

LVG & PMT: 1&1 = 3?

***De waarde van PMT als
behandelmethode voor mensen met een
lichte verstandelijke handicap.***

Naam: Nynke van der Meer
Begeleider: Ad van de Ven
School en opleiding: Calo Windesheim, Psychomotorische Therapie
Datum: 25 mei 2009

'Dennis' is een jongen van 16 die bekend is met een lichte verstandelijke handicap. Hij heeft moeite met het aangeven van grenzen. Hiervoor is hij aangemeld bij PMT. Er zijn verschillende meningen over deze aanmelding: 'Natuurlijk werkt PMT bij Dennis en anderen met een verstandelijke handicap, dat zie je toch in de praktijk?'. 'Kan dat wel, PMT voor iemand met een lichte verstandelijke beperking?' In onderstaand artikel wordt gezocht naar een antwoord op de vraag: Wat maakt PMT waardevol als behandelmethodiek voor mensen zoals Dennis?

Inleiding.

Dit artikel beperkt zich tot psychomotorische therapie (PMT) voor mensen met een lichte verstandelijke beperking omdat ik hiermee de meeste ervaring heb opgedaan tijdens mijn stages. Psychomotorische therapeuten die werkzaam zijn met deze doelgroep zijn enthousiast over de resultaten die zij bereiken. Buiten deze enthousiaste groep PMT-ers, lijkt het werken met mensen met een verstandelijke beperking minder bekend te zijn. Binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie bestaat bijvoorbeeld een werkgroep VGZ. Doelen die zij zichzelf gesteld hebben, zijn onder andere het profileren van de PMT in de VGZ bij de doelgroep, verwijzers, financiers maar ook bij collega PMT-ers.

Naast de talloze ervaringen uit de praktijk, is er in de literatuur weinig te vinden over PMT met mensen met een verstandelijke handicap. In dit artikel wordt dan ook de volgende vraag beantwoord: 'Wat maakt PMT waardevol als behandelmethodiek voor mensen met een lichte verstandelijke handicap?'

Hiervoor is eerst onderzocht wat PMT precies inhoudt en welke factoren werkzaam zijn binnen deze behandelmethodiek. Daarna wordt de doelgroep en de psychische stoornissen die binnen deze doelgroep aan de orde komen omschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de algemene aandachtspunten voor de behandeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Met bovenstaande informatie wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag in hoeverre PMT waardevol is als behandelmethodiek voor de besproken doelgroep.

Wat is PMT?

De officiële term 'psychomotorische therapie' wordt pas sinds 1974 gebruikt in Nederland. Joop Fahrenfort (1987, p. 1) geeft de volgende definitie: *'PMT is het behandelen van mensen die lijden aan psychische problemen met behulp van bewegingsactiviteiten en/of met speciale aandacht voor de lichaamsbeleving'*. De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) definieert de PMT als volgt: *'De intentionele, methodisch geplande beïnvloeding van mensen, gericht op verandering ten aanzien van psycho-sociale problematiek van deze mensen, waarbij het bewegen en de lichamelijke centrale thema's van omgang zijn'*.

Volgens Emck (2002) is PMT een experientiële therapievorm. De directe ervaringen die door de therapeut aangeboden worden, vormen de basis voor de therapie.

De Nederlandse Vereniging voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (NVPA) heeft de verschillende vakdisciplines met behulp van beroepsbeoefenaren omschreven (Hopman & Schellekens, 2007). Ook de uitgangspunten van de PMT komen duidelijk en uitgebreid aan bod:

- *In het werken als PMT-er staat het fenomenologisch denken centraal. Dat ziet bewegen als een fundamentele zijswijze van de mens. Naast de zintuiglijke waarneming is bewegen de eerste schakel in het contact tussen persoon en wereld. Dat begint al bij het jonge kind.*

LVG & PMT: 1&1 = 3?

De waarde van PMT als behandelmethodiek bij mensen met een lichte verstandelijke handicap.

