

Seksueel misbruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: de inzet van psychomotorische diagnostiek en therapie

Auteurs M. Leeflang, M. Smit, M. Scheffers & J. van Busschbach

1. Inleiding

Mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB; IQ 50-85) lopen een groter risico om slachtoffer te worden van seksueel misbruik dan mensen met een (boven)gemiddeld IQ (Nieuwenhuis et al., 2019; Tomsa et al., 2021). Seksueel misbruik is te definiëren als elke vorm van seksueel gedrag of seksuele toenaadering, in verbale, non-verbale of fysieke zin, opzettelijk of onopzettelijk, die door de persoon die het ondergaat als ongewenst of gedwongen wordt ervaren; en/of plaatsvindt binnen een ongelijke machtsverhouding; en/of andere handelingen of gedragingen die strafbaar zijn volgens het Wetboek van Strafrecht (Lammers 2006, in Van Berlo e.a. 2011, p. 4).

Uit de systematische review en meta-analyse van Tomsa et al. (2021) over de prevalentie van seksueel misbruik bij volwassenen met een verstandelijke beperking (VB) blijkt dat 24% van de volwassenen met een LVB seksueel misbruik heeft meegemaakt. Ook vonden Tomsa et al. (2021) dat het risico groot is om binnen instellingen voor mensen met VB seksueel misbruikt te worden en dat de plegers vaak leeftijdsgenoten met een VB zijn. De verhoogde kwetsbaarheid van mensen met een VB die seksueel misbruik meemaken, heeft onder andere te maken met een grote afhankelijkheid van anderen, verminderde sociale vaardigheden en gebrek aan kennis op het gebied van seksualiteit (Wissink, Van Vugt, Moonen, Stams, & Hendriks, 2015). Daarnaast zijn er indicaties dat tekortkomingen in intellectuele en adaptieve vaardigheden het omgaan met traumatische ervaringen moeilijker maken onder andere door gebrek aan communicatiemogelijkheden en copingvaardigheden (Mevissen, Barnhoorn, Didden, Korzilius, & De Jongh, 2014).

De gevolgen van seksueel misbruik bij mensen met een LVB komen tot uiting in diverse psychologische en gedragsmatige problemen (Smit, Scheffers, Emck,

Van Busschbach, & Beek, 2020). Veelvoorkomende psychologische problemen zijn een negatief zelfbeeld, verminderde gevoelens van persoonlijke veiligheid en symptomen van een posttraumatische stress stoornis (PTSS), depressie of angst. Gedragsproblemen die vaak voorkomen zijn geseksualiseerd gedrag (bijvoorbeeld het ongepast praten over seks) en storend of problematisch gedrag, zoals agressie of zelfbeschadiging (Smit et al., 2020).

Onderzoek bij mensen met een (boven)gemiddeld IQ laat zien dat seksueel misbruik, naast psychologische en gedragsmatige problemen, ook effect heeft op de lichaamsbeleving, dat wil zeggen de relatie van het slachtoffer met zijn of haar lichaam. Lichaamsbeleving omvat verschillende aspecten, waaronder lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering en lichaamsattitude (Scheffers et al., 2017). Van der Kolk (2014) benadrukt dat bij slachtoffers van traumatische gebeurtenissen vaak het lichaamsbewustzijn verstoord raakt en dat zij problemen ondervinden met het waarnemen van innerlijke lichaamssignalen, zoals verandering in hartslag, ademhaling en gevoelens van honger en pijn. Zij zijn zich niet bewust van deze signalen of worden erdoor overweldigd (Van der Kolk, 2014). Daarnaast vonden Scheffers et al. (2017) dat traumatische seksuele gebeurtenissen niet alleen een negatieve invloed hebben op het lichaamsbewustzijn, maar ook op de mate van tevredenheid over het lichaam en de attitude ten aanzien van het lichaam. Zo blijken mensen die seksueel misbruikt zijn, vaak haatgevoelens te ontwikkelen ten opzichte van hun lichaam (Fallon & Ackard, 2000) en een verminderde fysieke vitaliteit en gezondheid te ervaren (Sack, Boroske-Leiner, & Lahmann, 2010). Gevolgen van een verstoord lichaamsbeleving zijn onder andere het minder goed herkennen en reguleren van emoties, het onvoldoende aan kunnen geven van grenzen en het gevoel hebben het contact met de sociale omgeving te verliezen (Van der Kolk, 2006; Petzold, 1996).

