

Agressie te Lijf+: Ontwikkeling van een psychomotorische interventie ter vermindering van agressief gedrag voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking

Mieke Burger¹
Tina Bellemans²

¹ Docent psychomotorische therapie, Hogeschool Windesheim – m.burger@windesheim.nl

² Associate lector Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Hogeschool Windesheim

SAMENVATTING

Agressief gedrag bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) vormt een hardnekkig en belastend probleem binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Beperkingen in spanningsregulatie en executieve functies vergroten de kans dat oplopende arousal leidt tot escalatie. Tegelijkertijd blijkt behandeling bij deze doelgroep effectiever wanneer zij minder talig, meer ervaringsgericht en systemisch wordt vormgegeven.

Agressie te lijf+ (ATL+) is ontwikkeld als een systematisch uitgewerkte psychomotorische interventie die deze inzichten operationaliseert. De interventie combineert drie kernvaardigheden – voelen, interpreteren en handelen – met een gefaseerde opbouw waarin regulatievaardigheden stapsgewijs worden geoefend onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit. Centrale steunfiguren worden structureel betrokken in het proces van gezamenlijke regulatie, zodat vaardigheden beter worden toegepast in dagelijkse situaties. De interventie is door Vilans erkend als goed onderbouwd.

Binnen het behandeltraject worden lichaamsbewustzijn bij boosheid, copingvaardigheden en agressief gedrag systematisch gemonitord. Individuele verandering wordt geëvalueerd met behulp van de Reliable Change Index (RCI), waardoor klinisch relevante verandering onderscheidbaar wordt van toevallige fluctuatie.

ATL+ positioneert zich daarmee als een praktisch toepasbare én toetsbare interventie, die bijdraagt aan transparantie, professionalisering en verdere empirische onderbouwing van spanningsregulatie-interventies binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg.

INLEIDING

Agressief gedrag komt relatief vaak voor bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Onder agressief gedrag wordt doorgaans verstaan: gedrag dat (potentieel) fysieke, materiële of psychische schade veroorzaakt bij zichzelf, anderen of de omgeving (Didden, 2016). Agressief gedrag kan niet gezien worden als een eenduidig fenomeen, maar is een gedragsmatige uitingsvorm van verschillende onderliggende persoonsgebonden (zoals regulatieproblemen door cognitieve en executieve beperkingen) en contextuele processen (zoals het geval is bij trauma of gezinsproblematiek). De gevolgen van het agressieve gedrag zijn ingrijpend, voor cliënten én het (professionele) netwerk (CBS, 2026). Voor cliënten kan agressief gedrag leiden tot sociaal isolement, stig-

mativering en intensivering van begeleidingsmaatregelen. Voor steunfiguren en professionals gaat het gepaard met gevoelens van onveiligheid, verhoogde werkdruk en een verhoogd risico op stress- en burn-outklachten (CBS, 2026). Agressieproblematiek vormt daarmee niet alleen een individueel behandelvraagstuk, maar ook een organisatie- en systeemvraagstuk binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Er worden verschillende behandelvormen ingezet bij agressieproblematiek, waaronder medicamenteuze behandeling en cognitief-gedragstherapeutische interventies. Wetenschappelijk bewijs blijft echter beperkt en heterogeen (Prior et al., 2023). In een recente review wordt geadviseerd om behandeling meer ervaringsge-

richt, gepersonaliseerd en systemisch in te steken, zodat mensen met een (L)VB optimaal kunnen profiteren van de behandeling (Royston et al., 2023). Daarnaast komt in de reguliere GGZ in Nederland agressief gedrag relatief vaak voor bij mensen met een (vermoeden van een) LVB, wat vraagt om een passende de behandeling voor deze doelgroep (Nieuwenhuis et al., 2022). Verder signaleren professionals dat problemen in het herkennen en reguleren van oplopende spanning een centrale rol spelen in het ontstaan van agressief gedrag bij volwassenen met een LVB (Bellemans et al., 2018).

Psychomotorische therapie (PMT) biedt vanuit haar ervaringsgerichte karakter een behandelcontext waarin juist het herkennen en reguleren van oplopende spanning centraal staat. Tot voor kort ontbrak echter een systematisch beschreven, theoretisch onderbouwde en uniform uitgewerkte interventie die specifiek gericht is op het verminderen van agressief gedrag bij volwassenen met een LVB.