- *In de manier waarop mensen bewegen geven zij uiting aan stemmingen, gevoelens, gedachten, wensen en dus aan hun wijze van zijn.*
- *Het menselijk bewegen is een vanuit zichzelf bewegen. Het is bewegingsgedrag, dat niet gereduceerd mag worden tot lichaamsbeweging. Het lichaam is subject en niet langer enkel het object van bewegen.*
- *Bewegen stimuleert het gezonde deel van de mens. In het bewegen vindt de ontmoeting plaats met de wereld en al zijn betekenissen. De (nieuwe) ervaringen hierin opgedaan kunnen middels gesprekken op een hoger bewustzijnsniveau worden gebracht en van daaruit leiden tot meer zelfinzicht en uiteindelijk tot gedragsverandering.*
- *In de lichaamsgeoriënteerde therapie ligt de nadruk op het innerlijke beleven en dan vooral op lichaamsbeleving en emoties, soms met het accent op het verleden.*
- *De bewegingsgeoriënteerde therapie is gericht op wat zich tussen personen afspeelt, het zogenaamd relationeel bewegingsconcept, in het hier en nu. Bewegen is een manier van omgaan met elkaar, naast bijvoorbeeld spreken en waarnemen.*

Wat zijn werkzame factoren van PMT?

Er is weinig theoretische onderbouwing te vinden van de werkzame factoren in de PMT. Veelvuldig wordt in de literatuur het belang van onderzoek aangehaald (Probst en Bosscher 2001). Het doen van onderzoek in de praktijk blijkt echter lastig te zijn. Dit komt voor een deel door de tegengestelde verwachtingen van onderzoekers en therapeuten, maar Bosscher (2005) stelt dat het ook niet altijd duidelijk is waar onderzoek naar gedaan moet worden. Moeten we ons richten op specifieke technieken of op factoren die gelden voor therapie in het algemeen?

Mede door druk van buitenaf neemt het aantal onderzoeken naar de effectiviteit van psychomotorische therapie wel toe, met name bij specifieke doelgroepen. Zo is er bewijs gevonden voor de werking van runningtherapie, voor Baardmans protocol bij Ingebeelde Lelijkheid, voor Probsts interventies op het gebied van lichaamsbeleving bij mensen met eetstoornissen en Dröes interventies bij demente bejaarden (Emck, 2002).

Fahrenfort (1987) heeft een meer algemeen onderzoek gedaan naar de psychomotorische therapie in psychiatrische behandelingen. Hij onderscheidt een drietal ingrediënten waaraan de PMT als product zijn 'voedingswaarde' voor een groot deel ontleent.

Het eerste ingrediënt is de kwaliteit van beleving. Door het deelnemen aan bewegingsactiviteiten doe je ervaringen op die het psychisch functioneren bevorderen. Je kunt opgaan in en genieten van de activiteit doordat je lichamelijk actief bent. Op die manier is het bewegen meer dan het bewegen alleen.

Fahrenfort omschrijft het contact met anderen als het tweede ingrediënt. Door het deelnemen aan bewegingsactiviteiten ontstaat een speciale vorm van contact. Deze vorm is directer dan die in het dagelijks leven. Hierdoor ontstaat ruimte voor een leerproces in het contact met anderen.

Het derde werkzame ingrediënt is het verhogen van het zelfvertrouwen door geleverde prestaties. Door het deelnemen aan bewegingsactiviteiten is er een leerproces mogelijk op het lijfelijke vlak. Hierdoor kan het zelfvertrouwen en de mate van zelfwaardering bij de cliënt groeien.

De ingrediënten beschreven door Fahrenfort komen ook terug in de uitgangspunten van de NVPA. Beide zullen verderop in dit artikel gebruikt worden ter beantwoording van de vraag in hoeverre PMT waardevol is als behandelmethodiek voor mensen met een lichte verstandelijke handicap.

Omschrijving van de doelgroep.

Een verstandelijke handicap wordt bepaald door de volgende drie criteria (Došen, 2007):

- Beperkingen in het intellectuele functioneren (IQ lager dan 70).
- Beperkingen in het adaptieve gedrag (Beperkte conceptuele, sociale en praktische vaardigheden).
- Ontstaan voor het 18^e levensjaar.

