geldt voor het inlevingsvermogen in de gedachten en gevoelens van de ander, dit is zeer matig. Ze hebben dus op allerlei gebieden moeite om zich aan te passen en in te leven in de ander en in de omgeving. Ook vinden ze het lastig zich aan normen en waarden te houden. “Ze hanteren vaak de verkeerde of inadequate oplossingen bij sociale problemen. Hierbij beschikken ze vaak wel over de afzonderlijke vaardigheden, maar zijn ze niet in staat deze te organiseren en toe te passen in verschillende situaties.” (Van den Hoven, 2006).

Jongeren met een licht verstandelijke handicap zijn door bovenstaande problemen vaak sterk afhankelijk van anderen en zijn of haar omgeving. De sturing van het eigen handelen wordt vaak aan anderen over gelaten. Het is voor de ouders of verzorgers van kinderen met een verstandelijke handicap lastig om met deze beperkingen om te gaan in de opvoeding van het kind. Ouders of verzorgers zijn snel geneigd om in de opvoeding van jongeren met een licht verstandelijke handicap zich beschermend op te stellen tegenover het kind. Dit zorgt ervoor dat het kind weinig ruimte krijgt om de wereld te ontdekken en op eigen benen te kunnen

staan. Deze belemmering zorgt ervoor dat het kind minder mogelijkheden heeft zijn vaardigheden te ervaren en te oefenen. Aan de andere kant kunnen ouders of verzorgers van de jongere ‘eruit proberen te halen wat erin zit’, met als consequentie dat de jongere voortdurend overvraagd wordt. Deze overvraging of juist de onderstimulering kan leiden tot verschillende problematiek(en) op verschillende gebieden. Dit is nog maar een van de voorbeelden kijkend vanuit de problematiek(en) waarmee LVG jongeren kunnen kampen. In deze scriptie zul je de meest voorkomende problematiek(en) tegenkomen bij LVG jongeren.

### 1.4 De problematiek(en) van jongeren met een licht verstandelijke handicap

Jongeren met een licht verstandelijke handicap kampen veelal met een comorbiditeit waar zij voor behandeld worden. Vermeulen, Jansen en Feltzer (2007) hebben onderzoek gedaan naar de DSM diagnose bij licht verstandelijke gehandicapte jongeren. De onderzoeksgroep is onderverdeeld in jongeren die residentieel behandeld worden, jongeren die dagbehandeling krijgen en jongeren die thuis wonen. Voor het onderzoek zijn vragenlijsten en dossiergegevens gebruikt. Uit het dossier van de jongeren is informatie verzameld met betrekking tot personalia, intelligentie en DSM-IV-classificatie(s). De resultaten staan vermeld in figuur 2.

Figuur 2. DSM-diagnose bij totale onderzoeksgroep (N=185), bij opname op de residentieële behandeling (N=104) en dagbehandeling (N=59) en bij thuiswonende LVG-jeugdigen (N=22)<sup>1</sup>

|                                     | Totaal |      | Residentieel |      | Dagbehandeling |      | Thuiswonend |      |
|-------------------------------------|--------|------|--------------|------|----------------|------|-------------|------|
|                                     | N      | %    | N            | %    | N              | %    | N           | %    |
| ODD/CD                              | 94     | 50,8 | 69           | 66,4 | 14             | 23,7 | 11          | 50,0 |
| ADHD                                | 78     | 42,2 | 49           | 47,1 | 25             | 42,4 | 4           | 18,2 |
| Relatieprobleem <sup>2</sup>        | 65     | 35,1 | 30           | 28,9 | 27             | 45,8 | 8           | 36,4 |
| Reactieve hechtingsstoornis         | 37     | 20,0 | 27           | 26,0 | 8              | 13,6 | 2           | 9,1  |
| PDD-NOS/autisme                     | 29     | 15,7 | 16           | 15,4 | 8              | 13,6 | 5           | 22,7 |
| Verwaarlozing/misbruik/mishandeling | 23     | 12,4 | 19           | 18,3 | 4              | 6,8  | 0           | 0,0  |
| Angststoornis <sup>3</sup>          | 13     | 7,0  | 10           | 9,6  | 1              | 1,7  | 2           | 9,1  |
| Encopresis/enuresis                 | 5      | 2,7  | 4            | 3,9  | 0              | 0,0  | 1           | 4,6  |
| Leerstoornis <sup>4</sup>           | 5      | 2,7  | 0            | 0,0  | 1              | 1,7  | 4           | 18,2 |
| Gilles de la Tourette               | 4      | 2,2  | 3            | 2,9  | 1              | 1,7  | 0           | 0,0  |

<sup>1</sup> Per jeugdige zijn er meerdere antwoorden mogelijk

<sup>2</sup> Relatieproblemen omvat: Ouder-Kind Relatieprobleem, Partner-relatieprobleem, Relatieproblemen tussen kinderen en Relatieprobleem NAO

<sup>3</sup> Angststoornis omvat: Angststoornis NAO, Posttraumatische Stressstoornis, Separatieangststoornis en Gegeneraliseerde Angststoornis

<sup>4</sup> Leerstoornis omvat: Leerstoornis NAO, Leesstoornis en Studieprobleem