Agressie te lijf+ (ATL+) is ontwikkeld om in deze lacune te voorzien. De interventie kenmerkt zich door een systematische, ervaringsgerichte werkwijze waarin het lichaam centraal staat bij het herkennen en reguleren van oplopende spanning, en waarin centrale steunfiguren structureel worden betrokken om transfer en borging in het dagelijks leven te versterken. In dit artikel beschrijven wij de theoretische onderbouwing en ontwikkeling van ATL+ en positioneren wij de interventie binnen de multidisciplinaire behandeling van agressieproblematiek in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

THEORETISCHE ONDERBOUWING

Agressie als spanningsregulatieprobleem

Agressief gedrag kan worden begrepen als een gedragsmatige uitingsvorm die ontstaat wanneer oplopende emotionele spanning, in het bijzonder boosheid, in een sociale context onvoldoende wordt gereguleerd. Het General Aggression Model (GAM) beschrijft hoe persoonsgebonden factoren en situationele invloeden via affectieve, cognitieve en fysiologische processen leiden tot gedragsreacties (DeWall et al., 2011). Binnen dit model speelt fysiologische arousal een centrale rol: naarmate spanning toeneemt, vinden er fysiologische veranderingen plaats zoals verhoogde hartslag, en neemt de kans toe dat automatische, minder doordachte reacties domineren.

Dit sluit aan bij het concept van de Window of Tolerance (Siegel, 1999), waarin wordt beschreven dat mensen

binnen een optimale arousalzone adequaat kunnen reflecteren en reguleren, maar daarbuiten sneller vervallen in vecht-, vlucht- of bevriesreacties. Agressief gedrag kan in dit perspectief worden begrepen als een escalatie die optreedt wanneer oplopende spanning het vermogen tot reflectie en gedragsinhibitie overschrijdt.

Voor volwassenen met een LVB is deze kwetsbaarheid vergroot. Beperkingen in executieve functies en cognitieve flexibiliteit bemoeilijken het tijdig herkennen, interpreteren en bijsturen van oplopende spanning. Daarnaast spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol in het ontstaan en escaleren van spanning bij volwassenen met een LVB. Zo kunnen onvoorspelbare situaties, een gebrek aan structuur en communicatie die onvoldoende aansluit bij het cognitieve niveau leiden tot verhoogde stress. Onder deze toenemende arousal en frustratie neemt de beschikbaarheid van regulatiestrategieën verder af, waardoor terugvallen op eerder bekrachtigde, soms agressieve reacties waarschijnlijker wordt.

Vanuit dit perspectief is tijdige signalering van oplopende spanning cruciaal. Wanneer spanningsignalen eerder worden herkend, ontstaat een venster waarin regulatie nog mogelijk is en escalatie kan worden voorkomen.

Lichaamsbewustzijn en emotieregulatie

Emoties gaan gepaard met waarneembare veranderingen in fysiologische arousal, zoals een versnelde hartslag, verhoogde spierspanning of veranderingen in ademhaling. Het vermogen om deze interne lichaamssignalen waar te nemen en te interpreteren wordt aangeduid als lichaamsbewustzijn (Craig, 2002). Dit bewustzijn vormt een belangrijke voorwaarde voor emotieregulatie (Mehling et al., 2012; Price & Hooven, 2018): wie lichamelijke signalen van oplopende spanning tijdig herkent, vergroot de kans op adequaat regulerend handelen en blijft eerder binnen de Window of Tolerance (Siegel, 1999).

Voor volwassenen met een LVB is dit proces niet vanzelfsprekend. Moeite met het herkennen en differentiëren van interne toestanden (Emck et al., 2012), in combinatie met beperkingen in abstractievermogen en taalvaardigheid, kan expliciete reflectie bemoeilijken. Onder verhoogde arousal neemt de toegang tot talige en cognitieve strategieën bovendien verder af. Hierdoor kan spanning zich opstapelen zonder dat regulatievaardigheden tijdig worden ingezet.

Een lichaamsgerichte benadering, waarbij ervaringsgericht gewerkt wordt aan het herkennen en reguleren

van arousal die zich uit in het lichaam, biedt daarom een logisch aangrijpingspunt. Deze benadering is minder afhankelijk van verbale reflectie en abstract redeneren en maakt meer gebruik van concrete, ervaringsgerichte leerprocessen (De Witte et al., 2016). Door individuele spanningssignalen systematisch te herkennen en te structureren, wordt tijdige signalering versterkt en ontstaat een venster waarin regulatie mogelijk wordt. Welke regulatiestrategieën vervolgens beschikbaar zijn, is afhankelijk van het aangeleerde copingrepertoire.

Copingvaardigheden onder toenemende spanning

Tijdige signalering alleen is onvoldoende; ook het beschikken over adequate copingvaardigheden is essentieel. Coping verwijst naar cognitieve en gedragsmatige strategieën die worden ingezet om met stressvolle situaties om te gaan (Lazarus & Folkman, 1984). Wanneer het beschikbare repertoire beperkt is, neemt de kans toe dat spanning escaleert in disfunctioneel en agressief gedrag.