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben een IQ tussen 50 en 70. Een belangrijke aantekening hierbij is dat het IQ bij deze doelgroep vaak onevenwichtig is opgebouwd. Vaak ligt het perfoormaal IQ (hoe praktisch ga je om met je kennis) hoger dan het verbale IQ (taal). Het is dus belangrijk om verder te kijken dan het gemiddelde IQ (Kraijer, 2006).

Een verstandelijke handicap is geen ziekte, maar een ontwikkelingsstoornis. Volgens de theorie van Piaget ontwikkelen kinderen zich volgens bepaalde ontwikkelingsfasen. Een kind met een verstandelijke handicap doorloopt dezelfde fasen, maar doet dit langzamer en / of stopt eerder in de ontwikkeling. Bij de indeling van verstandelijke handicaps gebruikt men naast het IQ tegenwoordig ook de ontwikkelingsleeftijd volgens Piaget. Voor mensen met een lichte verstandelijke handicap geldt dan dat zij functioneren op een ontwikkelingsleeftijd van 7 – 12 jaar.

Kritiek op het gebruiken van deze indeling is dat mensen met een verstandelijke handicap niet alleen cognitieve- en gedragsproblemen hebben, maar dat zij ook een achterstand in de ontwikkeling van andere psychosociale aspecten hebben. Te denken valt aan een achterstand op emotioneel, sociaal, seksueel, religieus en moreel vlak (Došen, 2007).

Welke problemen komen bij deze doelgroep voor?

Met welke stoornissen en problemen krijgen mensen met een verstandelijke handicap te maken? Is dit wezenlijk anders dan bij de normaal begaafde doelgroep?

Bij mensen met een verstandelijke handicap die lijden aan een psychische stoornis, worden dezelfde psychosociale aspecten aangetast als bij de normaal begaafde populatie. Aspecten die hier bedoeld worden zijn: gevoelsleven, gedachten, willen, handelen, besef van de eigen persoon, besef van de realiteit, etc.

Afhankelijk van het ontwikkelingsniveau, zijn de subjectieve beleving en de symptomen bij mensen met een verstandelijke handicap wel anders. Verstoringen in bovengenoemde aspecten kunnen pas zichtbaar worden, als ze ook daadwerkelijk aanwezig zijn of waren. Diagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking is dan ook lastig. De symptomen die voorkomen zijn soms anders vergeleken met die van de reguliere populatie. Ook kunnen ze een andere betekenis hebben. Agressief gedrag bij een depressie kan bijvoorbeeld een teken zijn van fundamenteel verdriet. Doordat de symptomen niet altijd duidelijk zijn, worden mensen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis vaak als gedragsproblematisch of gedragsgestoord omschreven. Het echte psychisch lijden komt op de achtergrond te staan door de duidelijk aanwezige problemen in de interactie (Došen, 2007).

Er zijn een aantal onderzoeken gedaan naar de mate waarin stoornissen en gedragsproblemen voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking (Didden 2006). De resultaten hiervan lopen uiteen, maar gemiddeld genomen krijgt 30% tot 50% van de mensen met een verstandelijke handicap te maken met een psychische stoornis. Vergeleken met de reguliere populatie (10%) is dat drie tot vijf keer zoveel (Došen 2007).

LVG & PMT: 1&1 = 3?

De waarde van PMT als behandelmethodiek bij mensen met een lichte verstandelijke handicap.

In een Nederlands onderzoek (Dekker, Douma, De Ruiten & Koot, 2006) wordt aan 39% van de kinderen die naar een MLK of ZMLK school gaat, één of meer DSM-IV diagnoses toegewezen. Onder hen waren 21,9% met de diagnose angststoornis, 4,4% met de diagnose stemmingsstoornis en 25,1% met een gedragsstoornis.

Over het algemeen zijn de psychische stoornissen die voorkomen bij mensen met een lichte verstandelijke handicap dus gelijk aan die van de normaal begaafde populatie. Het verschil ligt met name in de frequentie van voorkomen. Ook de uitingsvormen kunnen anders zijn, waardoor de diagnostiek bemoeilijkt wordt.

Algemene aandachtspunten bij de behandeling van mensen met een psychische stoornis en een lichte verstandelijke handicap.