Hoewel het in dit onderzoek vooral gaat om de verschillen in het voorkomen van bepaalde problematiek bij de diverse subgroepen, is dit onderzoek tevens bruikbaar als basis voor het vaststellen van de meest voorkomende problematiek(en) bij jongeren met een licht verstandelijke handicap. Een deel van mijn vragenlijst is dan ook op bovenstaand tabel gebaseerd. Vermeulen et al. (2007) merken op: "Opvallend is dat bij ongeveer de helft van de jeugdigen die een indicatie voor een DSM-diagnose toegewezen hebben gekregen, de indicatie Oppositioneel-opstandige Gedragsstoornis of Gedragsstoornis is gesteld. Voor ADHD is dit ruim 40%. Deze stoornissen zijn dus zeer veel voorkomend bij de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten". Deze subgroep is in mijn vragenlijst samengevat als gedrags/agressieproblematiek. De overige voorkomende problematiek(en) kijkend naar het onderzoek van Vermeulen, Jansen en Feltzer, (2007), zoals de hechtingsstoornis, leerstoornis en het misbruik vond ik ook noodzakelijk te vermelden in mijn vragenlijst, omdat deze eveneens als veel voorkomend worden ervaren, zoals vermeld in bovenstaand onderzoek.

Jongeren met een licht verstandelijke handicap hebben vaak een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, met als gevolg dat zij problemen ervaren in sociale situaties. Vandaar de sociale problematiek in mijn vragenlijst, tevens kijkend naar bovenstaand onderzoek waarin de angststoornis en PDD-NOS/autisme veel voorkomend zijn en hierdoor LVG jongeren belemmeren in sociale situaties. Doordat deze jongeren vaak extra gevoelig zijn voor sociale acceptatie door de omgeving, lopen jongeren met een lichtverstandelijke handicap een groter risico op het ontwikkelen van probleemgebruik en verslaving. ‘‘De lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid van LVG jongeren en de bijbehorende medicatie gaat slecht samen met middelengebruik’’ (Mutsaers, Blekman & Schipper, 2007). Dit leidde tot het opnemen van de categorie middelenproblematiek, ‘omvang van het middelengebruik door LVG jongeren’ in mijn vragenlijst.

Vanuit mijn eigen klinische ervaring bij de Twentse Zorgcentra, afdeling het Lossershof, viel op dat veel jongeren binnen deze instelling kampen met verschillende lichamelijke beperkingen. Dit heeft geleid tot het opnemen van de categorie somatische problematiek in mijn vragenlijst. Naast de DSM categorieën in mijn vragenlijst heb ik ook een thema in mijn vragenlijst verwerkt. Op grond van klinische observaties is namelijk het gebrek aan weerbaarheid ook opgenomen in mijn vragenlijst. Veelal komende onderliggende problematiek(en) tot uiting in een gebrek aan weerbaarheid.

## ***1.5 Het belang van PMT voor de doelgroep LVG in het algemeen***

### **1.5.1 Psychomotorische therapie**

PMT is een van de jongste disciplines binnen de wereld van de hulpverlening. In het beroepsprofiel van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapeuten (NVPMT) wordt gesteld dat:

*“PMT het behandelen van mensen met psychische problemen is, door middel van interventies gericht op lichaamservaring en/ of het handelen in bewegingssituaties. Het doel van de psychomotorische therapie is gedragsverandering tot stand te brengen of ten minste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen”* (NVPMT, 1995).

Binnen de PMT krijgen cliënten de mogelijkheid tot het opdoen van (leer)ervaringen en het herkennen, verkennen en erkennen hiervan. Ook het opdoen van emotionele belevingen speelt een belangrijke rol binnen de PMT. De PMT onderscheidt zich door het neerzetten van specifieke bewegingsactiviteiten. Hiermee wordt bedoeld dat bewegingssituaties en bewegingsarrangementen worden geconstrueerd of gemanipuleerd om op die manier aan het therapeutische doel te werken. Er wordt dus op het moment zelf iets neergezet of gedaan waarbij de cliënt specifieke ervaringen op kan doen en dat vormt dan de basis voor het verder beïnvloeden van gedrag, gevoelens en gedachtes.

### 1.5.2 Psychomotorische therapie binnen de LVG sector

Het kind leert de wereld kennen door zich erin te bewegen. Kinderen ontwikkelen zich ook voornamelijk door het spelen en bewegen wat ze vanaf jongs af aan doen. In het spelen en bewegen leren ze onbewust omgaan met bepaalde situaties die zich voor kunnen doen. Zo leren ze omgaan met valkuilen, communiceren, emoties en het inschatten van hun eigen(on)mogelijkheden. In het speelse of in het bewegen laat het kind zien hoe het omgaat met zichzelf, de ander en zijn of haar omgeving. Daarom is het erg belangrijk voor een kind dat het van jongs af aan de wijde wereld in gaat, speelt en beweegt. Doormiddel van bewegingssituaties kan men beter in het kind kijken. Ze uiten bepaalde dingen die ze met woorden nog niet duidelijk kunnen maken. Het is voor jonge LVG'ers dan ook van belang dat de therapie vooral op een speelse manier wordt gegeven, zonder al te veel verbale therapie erin. Kinderen vinden het vaak lastig om bijvoorbeeld gedachtes of gevoelens te verwoorden, ze zien het als een bedreiging. Het vele bewegen maakt dat kinderen hier niet bij stil hoeven staan en dat ze onbewust op een non verbale manier de gevoelens en gedachtes toch delen. Daarom maakt het dat psychomotorische therapie een betere aansluiting heeft bij de belevingswereld van kinderen en jongeren, omdat het een actiegerichte vorm van therapie is. Als PMT'er moet je proberen aan te sluiten bij het handelen van het kind, zonder al te veel zelfinzicht te vragen aan het kind. De mate waarin je een beroep doet op het zelfinzicht of daaraan werkt is zeer leeftijdsafhankelijk.