Bij volwassenen met een LVB is het copingrepertoire vaak minder uitgebreid en minder flexibel, met name onder verhoogde arousal (Hartley & MacLean, 2009). Vaardigheden die in rustige omstandigheden beschikbaar zijn, blijken onder situationele, emotionele en cognitieve druk niet altijd toegankelijk.

Vanuit leertheoretisch perspectief wordt gedragsverandering versterkt wanneer nieuw gedrag actief wordt geoefend in situaties die aansluiten bij het dagelijks functioneren; voor regulatievaardigheden betekent dit dat zij niet alleen in stabiele omstandigheden worden aangeleerd, maar stapsgewijs worden geoefend onder toenemende arousal en belasting. Dit vraagt om een concrete, herhaalde en ervaringsgerichte leerbenadering in directe ervaring (De Wit et al., 2023), waarbij een gefaseerde opbouw aansluit bij zowel de aard van regulatieproblematiek als de leerkenmerken van volwassenen met een LVB (De Witte et al., 2016) en daarmee een logisch fundament vormt voor interventieontwikkeling.

De rol van centrale steunfiguren

Emotieregulatie bij volwassenen met een LVB voltrekt zich zelden uitsluitend op individueel niveau. Veel cliënten functioneren in duurzame afhankelijkheidsrelaties met begeleiders of familieleden, waardoor regulatie onlosmakelijk verbonden is met de sociale context (Embregts et al., 2023). Deze afhankelijkheid werkt ook omgekeerd. Een gebrek aan afstemming of inconsistentie in de begelei-

ding kan spanningsopbouw versterken en leiden tot escalatie. Emotieregulatie kan daarom niet uitsluitend worden opgevat als intrapersoonlijke vaardigheid, maar als een proces dat mede vorm krijgt binnen interacties met responsieve anderen (Royston et al., 2023).

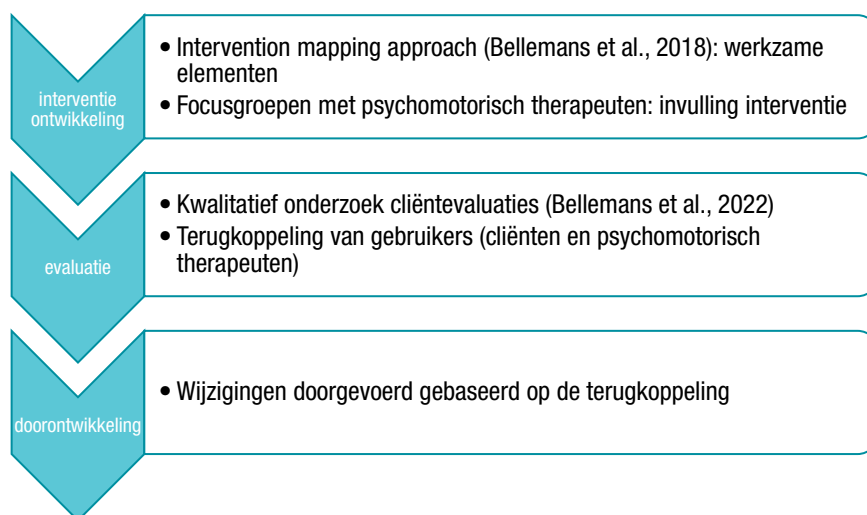
Beperkingen in cognitieve flexibiliteit maken dat generalisatie van nieuw (in therapie) geleerd gedrag naar andere, minder gestructureerde, situaties en contexten niet vanzelfsprekend is. Zonder actieve betrokkenheid van de omgeving bestaat het risico dat in therapie geoefende vaardigheden onvoldoende worden geïntegreerd in het dagelijks functioneren.

Het structureel betrekken van centrale steunfiguren vergroot de kans op tijdige spanningssignalering, co-regulatie bij oplopende spanning en het gezamenlijk oefenen van gedragsalternatieven in natuurlijke situaties (Andrikos et al., 2024). Regulatie wordt daarmee benaderd als een gezamenlijk proces, waarin ondersteuning aanvult wat de cliënt (nog) niet zelfstandig kan reguleren.

ONTWIKKELING VAN AGRESSIE TE LIJF+

Agressie te lijf+ is ontwikkeld om te voorzien in de behoefte aan een systematisch beschreven en theoretisch onderbouwde psychomotorische interventie gericht op het verminderen van agressief gedrag bij volwassenen met een LVB binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. De interventie bouwt voort op het promotieonderzoek van Bellemans (2021), waarin werkzame factoren binnen de psychomotorische behandeling van agressieproblematiek bij mensen met een LVB in kaart zijn gebracht. De daarin geïdentificeerde kerncomponenten – lichaamsbewustzijn bij oplopende spanning, het systematisch aanleren van adequate copingvaardigheden en de rol van centrale steunfiguren – vormden het inhoudelijke fundament voor de verdere ontwikkeling van de interventie.