Helaas is er tot op heden geen onderzoek naar de lichaamsbeleving bij mensen met een LVB die seksueel misbruik hebben meegemaakt (Smit et al., 2020). Dit komt door een gebrek aan diagnostische instrumenten gericht op lichaamsbeleving bij mensen met een LVB. Om problemen in de lichaamsbeleving bij deze doelgroep als gevolg van seksueel misbruik in kaart te brengen, kunnen instrumenten die in de psychomotorische therapie (PMT) gebruikt worden helpend zijn. Psychomotorisch therapeuten hebben veel ervaring met het observeren van gedrag, met name in bewegingssituaties, en zijn gespecialiseerd in de verstoorte beleving van het lichaam (Emck, & Van Damme, 2021). De instrumenten die gangbaar zijn in de psychomotorische diagnostiek zijn echter beperkt aangepast aan de LVB-doelgroep (Smit, Scheffers, Emck, Van Busschbach, & Beek, 2021).

Helaas is er tot op heden geen onderzoek naar de lichaamsbeleving bij mensen met een LVB die seksueel misbruik hebben meegemaakt.

In de klinische praktijk wordt een verstoorte lichaamsbeleving bij mensen met een LVB die seksueel misbruikt zijn waargenomen. PMT biedt verschillende interventiemogelijkheden om aan deze verstoorte lichaamsbeleving te werken. Deze laten in de praktijk positieve resultaten zien, onder andere bij mensen met (boven)gemiddeld IQ die vroegkinderlijk trauma ervoeren (Scheffers et al., 2017; Van de Kamp et al., 2019) en mensen met LVB met agressieproblematiek (Belleman, Hoek, Scheffers, van Busschbach & Didden, 2016). Deze psychomotorisch interventies zijn, net als het geval was bij de diagnostiek, echter nog onvoldoende beschreven en onderbouwd voor de LVB-doelgroep (Stobbe, Scheffers, Van Busschbach, & Didden, 2021).

2. Psychomotorische diagnostiek

Op dit moment worden er binnen het RAAK-onderzoeksproject 'Seksueel misbruik, LVB en PMT' twee psychomotorisch diagnostisch instrumenten ontwikkeld gericht op het signaleren van een verstoorte lichaamsbeleving bij volwassenen met een LVB die slachtoffer zijn geweest van seksueel mis-

bruik. Het eerste instrument is een zelfrapportage vragenlijst, de Lichaamsbelevingslijst LVB (LBL-lvb) (Smit et al., 2021). De definitieve lijst kwam tot stand via exploratie van literatuur en bestaande lichaamsbelevingsvragenlijsten, een focusgroep met psychomotorische therapeuten, interviews met volwassenen met een LVB, een pilot-test van de conceptlijst met 85 volwassenen met een LVB, en eindevaluatie met psychomotorisch therapeuten. Bij de ontwikkeling van de LBL-lvb is rekening gehouden met aanbevelingen voor het ontwikkelen van vragenlijsten voor mensen met een LVB, namelijk: simpel taalgebruik, items in ik-perspectief, beperkte antwoordmogelijkheden en visuele representaties van de antwoordmogelijkheden (Hartley & Maclean, 2006). De huidige versie van de LBL-lvb bestaat uit 30 items en is onderverdeeld in drie subschalen: lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering en lichaamsattitude. De items worden gescoord op een visuele 4-punts Likertscale. Op basis van de pilot-test kan geconcludeerd worden dat de LBL-lvb bruikbaar is binnen de LVB-populatie. Daarnaast is de interne consistentie goed voor zowel de totale schaal ($\alpha = 0.84$) als voor de subschalen lichaamsbewustzijn ($\alpha = 0.84$) en lichaamswaardering subschalen ($\alpha = 0.80$), maar laag voor de de subschaal lichaamsattitude ($\alpha = 0.48$). De test-hertest betrouwbaarheid is goed voor zowel de totale schaal (ICC = 0.87) als voor de drie subschalen (respectievelijk ICC = 0.85, 0.76, 0.85). Op dit moment wordt er onderzoek gedaan naar de validiteit van de LBL-lvb.