“Voor jongeren met een licht verstandelijke handicap in combinatie met psychiatrische problemen is de buitenwereld eerder een bron van bedreiging dan van verlokking: eerder een bron van spanningen dan een appèl op nieuwsgierigheid. De relaties met anderen worden eerder gekenmerkt door wantrouwen dan door vertrouwen. Psychomotorische therapie is zich binnen de LVG- sector aan het ontwikkelen tot een belangrijke therapievorm, omdat het lichaam – zowel de motoriek als de lichaamsbeleving – een belangrijke plaats inneemt “(Van den Hoven, 2006). Therapieën waarbij ‘actie’ plaatsvindt, waaronder psychomotorische therapie, maar ook creatieve therapievormen en speltherapie, sluiten direct aan bij de lichamelijke belevingswereld van jongeren met deze verstandelijke handicap.

## **Hoofdstuk 2: Methode**

### ***2.1 Participanten en onderwerp van het onderzoek***

Het onderzoek gaat over licht verstandelijk gehandicapten en hun problematiek(en) in de psychomotorische therapie. Ik ben dit gaan onderzoeken aan de hand van een kwantitatief onderzoek. Er van uitgaand dat voorop een aantal en soort problematiek(en) met een restcategorie vastgesteld zijn in een vragenlijst. Via E. van Stiphout uit het bestuur van de werkveldgroep VGZ van de NVPMT heb ik een email lijst gekregen met alle psychomotorische therapeuten werkzaam in de VGZ die bij de NVPMT bekend zijn. Dit waren vijftig psychomotorische therapeuten werkzaam in verschillende VGZ instellingen door heel Nederland. Ik heb deze groep psychomotorische therapeuten gebruikt als de participanten voor mijn onderzoek. Het gaat om therapeuten in verschillende leeftijdscategorieën. Ook is de werkervaring uiteenlopend van een ruime werkervaring tot een geringe werkervaring op het gebied. Dit zal geen invloed uitoefenen op de resultaten.

### ***2.2 De onderzoekinstrument(en)***

Om te kijken welke problematiek(en) er door psychomotorische therapeuten werkzaam in de VGZ behandeld worden bij jongeren met een licht verstandelijke handicap, heb ik een literatuuronderzoek gedaan met daarnaast een schriftelijk interview.

### ***2.3 Verantwoording van keuze van onderzoeksmethode***

Het onderzoek is gebaseerd op zowel een literatuuronderzoek, als op een kwantitatief onderzoek vanuit het werkveld. Door binnen het schriftelijke interview uit te gaan dat voorop een aantal en soort problematiek(en) met een restcategorie vastgesteld zijn, kan iedere therapeut aankruisen wat voor hen van toepassing is. Zo zijn de resultaten die het onderzoek opleveren bruikbaar voor veel psychomotorische therapeuten werkzaam bij verschillende VGZ instellingen, in de sector LVG in heel Nederland. Het is goed om te weten welke problematiek(en) ten grondslag liggen aan de verschillende hulpvragen. Zo kan er vooral gewerkt worden aan of aandacht gaan naar de problematiek(en) die ten grondslag liggen aan de verschillende hulpvragen.

### ***2.4 Verloop en methode van dataverwerking van het onderzoek***

Stap 1: Het literatuuronderzoek

Stap 2: Constructie kwantitatief onderzoek

Stap 3: Samenstelling schriftelijk interview

Stap 4: Koppeling schriftelijk interview werkveldgroep NVPMT

Stap 5: Rondsturen schriftelijk interview naar verschillende PMT'ers

Stap 6: Gegevens verzamelen en verwerken van het schriftelijk interview

Stap 7: Gegevens vergelijken schriftelijk interview

#### **Stap 1: Het literatuuronderzoek**

Het voorafgaande literatuuronderzoek was net name gericht op de doelgroep waarover het gaat in het schriftelijk interview. Dit om een inzicht te krijgen in de verschillende problematiek(en) waarmee jongeren met een licht verstandelijke handicap kampen. Ik heb tijdens het literatuuronderzoek het algemene deel van de doelgroep, de sector licht verstandelijk gehandicapt en de psychomotorische therapie in de licht verstandelijk



gehandicapten sector beschreven in mijn theoretisch kader. Daarnaast heb ik de vragenlijst vorm gegeven naar aanleiding van mijn literatuuronderzoek, wat eveneens terug te vinden is in het theoretisch kader onder het kopje problematiek(en) bij jongeren met een licht verstandelijke handicap. Door de theoretische inzichten die ik heb gekregen over de doelgroep, kon ik verdergaan met de constructie van het kwantitatieve onderzoek.