Agressie te lijf+ is door Vilans erkend als goed onderbouwde interventie (<https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-agressie-te-lijf-plus>). Deze erkenning bevestigt niet alleen de theoretische verankering en interne consistentie van de interventie, maar ook de transparantie van het ontwikkelproces en de systematische uitwerking van doelen, doelgroep en werkwijze. In deze beoordeling werd het betrekken van centrale steunfiguren, evenals het door de cliënt zelf kiezen van deze steunfiguren, als een sterk punt benoemd.



Figuur 1: schematische weergave ontwikkeling ATL+.

Interventieontwikkeling

De ontwikkeling vond gefaseerd plaats en combineerde praktijkervaring, literatuurstudie en consensusvorming binnen het werkveld. De verschillende fases zijn schematisch weergegeven in [Figuur 1](#).

In de eerste fase werden via intervention mapping interviews afgenomen met 17 PMT'ers werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg (Bellemans et al., 2018), om de doelen en veronderstelde werkende mechanismes inzichtelijk te krijgen. Hieruit kwamen twee centrale aangrijpingspunten naar voren: het vergroten van lichaamsbewustzijn bij oplopende spanning en het uitbreiden en automatiseren van copingvaardigheden. Deze bevindingen werden verbonden met bestaande theoretische modellen, waaronder het General Aggression Model en de Window of Tolerance, zoals in het voorgaande theoretisch kader beschreven.

De centrale werkhypothese die hieruit voortkwam, is dat agressief gedrag kan worden verminderd wanneer cliënten leren hun spanningssignalen eerder te herkennen, copingvaardigheden systematisch oefenen onder toenemende arousal en daarbij ondersteund worden door structurele co-regulatie vanuit centrale steunfiguren. Op basis van deze inzichten en aangevuld met informatie uit focusgroepen met psychomotorisch therapeuten is een eerste opzet van de interventie tot stand gekomen.

Consensus en verfijning

In een tweede fase werd de voorlopige interventiestructuur getoetst en aangescherpt binnen de beroepsgroep. Tijdens een landelijke studiedag van de NVPMPT werd feedback verzameld op terminologie, fasering en uitvoer-

baarheid (bij $n = 50$). Dit leidde tot de formulering van drie kernvaardigheden – *voelen*, *interpreteren* en *handelen* – en tot een gefaseerde opbouw van fysieke inspanning naar spanning en sociale spanning.

In aansluitende focusgroepen met 22 PMT'ers werd consensus bereikt over werkvormen, observatiecriteria en visuele ondersteuning. Hiermee werd een belangrijke stap gezet richting uniformering van werkwijze en terminologie binnen de psychomotorische behandeling van agressieproblematiek in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

PRAKTIJKTOETSING EN PROFESSIONALISERING

De psychomotorische interventie, waarbij de focus op lichaamsbewustzijn en copingvaardigheden lag en het aantal behandelingen niet vastgelegd was, werd positief geëvalueerd onder cliënten en hun centrale steunfiguren (Bellemans et al., 2022). Zo werd benadrukt dat niet alleen de oefeningen – die zowel plezierig waren als direct bruikbare handvatten boden – van waarde waren, maar ook de gelijkwaardige therapeutische relatie een belangrijke rol speelde. Een cliënt gaf bijvoorbeeld aan dat het haar veel hielp om opnieuw grip te krijgen op haar lichaam en daarmee ook op haar emoties. Door wat zij binnen de PMT had geleerd, ervoer zij dat situaties en gevoelens haar niet langer overkwamen of overspoelden. Daarnaast leverde de terugkoppeling van uitvoerende PMT'ers waardevolle informatie op over de uitvoerbaarheid binnen verschillende zorgcontexten. Op basis van deze bevindingen werd de handleiding aangescherpt en uitgebreid met ondersteunende materialen voor behandeling en implementatie. Zo zijn er op verzoek van de PMT'ers formats voor behandelplannen ontwikkeld, waarin gestructureerde observa-

ties en evaluaties (zoals vragenlijsten) zijn opgenomen en direct gekoppeld aan de behandeldoelen. Daarnaast zijn richtlijnen voor structurele betrokkenheid van centrale steunfiguren opgesteld.

De ontwikkeling van Agressie te Lijf+ heeft daarmee niet alleen geleid tot een concrete interventie, maar ook tot een professionaliseringslag binnen de psychomotorische therapie. Waar behandeling voorheen sterk varieerde tussen professionals en instellingen, biedt Agressie te Lijf+ een uniform en theoretisch onderbouwd kader. Daarnaast creëert de systematische structuur van de interventie ruimte voor het structureel monitoren van behandeluitkomsten. Daarmee draagt de interventie bij aan transparantie, overdraagbaarheid en verdere ontwikkeling van evidence-informed werken binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg.