Het tweede instrument betreft een psychomotorisch observatie-instrument voor volwassenen met een LVB en is gebaseerd op de subschaal 'Aanvaarden van het eigen lichaam' van de PsyMot (kinderen 6 – 12 jaar) (Emck, Hammink, & Bosscher, 2007; Kay, Clegg, Emck, & Standen, 2015). Dit instrument bestaat uit een semigestructureerd interview en een psychomotorische observatie. Deelnemers worden geobserveerd tijdens het uitvoeren van drie bewegingsactiviteiten, te weten een renoefening, een relaxatieoefening en een vrije keuze onderdeel (Smit, Emck, & Scheffers, 2020). Dit instrument lijkt bruikbaar voor volwassenen met een LVB, hoewel verder onderzoek naar bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit nodig is.

Momenteel worden de LBL-lvb en PsyMot LVB binnen het RAAK-onderzoeksproject ingezet om mogelijke verschillen in lichaamsbeleving in kaart brengen tussen volwassenen met een LVB die wel en geen

seksueel misbruik hebben meegemaakt. Deze studie wordt uitgevoerd door psychomotorisch therapeuten werkzaam bij verschillende praktijkinstellingen voor mensen met een VB. De uitkomsten van deze studie worden begin 2022 verwacht.

3. Psychomotorische therapie

PMT biedt een ervaringsgerichte invalshoek en werkt via het lichaam en fysieke sensaties direct aan de verstoorde lichaamsbeleving, de problemen met het herkennen, reguleren en het uiten van emoties en het verlies van het contact met de omgeving (Scheffers et al., 2016). Bovendien ligt binnen de PMT de focus op concrete (lichamelijke) ervaringen in het hier nu, wat aansluit bij de leerstijl en cognitieve vaardigheden van mensen met een LVB (Kay et al., 2015). De keuze voor een ervaringsgerichte invalshoek bij interventies die ingezet worden bij traumagerelateerde klachten wordt in toenemende mate onderbouwd vanuit de neurobiologische theorie. Het rationele, executieve brein heeft bij getraumatiseerde mensen zeer beperkte mogelijkheden tot het controleren van emotionele arousal of tot het veranderen van rigide actiepatronen (Ogden, Minton & Pain, 2006; Van de Kamp et al., 2019). Wanneer er sprake is van langdurig en herhaald trauma lijken de evolutionair oudere hersendelen, die centraal staan bij het reguleren van overweldigende stress, onvoldoende te bereiken met verbale en cognitieve interventies (Ogden et al., 2006; Scheffers et al., 2016; Van der Kolk, 2006). Zeker als er naast een trauma ook sprake is van beperkingen in het intellectuele functioneren, biedt een bewegings- en lichaam georiënteerde interventie een geschikte behandelvorm voor het reguleren van arousal en emoties en veranderen van gedragspatronen.

Binnen het RAAK-onderzoeksproject is de *consensus-based* PMT-module “Veilig en Sterk” ontwikkeld, die ingezet kan worden bij het behandelen van de gevolgen van seksueel misbruik bij volwassenen met een LVB. Het doel van deze module is het hervinden van een gevoel van veiligheid door het herstellen van contact met en regie over het lichaam en herstel van contact met de omgeving. Deze module is tot stand gekomen op basis van literatuur op het gebied van seksueel misbruik en LVB en de resultaten van focusgroepen met ervaren psychomotorisch therapeuten werkzaam in de verstandelijk gehandicaptenzorg. De


module “Veilig en Sterk” wordt individueel aangeboden en is speciaal ontwikkeld voor de mogelijkheden van mensen met een LVB. Er wordt in deze module rekening gehouden met de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkelingsleeftijd van de doelgroep, alsook met bijkomende somatische aandoeningen en persoonlijkheidskenmerken (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010; De Wit, Moonen & Douma, 2011). Zowel in het werkboek als in de sessies wordt gebruik gemaakt van vereenvoudigd taalgebruik, is voortdurende aandacht of de ander begrijpt wat er gezegd en gedaan wordt en wordt gewerkt met visuele ondersteuning. Psycho-educatie is een steeds terugkerend element in deze module. Ervaren, oefenen en herhalen in zowel de PMT sessies als in het dagelijks leven is van groot belang om het geleerde ook te laten beklijven voor een langere tijd. Het sociale netwerk van de deelnemer wordt zoveel mogelijk betrokken bij de behandeling.