#### Stap 2: Constructie kwantitatief onderzoek

Ik heb gekozen voor een kwantitatief onderzoek, omdat ik aan de hand van een schriftelijke enquête cijfermatig inzicht kan bieden en veelal antwoorden kan geven op vragen die in termen van hoeveelheid uitgedrukt worden. Om statisch betrouwbare en representatieve uitspraken te doen wordt er bij dit kwantitatieve onderzoek een grote groep participanten tegelijk ondervraagd. In de schriftelijke enquête komt mijn onderzoeksvraag geoperationaliseerd in vragen aan de doelgroep naar voren.

#### Stap 3: Samenstelling schriftelijk interview

Samen met mijn scriptiebegeleider heb ik vorm gegeven aan het schriftelijk interview. Ik heb er bewust voor gekozen om een kort schriftelijk interview op te stellen, met daarin keuzes die de respondenten aan kunnen vinken. Daarin kan ik zelf de sturing geven aan mijn onderzoek. Naar aanleiding van mijn literatuuronderzoek heb ik het schriftelijk interview vorm gegeven. Ik heb er vooraf voor gekozen om een aantal en soort problematiek(en) met een restcategorie vast te stellen, die behandeld worden in de LVG sector. Zo houd ik het voor de participanten gestructureerd en overzichtelijk, en ook voor mijzelf is dit de overzichtrijkste manier om tot het oplossen van mijn onderzoeksvraag te komen.

#### Stap 4: Koppeling schriftelijk interview werkveldgroep NVPMT

Na de samenstelling van mijn schriftelijk interview, heb ik eerst feedback gevraagd aan werkveldgroep NVPMT. De voorzitter van de werkveldgroep heeft vervolgens mijn schriftelijk interview naar een psychomotorische therapeut die ook in de werkveldgroep zit gestuurd voor de nodige feedback. Via hen, de psychomotorische therapeut en zijn stagiaire heb ik over de email contact gehad over het schriftelijk interview. Na de nodige aanpassingen, heb ik na een goedkeuring mijn schriftelijk interview klaar gemaakt en de laatste puntjes op de 'i' gezet.

#### Stap 5: Rondsturen schriftelijk interview naar verschillende PMT'ers

Na het opstellen van een email, waarin ik verwoord wie ik ben, wat ik doe en waarom ik het schriftelijk interview naar de geadresseerde stuur, heb ik mijn schriftelijk interview rondgestuurd naar de vijftig psychomotorische therapeuten. Ik heb hen uiteraard bedankt voor de medewerking namens mij en de werkveldgroep en voor eventuele vragen mochten ze me altijd terug mailen. Als respons kreeg ik natuurlijk de ingevulde interviews, maar ook veel succeswensen, een aantal vragen wat er met de informatie werd gedaan en een aantal die belang hadden bij mijn uiteindelijke scriptie.

#### Stap 6: Gegevens verzamelen en verwerken van het schriftelijk interview

Ik heb er in mijn onderzoek voor gekozen om mijn gegevens te verwerken aan de hand van grafieken, met daarin een cijfermatig overzicht en een procentueel overzicht. Om het zo overzichtelijk mogelijk te maken heb ik bij een enkele grafiek een tabel geplaatst met daarin de gegevens. Het wordt hierdoor duidelijker en gestructureerde. Bij elke vraag heb ik de gegevens verwerkt aan de hand van twee verschillende grafieken, zodat er op meerdere manieren naar de resultaten gekeken kan worden.

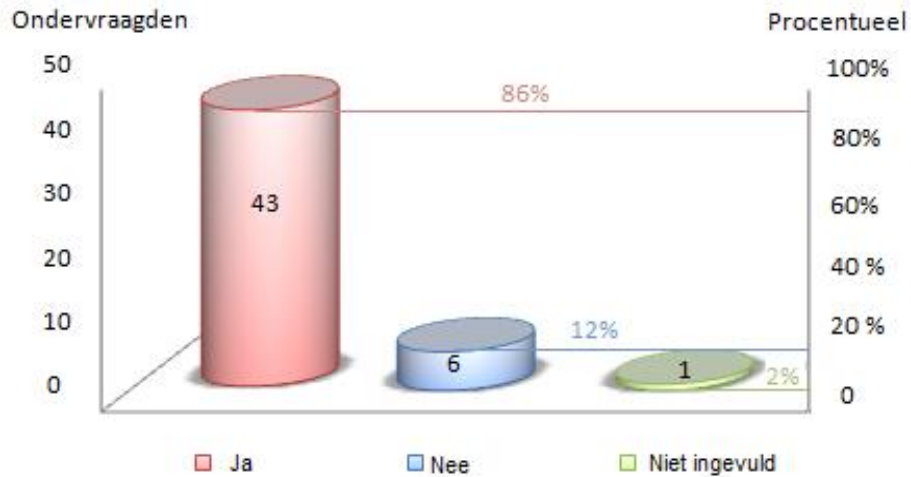
Stap7: Gegevens vergelijken schriftelijk interview

Zoals hierboven beschreven zijn de resultaten verwerkt in twee verschillende grafieken met daarin een cijfermatig en procentueel overzicht. Aan de hand van de ingevulde opmerkingen op de vragenlijst, waarin met name doelstellingen naar voren komen, kan er in de toekomst gewerkt worden of aandacht gaan naar de meest voorkomende problematiek(en) die ten grondslag liggen aan de verschillende hulpvragen.