INTERVENTIEMODEL VAN AGRESSIE TE LIJF+

Agressie te Lijf+ is een individueel uitgevoerde psychomotorische interventie voor volwassenen met een LVB die frequent of onregelend agressief gedrag vertonen. De interventie is opgebouwd vanuit de centrale werkhypothese dat vermindering van agressie mogelijk is wanneer cliënten leren hun spanningssignalen tijdig te herkennen, passende copingvaardigheden aanleren en automatiseren en daarbij ondersteund worden door structurele co-regulatie vanuit centrale steunfiguren.

Het interventiemodel bestaat uit drie samenhangende pijlers:

1. Lichaamsgericht werken aan spanningsherkenning
2. Systematisch aanleren en automatiseren van copingvaardigheden
3. Structurele betrokkenheid van centrale steunfiguren

Deze pijlers worden geïntegreerd aangeboden binnen een gefaseerde opbouw waarin fysieke en sociale complexiteit geleidelijk toenemen.

Gefaseerde opbouw: regulatie onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit

Agressie te Lijf+ kent een gefaseerde opbouw waarin regulatievaardigheden systematisch worden geoefend onder geleidelijk toenemende belasting. Deze belasting wordt niet uitsluitend opgevat als fysieke of emotionele

spanning, maar omvat drie samenhangende dimensies: fysiologische arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit. De opbouw is erop gericht dat regulatievaardigheden beschikbaar blijven wanneer zowel emotionele als cognitieve druk toeneemt.

Fase 1: Fysieke inspanning en spanningsherkenning

In de eerste fase ligt de nadruk op het vergroten van lichaamsbewustzijn bij fysieke inspanning. Door middel van sport- en bewegingsgerichte werkvormen wordt fysiologische arousal doelgericht opgewekt. De cliënt leert individuele spanningssignalen herkennen, deze te koppelen aan gradaties van spanning en beginnende spanning actief te reguleren.

De in deze fase geïdentificeerde signalen worden systematisch vastgelegd in een persoonlijk signaleringsplan. Dit plan maakt de individuele spanningsopbouw inzichtelijk voor zowel cliënt als centrale steunfiguren en vormt het uitgangspunt voor verdere regulatie en co-regulatie in de latere fasen van de interventie.

De cognitieve belasting is in deze fase beperkt en de sociale context overzichtelijk. Hierdoor kan de cliënt zich primair richten op het waarnemen, benoemen en beïnvloeden van lichamelijke signalen. In deze fase staat dus het (onder begeleiding) kunnen uitvoeren van ontspanningsoefeningen centraal. Na het ervaren van de eigen invloed op arousal wordt doorgedaan naar de volgende fase. Deze eerste fase vormt daarmee het fundament waarop in latere fasen onder toenemende cognitieve en sociale belasting kan worden voortgebouwd.

Fase 2: Regulatie bij toenemende spanning en cognitieve belasting

In de tweede fase wordt de belasting uitgebreid. Naast fysieke arousal wordt de cognitieve belasting verhoogd, bijvoorbeeld door het combineren van bewegingsopdrachten met regels, tijdsdruk of dubbele taken. De cliënt oefent met het vasthouden van instructies en het nemen van beslissingen terwijl spanning oploopt.

Hiermee wordt geoefend in het beschikbaar houden van regulatievaardigheden wanneer zowel emotionele als cognitieve druk toeneemt. De nadruk ligt op het tijdig signaleren van oplopende spanning, het bewust kiezen van gedragsalternatieven en het inzetten van aangeleerde copingvaardigheden. De geleerde vaardigheden uit fase 1 komen hier dus weer aan bod, zij het in een iets spannendere/complexere situatie.

Fase 3: Regulatie in sociale interactie

In de derde fase neemt de sociale complexiteit toe. Oefeningen worden in een sociale context neergezet en meer vergelijkbaar met situaties uit het dagelijks leven. De cliënt oefent regulatie in interactie met de PMT'er en, waar passend, met een centrale steunfiguur.

Naast arousal en cognitieve belasting wordt nu ook sociale interpretatie expliciet aangesproken: het lezen van intenties, omgaan met misverstanden of ervaren van sociale druk. Herkennen en reguleren wordt geoefend binnen interactie wanneer spanning oploopt. In deze fase wordt het gepersonaliseerde behandelplan richtinggevend, waarbij expliciet wordt afgestemd hoe en wanneer steunfiguren co-regulatie bieden, zodat overvraging wordt voorkomen.

Integratieve doelstelling van de fasering

Door regulatievaardigheden systematisch te oefenen onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit, wordt beoogd het gedragsrepertoire niet alleen uit te breiden, maar ook robuuster te maken onder druk. De gefaseerde opbouw maakt het mogelijk om vaardigheden eerst geïsoleerd te ontwikkelen en deze vervolgens toe te passen in situaties die steeds dichter aansluiten bij de dagelijkse realiteit van de cliënt.