De module “Veilig en Sterk” bevat drie fases, namelijk 1) veiligheid, 2) grenzen en wensen, en 3) acceptatie en verwerken. De duur van de fases staat niet vast en is afhankelijk van de behoefte van de deelnemer. De fases bevatten elk drie thema's: 1) veilige context, lichaamsbewustzijn, arousal, 2) kracht, wensen, grenzen, en 3) emoties, positieve lichaamsbeleving/zelfbeeld en vertrouwen. Per thema worden door de deelnemer werkdoelen geformuleerd. De behandeling start altijd in fase 1, veiligheid, met het vergroten van het lichaamsbewustzijn en het leren reguleren van arousal. Dit gebeurt door middel van co-regulatie en fysieke interventies, zoals het uitvoeren van bepaalde bewegingen, ritmes, het verlagen van de hartslag, ademfrequentie en spierspanning. Aan het eind van de eerste fase kan de deelnemer in alledaagse situaties zijn spanning herkennen en reguleren. Dit is de basis voor het bewust kunnen aanleren van nieuwe copingvaardigheden, het kunnen reguleren van emoties, het kunnen hervinden van positieve lichaamsbeleving en eventueel kunnen verwerken van het trauma.

De module wordt momenteel onderzocht op effectiviteit in een herhaald multiple baseline N=1 studie met 10 tot 14 deelnemers en de inzet van psychomotorisch therapeuten van verschillende praktijkinstellingen. Voor de start van de module zal er zorgvuldig diagnostisch onderzoek gedaan worden naar de klachten, problemen en (seksueel) traumatische ervaringen (De Wit et al., 2011). Op die manier kan

de behandeling afgestemd worden op de persoonlijke situatie van de deelnemer en kan er zorgvuldig geëvalueerd worden tijdens het therapieproces. De deelnemers wordt gevraagd om zes keer gedurende het traject een aantal vragenlijsten in te vullen die gaan over psychische klachten, PTSS-klachten, copingvaardigheden en lichaamsbeleving. Daarnaast vullen ze wekelijks een persoonlijke vragenlijst in met een aantal standaardvragen over de doelen van de module en een aantal persoonlijke vragen over hun klachten en de doelen voor PMT. De vragen worden gesteld op een Visueel Analoge Schaal die voorzien is van visuele ondersteuning. De uitkomsten van dit herhaald N=1 onderzoek worden begin 2022 verwacht.

4. Conclusie

Een psychomotorische invalshoek, waarin lichaamsbeleving een rol speelt, neemt een potentieel belangrijke plek in bij diagnostiek en behandeling van mensen met een LVB die seksueel misbruik hebben meegemaakt. Om seksueel misbruik tijdig te diagnosticeren en het PMT-aanbod voor deze doelgroep wetenschappelijk te onderbouwen, leveren de ontwikkeling van de LBL-lvb, PsyMot LVB en module “Veilig en Sterk” een relevante bijdrage. 

Auteurs

drs. Marieke Leeftang, onderzoeker bij het RAAK-onderzoeksproject “Seksueel misbruik, LVB en PMT”, Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Hogeschool Windesheim Zwolle, en psychomotorisch therapeut bij 's HeerenLoo, locatie Noordwijk.

Manon Smit, MSc, orthopedagoog en promovendus bij het RAAK-onderzoeksproject “Seksueel misbruik, LVB en PMT”, Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Hogeschool Windesheim Zwolle, en Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.

dr. Mia Scheffers, associate lector Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Hogeschool Windesheim Zwolle, en projectleider bij het RAAK-onderzoeksproject “Seksueel misbruik, LVB en PMT”.

dr. Jooske van Busschbach, lector Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Hogeschool Windesheim Zwolle, en senior onderzoeker, Universiteit Groningen, UMC Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie, Rob Gielonderzoekcentrum.

Correspondentieadres: M.J. Smit, Hogeschool Windesheim, Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Campus 2-6, 8017 CA Zwolle. E-mailadres: mj.smit@windesheim.nl

Noot

Dit artikel beschrijft de stand van zaken van het RAAK-onderzoeksproject naar seksueel misbruik bij mensen met een LVB en de inzet van psychomotorische diagnostiek en therapie dat in 2017 gestart is vanuit het Lectoraat Bewegen, Gezondheid en Welzijn van Hogeschool Windesheim Zwolle. Dit project wordt gefinancierd door het Regieorgaan SIA project RAAK-PRO 02-127.

Referenties

- Bellemans, T., Hoek, P. T. A. P., Scheffers, M. W. J., van Busschbach, J. T., & Didden, H. C. M. (2016). Psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en problemen met emotie- en agressieregulatie: Een systematische literatuurreview. *Dth-Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 36, 148-168.
- Dekker, M. Groen, W., & Douma, J. (2020). *Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressor gerelateerde problemen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking. Een Handreiking voor behandelaren en begeleiders*. Academische Werkplaats Kajak, Werkgroep.
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Emck, C., & Van Damme, T. (2021). Problems and disorder in (early) development: a psychomotor approach. In C. Emck, J. de Lange, T. Scheewe, J. van Busschbach, & T. van Damme (Eds.), *Psychomotor interventions for mental health – Children & Adolescents* (pp. 11-47). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Emck, C., Hammink, M. N., & Bosscher, R. J. (2007). *PsyMot. Psychomotorische diagnostiek en in indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Utrecht: 't Web.
- Fallon, P., & Ackard, D. M. (2002). Sexual abuse and body image. In T. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 117-124). New York: The Guildford Press.
- Hartley, S. L., & Maclean, W. E. (2006). A review of the reliability and validity of Likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 813-827.
- Kay, J. J., Clegg, J. A., Emck, C., & Standen, P. J. (2015). The feasibility of psychomotor therapy in acute mental health serviced for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1469.
- Mevissen, L., Barnhoorn, E., Didden, R., Korzilius, H., & De Jongh, A. (2014). Clinical assessment of PTSD in children

- with mild to borderline intellectual disabilities: A pilot study. *Developmental Neurorehabilitation*, 17(1), 16–23.
- Nieuwenhuis, J. G., Smits, H. J. H., Noorthoorn, E. O., Mulder, C. L., Penterman, E. J. M., & Nijman, H. L. I. (2019). Not recognized enough: the effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients. *European Psychiatry*, 58, 63–69.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek*.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006) *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
- Petzold, H.G. (1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Sack, M., Boroske-Leiner, K., & Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32, 315–320.
- Scheffers, M., Nissen, I., Verveld, S., Van Berkel, K., Hatzmann, J., & Van Busschbach, J. T. (2016). *Beweging in trauma: psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van complex trauma*. Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Scheffers, M., Hoek, M., Bosscher, R. J., Van Duijn, M. A. J., Schoevers, R. A., & Van Busschbach, J. T. (2017). Negative body experience in women with early childhood trauma: Associations with trauma severity and dissociation. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1).
- Smit, M. J., Emck, C., & Scheffers, W. J. (2020). *PsyMot subschaal 'Aanvaarden van het eigen lichaam'*.
- Smit, M. J., Scheffers, W. J., Emck, C., Van Busschbach, J. T., & Beek, P. J. (2020). Klinische kenmerken van seksueel misbruikte mensen met een lichte verstandelijke beperking: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(10), 878–887.
- Smit, M. J., Scheffers, W. J., Emck, C., Van Busschbach, J. T., & Beek, P. J. (2021). The Body Experience Questionnaire for adults with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning (BEQ-mb): development and initial evaluation. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*.
- Stobbe, K. J., Scheffers, M., van Busschbach, J. T., & Didden, R. (2021). Prevention and Intervention Programs Targeting Sexual Abuse in Individuals with Mild Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 14(2), 135–158.
- Tomsa, R., Gutu, S., Cojocaru, D., Gutiérrez-bermejo, B., Flores, N., & Jenaro, C. (2021). Prevalence of sexual abuse in adults with intellectual disability: Systematic review and meta-analysis. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–17.
- Van Berlo, W., De Haas, S., Van Oosten, N., Van Dijk, L., Brants, L., Tonnon, S., & Storms, O. (2011). *Beperkt Weerbaar, een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking*. Rutgers WPF/MOVISIE.
- Van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Hatzmann, J., Emck, C., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2019). Body- and Movement-Oriented Interventions for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 967–976.
- Van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 277–293.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- Wissink, I. B., Van Vugt, E., Moonen, X., Stams, G. J. J. M., & Hendriks, J. (2015). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 20–35.