In de behandeling van mensen met een lichte verstandelijke handicap moet rekening worden gehouden met een aantal factoren (Koning & Collin, 2007). In de onderstaande paragraaf worden de algemene aandachtspunten bij de behandeling van deze doelgroep besproken.

De ernst van de verstandelijke beperking.

Ten eerste is dat de ernst van de verstandelijke beperking. Niet alleen het IQ, maar ook sociale vaardigheden, communicatie en andere vaardigheden kunnen in meer of mindere mate beperkt zijn. Belangrijk is om de cliënt op zijn eigen niveau te behandelen.

Beperkingen in het sociaal functioneren.

Dan zijn er beperkingen in het sociaal functioneren. Deze factor is hierboven ook al benoemd, maar vaak wordt er te weinig rekening mee gehouden. Mensen met een lichte verstandelijke beperking lossen sociale problemen op een andere manier op dan normaal begaafden. Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben moeite met het waarnemen van informatie en het bedenken van adequate oplossingen. (Nieuwenhuijzen 2004). Daarnaast denken mensen met een lichte verstandelijke handicap vergeleken met normaal begaafde mensen positiever over passieve en agressieve oplossingen dan over assertieve. Mensen met een lichte verstandelijke handicap hebben met name problemen in het sociale aanpassingsvermogen. Vaak hebben zij hierdoor hulp nodig in sociale situaties.

Beperkingen in het werkgeheugen.

Van mensen met een lichte verstandelijke beperking is bekend dat zij beperkingen hebben in het werkgeheugen. Door deze beperkte mogelijkheid voor het verwerken en opslaan van met name verbale informatie, is de doelgroep gebaat bij een aangepaste vorm van communiceren. Hierbij valt te denken aan praten in korte duidelijke zinnen en veel herhaling. Belangrijk is het terug laten vertellen van wat je gezegd hebt door de cliënt. Een ander erg belangrijk aspect in de communicatie bij mensen met een lichte verstandelijke handicap is de visuele ondersteuning.

Beperkingen in het maken van de 'transfer'.

Dan zijn er de problemen met het generaliseren van datgene dat geleerd is. De zogenaamde 'transfer' is voor deze doelgroep lastig. Het is daarom belangrijk om het systeem bij de behandeling te betrekken.

Mogelijke somatische aandoeningen.

Vaak hebben mensen met een verstandelijke handicap ook een somatische aandoening. De aanwezigheid hiervan betekent een verhoogde kans op het ontwikkelen van een psychische stoornis. In de behandeling van deze cliënten is een goede afstemming tussen alle specialisten van belang.

Kennis van de culturele achtergrond.

LVG & PMT: 1&1 = 3?

De waarde van PMT als behandelmethodiek bij mensen met een lichte verstandelijke handicap.

Ook de kennis van de culturele achtergrond van het gezin is belangrijk. De visies van ouders op hun kind met een verstandelijke handicap kan per cultuur sterk verschillen. Belangrijk is dan ook het helder krijgen van deze visie, zodat een goede samenwerkingsrelatie kan ontstaan (Koning & Collin, 2007).

Ouders met een verstandelijke beperking.

Cliënten met een lichte verstandelijke beperking hebben soms ook ouders met een verstandelijke handicap. Dit kan leiden tot problemen in het gezin, wat vervolgens weer kan leiden tot problemen in de behandeling. In deze gevallen zal gezocht moeten worden naar de juiste ondersteuning van zowel de cliënt als zijn of haar ouders (Kazdin, 2003).

Sterke en positieve kanten.

Ook sterke kanten van een cliënt en zijn of haar ouders zijn belangrijk. Vaak zijn ouders en cliënten al vaak geconfronteerd met datgene dat niet goed gaat. Door ook duidelijk aandacht te besteden aan wat wél goed gaat, kan dit een belangrijke stimulans zijn in de behandeling van de cliënt (Huijnen, Koopmans, & Collin, (2005).

Welke eisen stelt de PMT aan de doelgroep?