Drie kernvaardigheden: voelen – interpreteren – handelen

Binnen alle fasen van Agressie te lijf+ staat het ontwikkelen van drie opeenvolgende vaardigheden centraal: *voelen*, *interpreteren* en *handelen*. Deze driedeling operationaliseert het proces van spanningsregulatie en maakt het voor cliënten en centrale steunfiguren inzichtelijk en hanteerbaar.

Voelen

De eerste stap betreft het herkennen van lichamelijke signalen die samenhangen met oplopende spanning. De cliënt leert verschillen in intensiteit onderscheiden en deze signalen te koppelen aan gradaties van arousal. De geïdentificeerde signalen worden vastgelegd in een persoonlijk signaleringsplan, waarin de individuele spanningsopbouw systematisch wordt beschreven.

Het signaleringsplan fungeert als gedeeld referentiekader voor de cliënt en de steunfiguren. Het ondersteunt vroege signalering en vormt de basis voor verdere interpretatie en regulatie.

Interpreteren

In de tweede stap leert de cliënt betekenis geven aan de waargenomen signalen. Het gaat hierbij om het inschatten van de gradatie binnen de spanningsopbouw en het herkennen van risicomomenten voor escalatie. Het persoonlijk signaleringsplan biedt hierbij houvast: waar bevind ik mij op mijn spanningschaal en wat vraagt dit van mij of mijn omgeving?

Door spanning te leren duiden in plaats van uitsluitend te ondergaan, ontstaat ruimte voor keuzevrijheid in gedrag. Gepersonaliseerde visualisaties en concrete schaalmodellen kunnen hierbij ondersteunend worden ingezet, passend bij het niveau en de belevingswereld van de cliënt.

Handelen

De derde stap betreft het inzetten van concrete regulatie- en copingvaardigheden die aansluiten bij het persoonlijk signaleringsplan. Afhankelijk van het spanningsniveau kan dit bestaan uit fysieke regulatiestrategieën, het kiezen van gedragsalternatieven of het inschakelen van ondersteuning vanuit centrale steunfiguren.

Handelen impliceert daarmee niet alleen het toepassen van individuele vaardigheden, maar ook het tijdig benutten van beschikbare co-regulatie, afgestemd op de fase binnen de spanningsopbouw.

Samenhang en gedeelde verantwoordelijkheid

De drie vaardigheden vormen een samenhangend proces: zonder tijdige herkenning (voelen) ontbreekt de basis voor adequate interpretatie, en zonder interpretatie blijft doelgericht handelen moeilijk toegankelijk. Het persoonlijk signaleringsplan verbindt deze stappen en fungeert als gedeeld referentiekader voor de cliënt en de centrale steunfiguren.

Door regulatie- en copingvaardigheden herhaald te oefenen onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit, wordt beoogd dat zij ook onder druk beschikbaar blijven. De fasering ondersteunt daarmee niet alleen vaardigheidsontwikkeling, maar ook de robuustheid van het totale regulatieproces.

Regulatie wordt daarbij niet uitsluitend opgevat als een individuele opdracht, maar als een gezamenlijk proces waarin wordt afgestemd welke ondersteuning op welk moment passend is. Deze afstemming vraagt om actieve betrokkenheid van de cliënt en de steunfiguren bij het formuleren van doelen en afspraken, in lijn met de princi-

pes van gezamenlijke besluitvorming. Wanneer steun en verwachtingen expliciet worden besproken en gedragen, vergroot dit de motivatie om regulatiestrategieën daadwerkelijk in te zetten.

Hiermee vormt de samenhang tussen voelen, interpreteren en handelen de basis voor structurele co-regulatie binnen het behandeltraject. De structurele betrokkenheid van centrale steunfiguren heeft een cruciaal aandeel in deze interventie. Centrale steunfiguren worden niet alleen geïnformeerd, maar actief betrokken bij het tot stand komen en toepassen van het persoonlijk signaleringsplan in dagelijkse situaties. Daarmee wordt co-regulatie niet incidenteel, maar systematisch ingebed in het behandeltraject. Naast co-regulatie vervullen de steunfiguren nog twee functies: tijdige signalering en bevorderen van de transfer door gezamenlijk oefenen en het terugkoppelen van ervaringen in dagelijkse situaties. Uitgangspunt is dat wat de cliënt op een bepaald moment niet zelfstandig kan reguleren, wordt aangevuld door de omgeving. Hiermee wordt overvraging voorkomen en ontstaat ruimte voor ontwikkeling binnen de draagkracht van de cliënt.

Personalisering binnen een vaste structuur

Hoewel Agressie te lijf+ een vaste methodische opbouw kent, wordt de interventie gepersonaliseerd op basis van het individuele spanningsverloop en de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Het persoonlijk behandelplan vormt hierbij het uitgangspunt. In de observatie- en intakefase worden samen met de cliënt en de centrale steunfiguren concrete doelen en afspraken geformuleerd, inclusief de wijze waarop co-regulatie wordt vormgegeven.

Personalisering wordt gedurende het traject ondersteund door systematische monitoring van veranderingen in lichaamsbewustzijn bij boosheid (gemeten door het Boosheid Lichamelijke Signalen Interview, BLSI-vb), copingvaardigheden bij boosheid (gemeten door de Profile of Anger Coping Skills, PACS-NI) en agressief gedrag (gemeten door de Social Dysfunction and Aggression Scale, SDAS). Individuele verandering wordt geëvalueerd met behulp van de Reliable Change Index (RCI), waardoor betrouwbare vooruitgang kan worden onderscheiden van toevallige fluctuatie. Deze gegevens vormen de basis voor gezamenlijke beeld- en besluitvorming over het vervolg van het behandeltraject en sturen deels de invulling van de interventie.

Door doelen, monitoring en bijstelling met elkaar te verbinden, sluit het behandeltraject aan bij de actuele

draagkracht en ontwikkeling van de cliënt. Zo blijft de interventie enerzijds overdraagbaar en uniform in opzet, en anderzijds kan er afgestemd worden op individuele mogelijkheden en grenzen.

Transfer en generalisatie

Transfer en generalisatie vormen expliciete aandachtspunten binnen de interventie, omdat regulatievaardigheden bij volwassenen met een LVB niet vanzelfsprekend buiten de therapiecontext worden toegepast. Beperkingen in cognitieve flexibiliteit en executieve functies maken dat nieuw gedrag sterk situatiegebonden kan blijven. Zonder gerichte aandacht voor de transfer bestaat het risico dat vaardigheden beschikbaar zijn binnen de PMT-setting, maar onvoldoende worden ingezet in het dagelijks functioneren.

Daarom worden regulatievaardigheden vanaf de beginfase systematisch gekoppeld aan concrete situaties uit het dagelijks leven. Thuisopdrachten, gezamenlijke reflectie met centrale steunfiguren en het bespreken van succeservaringen en escalaties maken integraal deel uit van het behandeltraject. Ook terugvalpreventiesessies worden benut om regulatiestrategieën opnieuw te activeren en te consolideren.

Transfer wordt daarmee niet opgevat als een afsluitende stap, maar als een doorlopend proces waarin geleerde vaardigheden worden ingebed in het dagelijks leven. Het doel is dat regulatievaardigheden niet alleen worden begrepen en geoefend, maar ook beschikbaar blijven wanneer spanning oploopt. Agressie te lijf+ operationaliseert spanningsregulatie daarmee als een ervaringsgericht, gefaseerd en gezamenlijk georganiseerd proces dat onder toenemende belasting wordt aangeleerd.

CONCLUSIE EN PERSPECTIEF

Agressie te lijf+ biedt een systematisch uitgewerkt interventiemodel waarin drie kernvaardigheden – voelen, interpreteren en handelen – worden aangeleerd binnen een gefaseerde opbouw onder toenemende arousal, cognitieve belasting en sociale complexiteit. Regulatie wordt daarbij niet uitsluitend als individuele opdracht benaderd, maar als een gezamenlijk georganiseerd proces waarin centrale steunfiguren structureel betrokken zijn. Het ervaringsgerichte karakter van de interventie maakt spanningsopbouw concreet en hanteerbaar, terwijl de gefaseerde training onder belasting bijdraagt aan de beschikbaarheid van regulatievaardigheden op momenten dat de spanning daadwerkelijk oploopt.

Voor professionals binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg biedt dit model een methodisch kader om spanningsopbouw door vergroten van lichaamsbewustzijn bij toenemende spanning, (regulerende) copingvaardigheden en ondersteuningsafspraken expliciet te structureren en gezamenlijk te bespreken in het kader van agressiebehandeling. De nadruk op het lichamelijke aspect bij spanningsopbouw staat centraal, net als de mogelijkheden om regie te herwinnen om deze spanning lijfelijk te reguleren. Het persoonlijk signaleringsplan fungeert daarbij als gedeeld uitgangspunt in de multidisciplinaire samenwerking.

Tegelijkertijd is Agressie te lijf+ opgezet als toetsbaar model. Systematische monitoring van lichaamsbewustzijn bij boosheid, copingvaardigheden en agressief gedrag maakt individuele verandering transparant en navolgbaar. Daarmee ontstaat een infrastructuur waarin praktijkuitvoering en effectonderzoek met elkaar verbonden kunnen worden.

De expliciete werkhypothese en gefaseerde opbouw creëren voorwaarden voor verdere wetenschappelijke toetsing. In samenwerking met het lectoraat Beweging, Gezondheid en Welzijn en praktijkpartners wordt gewerkt aan onderzoek naar effectiviteit, mechanismen en optimale implementatiecondities. Daarbij is expliciet aandacht voor de structurele betrokkenheid van centrale steunfiguren en voor de intensiteit en duur van het behandeltraject, aangezien deze in de praktijk onder druk kunnen staan.

Ter ondersteuning van implementatie is een geaccrediteerde nascholing ontwikkeld. Voor geschoolde PMT'ers is accreditatie beschikbaar voor het systematisch aanleveren van behandelbeoordelingen in het kader van lopend onderzoek. Zo ontstaat een verbinding tussen onderwijs, praktijk en onderzoek, waarin uitvoering, professionalisering en kennisontwikkeling elkaar wederzijds versterken.

Agressie te lijf+ vormt een praktisch toepasbare én systematisch onderzoekbare interventie waarin ervaringsgericht werken, gefaseerde vaardigheidsopbouw en gezamenlijke regulatie in samenhang worden toegepast.

LITERATUUR

Andrikos, G. P., Smith, C. A., & Ciccarelli, M. (2024). Supporting co-regulation and development of self-regulation skills in students with intellectual disabilities: A scoping review. *Australasian Journal of Special and Inclusive Education*, 48(2), 90–106. <https://doi.org/10.1017/jsi.2024.3>

- Bellemans, T. (2021). *Psychomotor therapy for people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: What do you feel when you are angry?* [Academisch Proefschrift, Radboud University]. <https://hdl.handle.net/2066/233913>
- Bellemans, T., Didden, R., Visser, R., Schaafsma, D., Totsika, V., & van Busschbach, J. T. (2018). Psychomotor therapy for anger and aggression in mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: an Intervention Mapping approach. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 13(4), 234–250. <https://doi.org/10.1080/17432979.2018.1471006>
- Bellemans, T., Peters-Scheffer, N., Didden, R., Traas, R., & van Busschbach, J. T. (2022). Psychomotor therapy for individuals with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning presenting anger regulation problems and/or aggressive behaviour: A qualitative study on clients' experiences. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47(1), 74–86. <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1899561>
- CBS. (2026). *Agressie in zorg en welzijn: Agressie en een ongezonde en onveilige werkomgeving*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2026/agressie-in-zorg-en-welzijn>
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>
- DeWall, C. N., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence*, 1(3), 245–258. <https://doi.org/10.1037/a0023842>
- de Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2023). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het aanpassen, uitvoeren en ontwikkelen van gedragsveranderende interventies voor personen met een licht verstandelijke beperking* (herziene versie). Landelijk Kenniscentrum LVB.
- de Witte, M., Bellemans, T., Tukker, K., & Van Hooren, S. (2016). Vaktherapie. In J. de Bruijn, J. Vonk, A. van den Broek & B. Twint (Red.), *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking* (pp. 277–290). Uitgeverij Boom.
- Didden, R. (2016). *Behandeling van probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Emck, C., Plouvier, M., & van der Lee-Snel, M. (2012). Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalising disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 7(4), 263–275. <https://doi.org/10.1080/17432979.2012.713003>

- Embregts, P., Didden, R., Moonen, X., Leusink, G., & Schuengel, C. (2023). Kenmerken en ondersteuningsbehoeften van mensen met een licht of ernstig verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag en psychische problematiek. *NTZ: Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, *49*(3), 82–93.
- Hartley, S. L., & MacLean, W. E. (2009). Coping strategies of adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53*(10), 894–905. <https://doi.org/10.1080/19315860801988426>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Mehling, W. E., Price, C. Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS ONE*, *7*(11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Nieuwenhuis, J. G., Lepping, P., Mulder, C. L., Nijman, H. L. I., & Noorthoorn, E. O. (2022). Aggressive behaviour of psychiatric patients with mild and borderline intellectual disabilities in general mental health care. *PloS ONE*, *17*(10), e0272502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272502>
- Price, C. J., & Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, *9*, 798. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798>
- Prior, D., Win, S., Hassiotis, A., Hall, I., Martiello, M.A., & Ali, A.K. (2023). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*, CD003406. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003406.pub5>
- Royston, R., Naughton, S., Hassiotis, A., Jahoda, A., Ali, A., Chauhan, U., Cooper, S.-A., Kouroupa, A., Steed, L., Strydom, A., Taggart, L., & Rapaport, P. (2023). Complex interventions for aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability: A rapid realist review informed by multiple populations. *PLoS ONE*, *18*(5), e0285590. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285590>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.