## Hoofdstuk 3: Resultaten

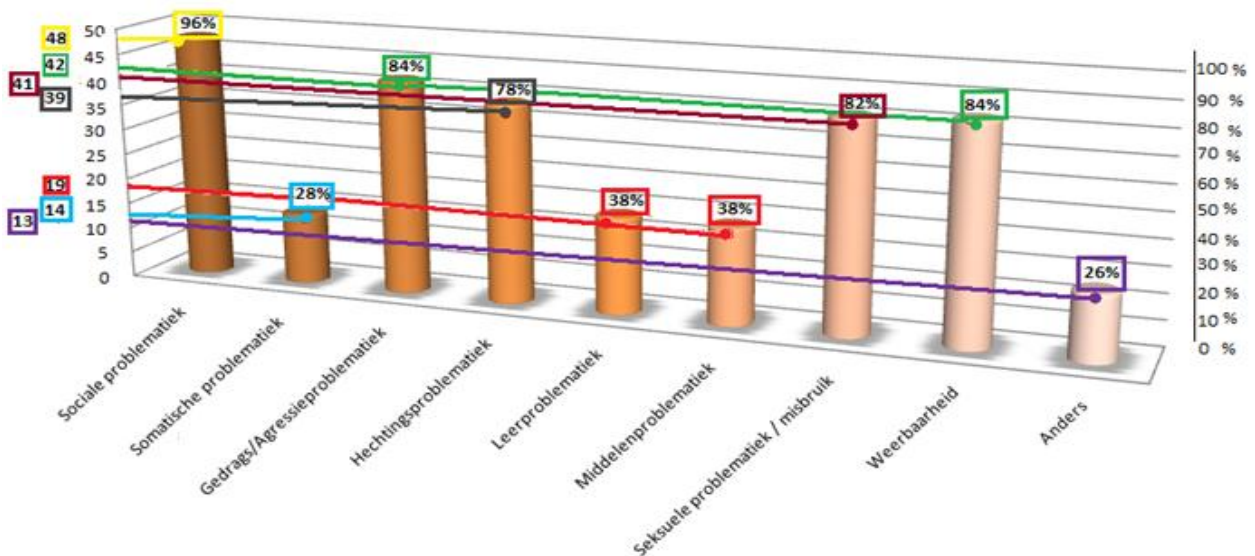
### 3.1 Resultaten van het onderzoek

#### Werkt u met jongeren met LVG in de leeftijd tot en met 23 jaar?



**N=50**

#### Met welke problematiek heeft u onder andere te maken in de LVG?



**N=50**

| <u>Problematiek</u> | Sociale problematiek | Lichamelijke (somatische) problematiek | Gedrags/Agressie problematiek | Hechttings problematiek | Leer problematiek | Middelen problematiek | Seksuele problematiek/ misbruik | Gebrek aan weerbaarheid | Overige Problematiek(en) |
|---------------------|----------------------|--|-------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| <u>Aantal</u>       | 48                   | 14                                     | 42                            | 39                      | 19                | 19                    | 41                              | 42                      | 13                       |
| <u>Procentueel</u>  | 96%                  | 28%                                    | 84%                           | 78%                     | 38%               | 38%                   | 82%                             | 84%                     | 26%                      |

### **3.2 Toelichting resultaten vragenlijst**

Onder het kopje toelichting bij iedere problematiek in de vragenlijst heb ik gevraagd welke doelstellingen bij welke problematiek(en) aan de orde komen. Hieruit zijn de volgende resultaten gekomen:

#### **Sociale problematiek (aanpassingsstoornis, contactstoornis, angststoornis)**

- Het ontdekken van eigen persoonlijkheid
- Leren leven in een groep
- Omgaan in sociale contexten
- Werken aan aspecten binnen het autistisch spectrum
- Aanleren sociale vaardigheden
- Onzekerheid en angst
- Zelfbeeld

#### **Lichamelijke (somatische) problematiek**

- Omgaan met spasticiteit
- Leren omgaan met wat je wel/niet kan
- Anders zijn
- Ervaren van psychosociale onvrede die zich uit in lichamelijke klachten

#### **Gedrags/Agressieproblematiek**

- Emoties uiten/hanteren
- Wijze van gedragen
- Impulscontrole
- Omgaan met spanningen
- Het ontdekken van eigen persoonlijkheid
- Werken aan aspecten binnen het autistisch spectrum
- Grenzen herkennen en erkennen

#### **Hechtingsproblematiek**

- Opbouwen relaties
- Gewaardeerd voelen
- Vertrouwen
- Verwaarlozing
- Zelfbeeld

#### **Leerproblematiek**

- Faalangst
- Acceptatieproblemen
- Concentratieproblemen

#### **Middelenproblematiek**

- Erbij willen horen
- Leegte willen opvullen

#### **Seksuele problematiek/misbruik**

- Wenselijk gedrag beïnvloeden
- Gevaar leren inzien
- Omgaan met aanraken
- Leren omgaan psychosomatische problematiek

- Seksueel grensoverschrijdend gedrag herkennen

**Gebrek aan weerbaarheid (thema)**

- Opkomen voor zichzelf
- Omgaan met emoties/impulsen
- Stoeien
- Onzeker
- Grenzen herkennen en erkennen

**Overige problematiek(en)**

- Eetproblematiek
- Depressie
- Trauma (PTSS)
- Obsessief compulsieve stoornis
- Ondersteunende therapie
- Verwerkingsproblematiek
- Gezinstherapie (ouder leert gedrag van kind beter begrijpen)
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Psychiatrische problematiek

## Hoofdstuk 4: Discussie

### *4.1 Reflectie op de onderzoeksmethode*

Ik heb een inventariserend onderzoek gedaan, dat zowel gebaseerd is op een literatuuronderzoek als op een kwantitatief onderzoek waarin de problematiek(en) centraal staan. Onder andere in een goede onderbouwing van de indelingen van de problematiek(en) zit een mogelijke meerwaarde, omdat daarin keuzes gemaakt moeten worden die de samenhang van hulpvraag met de onderliggende problematiek of het onderliggende thema weergeeft.

### *4.2 De resultaten en uitvoering van het onderzoek*

Ik vind het meest opvallende dat er dubbele scores naar voren komen in de resultaten. Daarmee wordt bedoeld dat cliënten in behandeling zijn voor meerdere problematiek(en). Wat daarin bijdraagt is, dat ik in mijn opzet brede en overlappende categorieën heb gekozen en daardoor de verschillende problematiek(en) verbanden hebben met elkaar. Het is moeilijk om te bepalen wat de achterliggende problematiek van een bepaalde doelstelling is, hetgeen de ‘dubbele scores’ kan verklaren. In de meeste gevallen speelt comorbiditeit een rol tijdens het psychomotorische therapeutisch aanbod van de verschillende psychomotorische therapeuten werkzaam in de LVG jongeren sector. Deze comorbiditeit was voor mij een van de opvallendste zaken bij het vergelijken van de resultaten. Je zou kunnen stellen dat er veel comorbiditeit voorkomt bij jongeren met een licht verstandelijke handicap. Bij instellingen waar weinig comorbiditeit voorkwam onder de LVG jongeren, is het opgevallen dat een duidelijk behandeldoel naar voren kwam, betreffend op de stoornis.

Ook valt op, dat de lichamelijke (somatische), leer- en middelenproblematiek een lage score hebben in de LVG jongeren sector wanneer je kijkt naar het PMT aanbod. De overige problematiek(en)/thema's, en met name de sociale problematiek, steekt er boven uit. Deze zijn op de voorgrond aanwezig als je kijkt naar de PMT behandeling in de LVG jongeren sector. Ik had verwacht dat de sociale problematiek er ver boven uit zou steken, omdat jongeren met een licht verstandelijke handicap vaak een beperkt sociaal aanpassingsvermogen hebben, met als gevolg dat zij problemen ervaren in sociale situaties. Andersom geldt natuurlijk ook dat het voor de omgeving (opvoeders, begeleiders, leerkrachten, leeftijdsgenoten etc.) vaak ook lastig is de juiste afstemming te vinden en bieden.

Uit onderzoek van Vermeulen, Jansen en Felzter (2007), is gebleken dat ernstige gedragsproblematiek doorgaans vaak voorkomt bij LVG jongeren. Dit is niet in lijn met de resultaten uit mijn onderzoek. ‘Bijkomende problematiek bij deze groep bestaat uit leerproblemen, psychiatrische stoornissen, medisch -organische problemen en problemen in gezin en sociale context. Al deze problemen komen tot uiting in ernstige gedragsproblemen’ (Vermeulen, Jansen, en Felzter, 2007.) Kijkend naar mijn resultaten waarin de sociale problematiek het hoogst scoort, wordt het in bovengenoemd onderzoek gezien als een bijkomende problematiek.

Opvallend aan het onderzoek van Vermeulen e.a. (2007) in vergelijking met mijn resultaten is dat meer dan de helft van de ondervraagden kampt met gedragsproblematiek. ( oppositioneel opstandig of een gedragsstoornis). Waarna op de tweede plek, ook een vorm van een gedragsstoornis ADHD met ruim 40 % naar voren komt. Uit mijn resultaten constateer ik dat bij de gedragsproblematiek, vooral LVG jongeren met autisme hiermee kampen. Wat ik nog

meer zeer opvallend vind is de hoge score bij de relatieproblematiek onder LVG jongeren in bovenstaand onderzoek. Terugkijkend naar mijn resultaten, komt dit niet of nauwelijks naar voren. Het verschil ligt misschien in, dat in bovenstaand onderzoek de LVG jongeren de participanten zijn, waarbij ze getest worden op een eventuele diagnose en in mijn onderzoek de hulpverleners de participanten zijn, waarbij de relatieproblematiek niet ter sprake komt. Het zou ook een kwestie kunnen zijn van anderszins benoemen, maar uit mijn resultaten is dit niet te constateren. Wat mij als laatste opviel is dat in bovenstaand onderzoek de angststoornis opvallend laag scoort in vergelijking met mijn onderzoek, waarin de angststoornis, vallend onder de sociale problematiek er ver boven uit steekt.