Voor de beantwoording van deze deelvraag is gekeken naar de contra-indicaties die gesteld worden ten aanzien van psychomotorische therapie. De NVPA (2007, p. 52) noemt als contra-indicatie “*Zeer negatieve ervaringen op het gebied van sportief bewegen, met als gevolg forse weerstand tegen alles wat met bewegingsspel of sportief duel te maken heeft*”. Om gebaat te kunnen zijn bij psychomotorische therapie is het dus van belang geen zeer negatieve ervaringen op het gebied van sportief bewegen te hebben. Over het ontwikkelingsniveau of het IQ van een cliënt wordt in de contra-indicaties niet gesproken.

Een wat lager verbaal ontwikkelingsniveau is volgens de NVPA juist een indicatie om in een psychomotorische setting behandeld te worden: “De behandeling wordt voor zeer uiteenlopende problematiek ingezet. Verder bereikt de methode mensen die verbaal zwak zijn erg goed, omdat er frequent gebruik gemaakt wordt van non-verbale werk- en oefenvormen”.

Een antwoord op de vraag: Wat maakt PMT waardevol als behandelmethodiek binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg?

Kijkend naar de uitgangspunten van de PMT (Hopman & Schellekens, 2007) blijkt dat bewegen een belangrijke manier van contact maken is. Door bewegen kan een leerproces ontstaan in het contact met anderen (Fahrenfort, 1987). Ook zegt het iets over hoe de persoon zich op dat moment voelt en gedraagt. Door middel van ervaringen die opgedaan worden in activiteiten, kan men in gesprek gaan. Zo ontstaat een therapeutisch proces. Ook kan het zelfvertrouwen en de mate van zelfwaardering bij de cliënt groeien, door de nadruk op het gezonde deel van de mens.

De kwaliteiten van de PMT blijken goed aan te sluiten bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Vaak ligt bij deze doelgroep het performale IQ hoger dan het verbale IQ. Ook in het werkgeheugen zijn er problemen met het verwerken en opslaan van met name verbale informatie. Doordat de PMT tot een therapeutisch proces komt door een combinatie van het opdoen van ervaringen én het voeren van gesprekken, is de doelgroep hier sterk bij gebaat.

Een ander kenmerk van de doelgroep is de beperking in het sociaal functioneren. Zowel de NVPA (2007) als Fahrenfort (1987) beschrijven de bijzondere manier van contact maken tijdens en door middel van bewegen. PMT maakt gebruik van bewegingssituaties en

LVG & PMT: 1&1 = 3?

De waarde van PMT als behandelmethodiek bij mensen met een lichte verstandelijke handicap.

ervaringen, waardoor het contact maken met de cliënt makkelijker zal gaan. Ook zal er door het bewegen ruimte ontstaan voor een leerproces in het sociaal functioneren.

Tot slot is het belangrijk bij mensen met een lichte verstandelijke beperking om ook eens de sterke en positieve kanten te benadrukken (Koning & Collin, 2007). Een van de werkzame ingrediënten van PMT blijkt het verhogen van het zelfvertrouwen door bewegingsactiviteiten en lichamelijke prestaties te zijn (Fahrenfort, 1987). Ook in dit ingrediënt komt de goede combinatie van PMT en cliënten met een lichte verstandelijke beperking naar voren.

Bovenstaande drie belangrijke voordelen van PMT bij mensen met een lichte verstandelijke beperking lijken ook voor 'Dennis' te gelden. Hij had met name moeite om uit te spreken wat hij bedoelde en wat hij vond. Tijdens bewegingssituaties waarin er over zijn grens gegaan werd, leerde hij bij de PMT aangeven wat hij wilde en bedoelde.

Een voorbeeld hiervan is een simpel potje basketbal. Hierbij hing zijn basket veel lager, was de ruimte die hij kreeg veel kleiner of werden andere regels ingevoerd in het voordeel van de therapeut. De ervaringen die Dennis hierbij opdeed werden besproken. Als hij zijn grens niet aangaf, maar wel gefrustreerd raakte, werd dit gevoel en mogelijke oplossingen besproken. Als hij zijn grens wel aangaf, zag hij gelijk de positieve verandering in het spel. De basket ging omhoog, de ruimtes werden even groot en de regels gelijk. Dennis leerde gedurende de therapie voor zichzelf opkomen, door te ervaren dat het hem iets opleverde.