Een zwak, maar tegelijkertijd ook een sterk punt van mijn onderzoek, is de gesloten vragenlijst. Door aan te kruisen welke problematiek(en) voor de participanten van toepassing zijn, houd je het zowel voor de participanten als voor de onderzoeker gestructureerd en overzichtelijk. Dit zie ik als een sterk punt, omdat je op deze manier de resultaten specifieker worden weergegeven. Daarentegen zorgt de brede opzet van mijn vragenlijst met daarin de overlappende categorieën, voor een breed aspect binnen de uitslagen, wat ook voor onderlinge overlappings zorgt binnen de problematiek(en). Het is daarom moeilijk te bepalen wat de achterliggende problematiek van een bepaalde hulpvraag is, waar men in de toekomst aan kan werken of zijn/haar aandacht op kan richten. Het is zinvol om een onderscheid te maken tussen de hulpvraag waarmee de cliënten binnenkomen en de onderliggende problematiek(en)/thema's, om vervolgens beide te kwantificeren. Daarmee verkrijg en bied je inzicht in de samenhang tussen beiden.

## **Hoofdstuk 5: Conclusie**

### ***5.1 Hoofdpunten***

Dit onderzoek richtte zich op het psychomotorische therapie aanbod voor jongeren met een lichtverstandelijke handicap in de verstandelijk gehandicapten zorg en de meest voorkomende problematiek(en) die ten grondslag liggen aan de verschillende hulpvragen, en worden behandeld binnen de psychomotorische therapie. Het literatuuronderzoek, de methode, de resultaten van het kwantitatieve onderzoek en de resultaten van de interviews zijn geanalyseerd. In dit hoofdstuk worden deze aspecten bij elkaar genomen en wordt er antwoord gegeven op de aan het begin gestelde onderzoeksvraag. Daarnaast zal ik in mijn conclusie teruggrijpen op een evaluatie van mijn onderzoek aan de hand van de in mijn inleiding gestelde doelstelling. Gesteld kan worden dat er vooraf wel veel bekend was over PMT voor LVG-ers, maar dat er te weinig (wetenschappelijk) onderzoek is verricht. Hierdoor worden te weinig ervaringen gedeeld. Uit dit inventariserend onderzoek is gebleken, dat een aantal problematiek(en) die reeds in de LVG sector worden behandeld door psychomotorische therapeuten de boventoon voeren.

### ***5.2 Conclusie***

Met betrekking tot de specifieke vraagstelling van het onderzoek kan uit de resultaten geconcludeerd worden dat 96% van de PMT'ers LVG jongeren in behandeling hebben met sociale problematiek. Gevolgd door 84 % wie LVG jongeren in behandeling hebben met het gebrek aan weerbaarheid en agressie/gedragsproblematiek. Daarna volgen met 82% en 78% PMT'ers wie LVG jongeren in behandeling hebben met seksueel misbruik/problematiek en hechtingsproblematiek. Deze probleemgebieden scoren in aantal het hoogst en komen het meest voor onder jongeren met een lichtverstandelijke handicap die door de PMT'er werkzaam in de VGZ behandeld worden. Tussen de meest voorkomende problematiek(en) zijn er vanuit de resultaten overeenkomsten te constateren binnen de doelstellingen van deze problematiek(en). Binnen de sociale problematiek en de gedrags/agressie problematiek komen meerdere malen dezelfde doelstellingen, als het ontdekken van eigen persoonlijkheid en het werken aan aspecten binnen het autistisch spectrum aan de orde. Evenals binnen de sociale problematiek en de hechtingsproblematiek waarin er overlappingen zijn, omtrent de doelstelling zelfbeeld. Mijn onderzoek geeft niet weer of deze meest voorkomende problematiek(en) ook daadwerkelijk als zodanig behandeld worden. Het wil niet zeggen dat de meest voorkomende problematiek(en), tevens ook de belangrijkste mate hebben om een LVG jongere daarvoor te behandelen, kijkend naar het PMT aanbod. Uit de resultaten kan je constateren dat de minder voorkomende problematiek(en) wel enigszins aanwezig zijn bij LVG jongeren.

Terugkijkend naar mijn in de inleiding gestelde doelstelling was het als eerste stap zinnig om het psychomotorische therapie aanbod in de VGZ voor LVG systematisch ( welke indeling van problematiek(en) en doelstellingen) in kaart te brengen. Zoals ik al aangaf is er degelijk kennis omtrent de problematiek en wat daarmee te doen middels PMT, anders zou men geen therapie kunnen bedrijven, maar worden er te weinig ervaringen gedeeld. Wat dit onderzoek heeft opgeleverd is welke problematiek(en) het meest voorkomen die ten grondslag liggen aan de verschillende hulpvragen binnen de LVG jongeren sector. Toekomstige therapeuten weten welke hulpvragen gesteld worden en wat de daarbij de meest voorkomende achterliggende problematiek(en) is welke in de VGZ specifiek behandeld worden, dan wel voorkomen bij LVG jongeren. Zo kan vastgesteld worden voor welke problematiek(en) het met name zinvol kan zijn om een module te beschrijven.



## **Aanbevelingen**

Zoals in de conclusie vermeld geeft mijn onderzoek niet weer of deze meest voorkomende problematiek(en) ook daadwerkelijk als zodanig behandeld worden binnen de psychomotorische therapie. Met het uitschrijven van bepaalde modules is al een goed voorbeeld van een voorzichtige start gemaakt. Men kan echter nog niet specifiek aangeven of de meest voorkomende problematiek(en) binnen het PMT aanbod bij LVG jongeren ook zodanig behandeld worden. Wat ik daarom aanbeveel, wat binnen de PMT modules verder uitgewerkt moet worden is een systematisering, bundeling, objectivering, methodisering en effectmeting. De bestaande geschreven modules voor de PMT vanuit de GGZ of VGZ zijn vaak voor beide bruikbaar en veelal slechts op aanpak/mate van reflectie en tempo aangepast. Ook de mate van beïnvloedbaarheid middels de PMT zal een belangrijke rol moeten spelen bij de beoordeling van waar de module op gericht is.

## Literatuurlijst

- American Association for Mental Retardation (1992). *Mental Retardation: definition, classification and systems of support*. Washington: AAMR.
- American Psychiatric Association (2004). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed)*. Washington: APA.
- Došen, A. (1988). Ontwikkelings- dynamische benadering van de diagnostiek van psychische stoornissen bij zwakzinnige kinderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 578-594.
- Došen, A. (1990). *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen*. Meppel: Druk Boompers drukkerijen.
- Fahrenfort, J. (1987). *Psychomotorische therapie. Een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methodieken in de psychiatrie*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Gregorowitsch, A.F.A.M. (1998). Individuele psychotherapie bij kinderen. In: Windemuller, S., Husken, B.E.B.M., Grootenboer, J. & J.M. Teeuwisse (red), *Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Assen: Van Gorcum.
- Het Landelijk Kenniscentrum LVG (2005). <http://www.lvgnet.nl/lkc/lkc.html>.
- Morfouace, M. (2010). Behandeling van seksueel misbruik van kinderen met een verstandelijke handicap. In: J. de lange (red), *Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz' (195-226)*. Amsterdam: Boom.
- Mutsaers K., Blekman J. & Schipper H. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik*. Wat is er tot op heden bekend? Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). *Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut*. Arnhem
- Van den Hoven, R. (2006). *Dubbele diagnose: licht verstandelijk gehandicapt en gegeneraliseerde angststoornis*. Scriptie Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Vermeulen, T. Jansen, M. Feltzer, M. (2007) *LVG: Een lichte verstandelijke handicap met zware gevolgen.. Een onderzoek naar de problematiek van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen*, Onderzoek en praktijk, jaargang 5, nr. 2, 5-10.

## **Bijlage**

### **Brief participanten**

Geachte heer/mevrouw,

Ik ben Sharon Harmsen, 4<sup>e</sup> jaars student aan de opleiding psychomotorische therapie op het Windesheim in Zwolle. Naar aanleiding van mijn scriptie, die gaat over LVG'ers en hun problematiek in de PMT, stuur ik u deze korte vragenlijst. Ik heb aan u de vraag of u deze korte vragenlijst voor mij in wilt vullen en retour wilt zenden op dit mailadres. Ik heb uw mailadres ontvangen van de werkveldgroep VGZ. Deze werkveldgroep beveelt uw medewerking aan de enquête van harte aan. Het kost immers maar een paar minuten tijd! Voor onduidelijkheden kunt u ook altijd mailen.

Met vriendelijke groet,

Sharon Harmsen.

## Enquête: Licht Verstandelijk Gehandicapte jongeren en hun problematiek in de PMT

Kruis aan wat voor u van toepassing is.

### Vraag 1: Werkt u met jongeren met LVG in de leeftijd tot en met 23 jaar ?

Ja

*Ga door naar vraag 2.*

Nee

*Stop met het invullen van de vragenlijst, gelieve wel retour zenden. .*

### Vraag 2: Met welke problematiek heeft u te maken in de LVG? U mag meerdere antwoorden aankruisen.

Sociale problematiek (aanpassingsstoornis, contactstoornis, angststoornis)

*Evt. toelichting:*

Lichamelijke (somatische) problematiek

*Evt. toelichting:*

Gedrags/Agressieproblematiek

*Evt. toelichting:*

Hechtingsproblematiek

*Evt. toelichting:*

Leerproblematiek

*Evt. toelichting:*

Middelenproblematiek

*Evt. toelichting:*

Seksuele problematiek/misbruik

*Evt. toelichting:*

Gebrek aan weerbaarheid

*Evt. toelichting:*

Overige problematiek , namelijk.....

Namens de werkveldgroep VGZ en natuurlijk namens mij, hartelijk dank voor uw steun en medewerking!

Sharon Harmsen, 4<sup>e</sup> jaars PMT student.