Naast de verandering in het aangeven van zijn grenzen, veranderde er iets in zijn manier van contact maken. In het begin was hij vlak in het contact, maar gedurende de therapie liet hij steeds meer van zich horen. Hij begon grapjes te maken en de therapeut een beetje uit te dagen in het spel.

Ook het benadrukken van de positieve kanten en het groeien van het zelfvertrouwen door bewegen kwamen duidelijk naar voren in de behandeling. Dennis leek te 'groeien' van elk partijtje basketbal, badminton of stoeien dat hij won.

Deze positieve veranderingen in de zaal waren ook elders te zien. Op de groep liet Dennis meer van zich horen en ook in andere situaties was te merken dat hij makkelijker werd in sociaal contact en het aangeven van zijn grenzen. Door de combinatie van activiteiten en de gesprekken die daaruit voortkwamen, kon Dennis de transfer maken.

PMT blijkt als behandelmethodiek voor mensen met een lichte verstandelijke beperking erg waardevol te zijn. De kenmerken van de doelgroep enerzijds en de werkzame factoren van de PMT anderzijds, lijken perfect op elkaar aan te sluiten.

In meerdere artikelen wordt de behoefte aan onderzoek naar de werking van PMT benadrukt. Ook binnen de zorg voor mensen met een lichte verstandelijk handicap zou nog veel meer onderzoek gedaan kunnen en moeten worden. In de toekomst zal door onderzoek geen twijfel meer moeten zijn over de meerwaarde van PMT voor mensen met een lichte verstandelijke handicap. Het vraagteken in de titel kan dan vervangen worden: 1&1 = 3!

LVG & PMT: 1&1 = 3?

De waarde van PMT als behandelmethodiek bij mensen met een lichte verstandelijke handicap.

Literatuur.

Bosscher, R. (2005). Kennisontwikkeling in de PMT. De psychomotorisch therapeut als scientïst practitioner. *Tijdschrift voor psychomotorische therapie*, 1, 5-10.

Dekker, M., Douma, J., Ruiten, de K., Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking.

In

Didden, R., *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 21-40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Didden, R. (2006). Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking: een inleiding.

In

Didden, R., *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 3-20). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Došen, A. (2007). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Emck, C. (2002). Psychomotorische therapie: Weer(ga)loos, wonderbaarlijk of werkzaam?. *Tijdschrift voor psychomotorische therapie*, 4.

Fahrenfort J. (1987). *Psychomotorisch therapie: Een onderzoek naar het gebruik van beweging- en lichaamsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie*. Amsterdam: Vu Uitgeverij.

Hopman, R., Schellekens, W. (2007). *Profielen van de beroepsdisciplines van het NVPA*. Uden: NVPA.

Huijnen, M., Koopmans, I., & Collin, P. J. L. (2005). De praktijk van het oplossingsgericht therapeutisch werken: toepassing bij licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen in kopp gezinnen. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 30, 199-209

Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.

Koning, N.D., en Collin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke handicap. *Kind en Adolescent*, 28 (3), 215-229.

Kraijer, D. (2006). Mensen met een lichte verstandelijke beperking: psychodiagnostisch een tussencategorie.

In

Didden, R., *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 53-66). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Molen, M.J. van der, Luit, H.E.H. van, Jongmans, M.J., Molen, M.W. van der (2007). Het werkgeheugen van jongeren met een lichte verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent*, 28 (3), 135-148.

Probst M., Bosscher R.J. (2001). *Ontwikkelingen in de Psychomotorische Therapie*. Zeist: Cure & Care publishers.

LVG & PMT: 1&1 = 3?

De waarde van PMT als behandelmethodiek bij mensen met een lichte verstandelijke handicap.

Van Nieuwenhuijzen, M. (2004). *Social information processing in children with mild intellectual disabilities*. Academisch proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Werkgroep VGZ (datum onbekend) <http://nvpmt.nl/werkveldgroep.htm#vgz>.

Nynke van der Meer rond in juni de opleiding tot psychomotorisch therapeut aan de Calo te Zwolle af. Zij heeft haar eindstage bij Van Boeijen te Assen gelopen, een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking.