



Psychomotorische groepsinterventie ter bevordering van lichaamsmentaliteit voor (jong) volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis: een lichaamsgerichte insteek binnen een multidisciplinaire Mentalisation Based Treatment

AUTEURS EN ONTWIKKELAARS Janneke Hatzmann, Alyanne van den Hoek, Moeneke Nijkamp, Yvonne de Hoog, Frank Winkel, Jolanda Groenewegen (2020)

Context *Zorgprogramma of werkveld*
Multidisciplinaire tweede- of derdelijns behandeling van persoonlijkheidsstoornissen middels Mentalisation Based Treatment.

Probleemomschrijving

Probleem

Een persoonlijkheidsstoornis is een ernstige psychische aandoening, die zich kenmerkt door een star en duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen welke binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijkt van de verwachtingen (American Psychiatric Association, 2013). Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak problemen met mentaliseren: het vermogen zich in te leven in en betekenis te geven aan gedachten, gevoelens, overtuigingen en behoeften die het eigen gedrag en het gedrag van anderen bepalen (Allen, Bateman, Fonagy, 2008). Het begrip van de eigen binnenwereld is niet voldoende ontwikkeld en het inlevingsvermogen in anderen is verstoord. Bij een verhoogd stressniveau gaat de kwaliteit van het aanwezige vermogen tot mentaliseren tijdelijk achteruit, vooral binnen de context van gehechtheidsrelaties. Mentalization Based Treatment (MBT) wordt vaak ingezet bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis om het mentaliserend vermogen te vergroten (Fonagy & Target, 2007). MBT-interventies doen op verbale wijze een appèl op het stilstaan bij de interne mentale toestand (gedachten, gevoelens, overtuigingen en behoeften). Psychomotorische therapie (PMT) doet een beroep op de emotionele beleving van de cliënt en ervaringen die worden opgedaan in de interactie met anderen (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010). Ondanks de veelvuldige inzet van PMT als lichaamsgeoriënteerde insteek binnen MBT-behandelingen ontbreekt een op consensus gebaseerde uitwerking en onderbouwing van de inzet van PMT binnen de MBT. Dit product is een aanzet daartoe.

Spreiding

Binnen de volwassenen bevolking wordt bij 4,4 tot 13,5% één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen gediagnosticeerd. Dit is geschat op basis van een integratie van internationale studies (www.volksgezondheidenzorg.info, november 2020). Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen komen in de algemene populatie het meeste voor, gevolgd door cluster-B-stoornissen. Cluster-A-stoornissen komen het minst voor (Trimbos instituut, 2008). Twee van de drie deelnemers aan een MBT-behandeling

voldoet aan de criteria van ten minste één co-morbide persoonlijkheidsstoornis (www.mbt nederland.nl, november 2020).

Gevolgen

In de volwassenheid manifesteren de gevolgen van een beperkt mentaliserend vermogen zich op het gebied van interpersoonlijke relaties en het begrip van de eigen binnenwereld, wat tevens kenmerken zijn van een persoonlijkheidsstoornis. Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is er vaak sprake van een verstoorde relatie tot het eigen lichaam (Spaans e.a., 2009) en zijn er problemen met het herkennen en identificeren van emoties, die zich lichamelijk manifesteren (New, Aan het Rot, Ripoll, Perez-Rodriguez, Lazarus, Zipursky e.a, 2012). Specifieke gevolgen op dit gebied zijn bijvoorbeeld een negatieve lichaamsbeleving (Sansone, Chu & Wiederman, 2010; Bellino, Zizza, Paradiso, Rivarossa, Fulcheri & Bogetto, 2006), automutilatie (Haw, Hawton, Houston & Townsend, 2001), somatoforme stoornissen (Bass & Murphy, 1995) en een lage kwaliteit van leven (www.mbt nederland.nl, november 2020).

Doelgroep

De doelgroep betreft (jong) volwassenen (18 jaar en ouder) met een gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornis die behandeld worden binnen een multidisciplinaire MBT behandeling

Er is sprake van:

- Onvoldoende vermogen om ontvankelijk te zijn voor,- en betekenis te verlenen aan lichaamssignalen en de eigen interne mentale toestand (gedachten, gevoelens, overtuigingen en behoeften) die het eigen gedrag bepalen. Er is sprake van onbegrip over de eigen binnenwereld;
- Onvoldoende vermogen om zich te verplaatsen in de interne mentale toestand die het gedrag van de ander bepaalt. Er is sprake van onbegrip over de binnenwereld van anderen;
- Onvoldoende vermogen om zich te verplaatsen in de interne mentale toestand van een ander en tegelijkertijd zicht te houden op de eigen interne mentale toestand.

Contra-indicaties

Kenmerkend voor MBT is dat behandeling bijna altijd kan worden toegepast, ook als er sprake is van ernstige bijkomende problematiek zoals verslaving en depressie. Mogelijke contra-indicaties zijn: een IQ van 75 of lager, een ernstige vorm van autisme of een floride psychose.

Verwijzing en selectie

De MBT behandeling vindt multidisciplinair plaats binnen verschillende GGZ-instellingen. Uit de algemene intake komt informatie over diagnose, biografie, algemene behandeldoelen en patronen op het gebied van het mentaliserend vermogen (voor omschrijving van de modi van functioneren: Allen, Bateman, Fonagy, 2008). De psychomotorisch therapeut verzorgt de PMT-intake. Doelen binnen de PMT worden opgesteld op basis van de beschreven doelen en patronen in het algemene behandelplan.

Doelen

Hoofddoel

- Het vergroten van het vermogen tot mentaliseren, en in het bijzonder de lichaamsmentaliteit, de lichamelijke kant van mentaliseren (Spaans e.a. 2009).

Subdoelen

- Lichaamssignalen leren waarnemen;
- Leren verwoorden van lichaamssignalen, emoties en de eigen interne mentale toestand (vermogen van expliciet mentaliseren vergroten); om de (verstoorde) relatie met het lichaam te herstellen;
- Het vermogen tot zelfregulatie vergroten, bijvoorbeeld door het leren aangeven van grenzen en het leren ontspannen;
- Hechtingservaringen opdoen door relaties aan te gaan met groepsgenoten en therapeuten;
- Zich binnen de relatie leren verplaatsen in de emoties en de mentale toestand van een ander en tegelijkertijd contact houden met de eigen interne mentale toestand.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

Psychomotorische therapie is idealiter gedurende de gehele MBT-behandeling onderdeel van het multidisciplinaire behandelprogramma. MBT-behandeling is ontwikkeld als een 18 maanden durend programma, wat in de klinische praktijk echter ook in kortere varianten (tot 6 maanden) wordt toegepast. Er zijn wekelijkse bijeenkomsten in groepsverband, met een duur van 75 minuten.

Inhoud van de interventie

Activiteiten worden afgestemd op thema's die in de groep aan de orde komen. De individuele doelen van cliënten zijn gekoppeld aan patronen op het gebied van de spanningsregulatie en het mentaliserend vermogen. De gepleegde interventies zijn eenvoudig, affectgericht, procesgericht en blijven veelal in het hier en nu. De therapeut hanteert de interventies aan de hand van de MBT-principes, oplopend in complexiteit: steun & empathie, verduidelijken, basaal mentaliseren, interpretatief mentaliseren, mentaliseren in de overdracht (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Wanneer het mentaliserend vermogen van de cliënt toeneemt en de spanning hanteerbaar is, kan een complexere interventie worden toegepast. De interventies worden tevens afgestemd op de vier hieronder omschreven dimensies die binnen het mentaliseren worden onderscheiden. Het uitgangspunt hierbij is dat een adequate manier van mentaliseren kan worden bereikt wanneer iemand, naar gelang de situatie daarom vraagt, flexibel kan variëren tussen de uitersten van deze dimensies (Kooiman, Kuipers, Huffstad, 2013). Binnen de PMT kan doelbewust worden aangestuurd op het opdoen van nieuwe ervaringen, het reflecteren hierop en het experimenteren met ander gedrag om te leren variëren binnen de dimensies.

1 Impliciet versus expliciet

Het impliciet mentaliseren vindt plaats op een onbewust niveau terwijl expliciet mentaliseren juist op een bewuste, doelgerichte reflectie duidt. Binnen de PMT vertaalt deze dimensie zich in het inzetten van werkvormen waarin de bewustwording van habitueel gedrag centraal staat. Het herkennen en verbaliseren van emoties en lichaamssensaties maakt dat cliënten expliciet leren mentaliseren over dat wat zij (impliciet) beleven. Denk hierbij aan het verwoorden van een gevoelde emotie binnen een controlled approach oefening. Impliciet mentaliseren kan juist gestimuleerd worden in non-verbale werkvormen waarin cliënten uitgenodigd worden tot afstemming en intuïtief gedrag.

2 Extern versus intern

Bij het extern gericht mentaliseren is de aandacht van de cliënt overwegend gericht op externe kenmerken en op het waarneembaar gedrag van zichzelf of de ander. Bij het intern gericht mentaliseren ligt het accent op de eigen of andermans binnenwereld. Binnen de PMT vertaalt deze dimensie zich door extern georiënteerde cliënten te leren zich te laten richten op emoties, gedachten en subtiel zichtbare en/of voelbare lichamelijke sensaties die de aandacht op de eigen of andermans binnenwereld richten. Denk hierbij aan een bodycheck waarin cliënten stilstaan bij gevoelde sensaties en hier betekenis aan verlenen. Intern gerichte cliënten leren zich te richten op extern waarneembare kenmerken en gedrag. Zoals bijvoorbeeld het observeren van gedrag van anderen binnen een balspel.

3 Zichzelf versus de ander

Bij deze dimensie gaat het om de persoonlijke, dan wel interpersoonlijke gerichtheid van het mentaliseren. Binnen de PMT vertaalt deze dimensie zich door het variëren in werkvormen waarin de cliënt de aandacht op zichzelf richt of juist op de ander. Een belangrijk onderdeel hiervan is het leren herkennen van de eigen lichaamssensaties tijdens interactie met anderen. Denk hierbij aan het aanbieden van een 'handjeklap' werkvorm waarin de cliënt wordt gestimuleerd om vanuit zijn eigen balans te kiezen voor aanvallen of verdedigen. Of, wanneer er op deze dimensie verschoven wordt naar de ander, een leiden-volgen werkvorm waarin cliënten elkaars grenzen en wensen proberen in te schatten.

4 Cognitief versus affectief

De wijze van mentaliseren is op deze dimensie overwegend gestuurd vanuit de cognitie, dan wel het affect. Het onderscheid tussen de beiden uitersten op deze dimensie wordt binnen de PMT veelal zichtbaar in de wijze waarop (verbale) interventies van de therapeut worden gestuurd op het voelen enerzijds en het denken anderzijds. Denk hierbij aan het fysiek uitvergroten van een gevoelde emotie. Of juist aan het registreren van gedachten tijdens een moeilijke yoga pose. Tevens biedt de PMT mogelijkheden om afgestemd op de cliënt, de arousal te beïnvloeden waardoor de emotionele beleving rustig of juist intens kan worden.

Rol Therapeut

Om het groepsproces zorgvuldig te kunnen begeleiden wordt naast de psychomotorisch therapeut bij voorkeur een co-therapeut ingezet. Gedurende de hele behandeling is de houding van de therapeut niet wetend, onderzoekend, empathisch en transparant, om zo zicht te houden op de mentale toestand van de cliënt (Bateman & Fonagy 2004). Cliënt en therapeut zoeken op gelijkwaardige manier naar wat er speelt bij de cliënt. De houding van de therapeut is gericht op het leggen van contact en het motiveren van de cliënt (Bales, van Beek & Beekman, 2007), door zichtbaar te zijn, de cliënt te willen leren kennen, proberen te begrijpen en door structuur te bieden. De therapeut streeft er naar emoties *wel* adequaat te spiegelen en zodoende het reguleren van het affect te bevorderen. De therapeut is goed in staat om de

PRODUCT PLUS PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE – Psychomotorische groepsinterventie ter bevordering van lichaamsmentaliteit voor (jong) volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis: een lichaamsgerichte insteek binnen een multidisciplinaire Mentalisation Based Treatment

strategieën voor spanningsregulatie en het mentaliserend vermogen te herkennen en monitort continu waar de cliënt zich bevindt om daar lichaams-, en bewegingsgerichte interventie op aan te passen.

Materialen

Een geschikte, goed geoutilleerde ruimte met voldoende materialen voor zowel lichaamsgerichte- als bewegingsgerichte werkvormen.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Theoretische verantwoording

Welke factoren veroorzaken het probleem?

Wanneer er sprake is van een onveilige hechtingstijl, wat bij een persoonlijkheidsstoornis vaak het geval is, bestaan er dikwijls problemen met de emotie- en spanningsregulatie. Onveilige hechting ontwikkelt zich wanneer ouders/verzorgers de emoties van het kind herhaaldelijk niet adequaat aanvoelen en spiegelen. Het kind voelt zich onveilig en eigen emoties en lichamelijke spanningen worden niet begrepen. De eigen interne mentale toestand wordt als overspoelend ervaren en er ontstaat een onvermogen om spanningen en emoties vervolgens te kunnen hanteren. Deze problemen met de emotie- en spanningsregulatie, lijken dan ook vooral geactiveerd te worden binnen gehechtheidsrelaties. In diverse bronnen wordt het belang van lichamelijke binnen mentaliseren benadrukt. Bateman & Fonagy (2007) stellen dat de basis van mentaliseren ligt in het lichamen kunnen voelen zonder overspoeld te raken door emoties. Spaans e.a. (2009) benoemen de lichamelijke kant van mentaliseren als 'lichaamsmentaliteit'. Zij omschrijven dit als het vermogen om eigen- en andermans lichaamssignalen waar te nemen, er ontvankelijk voor te zijn en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden.

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

Het vergroten van het vermogen tot lichaamsmentaliteit is de algemene factor die wordt aangepakt in de PMT binnen de MBT-behandeling. Het gaat hierbij om het herstellen van de verstoorde relatie met het lichaam door lichaamssignalen te herkennen en in te zetten voor zelfregulatie en betere interpersoonlijke communicatie. Het non-verbaal en impliciet mentaliseren wordt binnen de PMT expliciet gemaakt door te verwoorden en te verhelderen wat er gebeurt. Cliënten leren te voelen en zich in te leven in de ander, zonder overspoeld te raken door emoties of de emotie af te splitsen en niets te voelen.

Theoretische verantwoording

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat lichaams- en bewegingsgerichte therapie een belangrijke rol kan spelen in het vergroten van het mentaliserend vermogen. Zo beschrijft Davidsen (2015) het belang van het kennen van het eigen lichaam als voorwaarde om de ander te kunnen begrijpen. Gebaseerd op Merleau-Ponty (2012) beschrijft zij dat het lichaam een centrale rol heeft in het analyseren van de relatie met jezelf, met de wereld en met anderen. In lijn hiermee wordt de dimensie impliciet-expliciet als de meest cruciale dimensie gezien in het leren mentaliseren, met een centrale rol voor impliciet mentaliseren (Bateman & Fonagy, 2004). Impliciet mentaliseren gaat over het automatisch en niet-reflectief begrijpen van de mentale toestand van zichzelf en anderen. Vaktherapie speelt een belangrijke rol in het meer impliciet en indirect contact aangaan om de hechting te bevorderen. Van den Berg (2016) beschrijft dat interventies op impliciet niveau hoofdzakelijk van een non-verbaal karakter zijn. Psychomotorische therapie kan hierbij een belangrijke rol spelen door de behandeling te richten op direct zintuiglijke ervaringen die passend zijn bij waar de cliënt zich bevindt op de eerder omschreven dimensies.

Werkzame elementen op grond van praktijkervaring en literatuuronderzoek

De problemen in het reguleren van fysiologische arousal vormen een belangrijke basis voor het gebrekkige mentaliserend vermogen bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Van der Kolk (2014) geeft aan dat het leren reguleren van lichamelijke arousal de basis is voor zelfregulatie en dat dit een voorwaarde is om cognitieve integratie te laten plaatsvinden in de behandeling van mensen met hechtingsproblematiek en vroegkinderlijk trauma. Bij cliënten met problemen als gevolg van vroegkinderlijk trauma, zoals het merendeel van de cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, is er steeds meer evidentie en neurobiologische onderbouwing dat cognitief ingestoken behandelingen onvoldoende effectief zijn (Van der Kolk, 2006). De hypothese is dat deze groep, door problemen in het reguleren van de psychofysiologische arousal, kan profiteren van een ervaringsgerichte behandeling zoals PMT (Scheffers et al, 2015).

Vanuit een ontwikkelingsperspectief is het tevens gerechtvaardigd om een bottom up benadering in te zetten voor het aanleren van vaardigheden die in de kindertijd onvoldoende zijn ontwikkeld. Deze cliënten hebben vaak weinig verbale mogelijkheden om lichaamssensaties en emoties te beschrijven. Het exploreren hiervan in een bewegingscontext lijkt een belangrijke stap die niet voldoende aanwezig is

PRODUCT PLUS PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE – Psychomotorische groepsinterventie ter bevordering van lichaamsmentaliteit voor (jong) volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis: een lichaamsgerichte insteek binnen een multidisciplinaire Mentalisation Based Treatment

geweest in de ontwikkeling. Het ontwikkelen van het lichaamsbewustzijn middels actieve lichaams- en bewegingsgerichte therapie is essentieel in het opbouwen van regulerende vaardigheden (Van der Kolk, 2006; 2014). Ook het hebben van plezier in spel, zeker voor cliënten die dit in hun kindertijd weinig hebben ervaren, is een belangrijke ervaring in het herstellen van een positieve relatie met het lichaam (Ogden & Fisher, 2007).

Randvoorwaarden en kosten

Uitvoering

De intake duurt ongeveer 60 minuten. Sessies duren 75 minuten. Het gaat om wekelijkse sessies op een vast moment, gedurende de anderhalf jaar durende gehele MBT-behandeling.

Opleiding en competenties

Therapeut en co-therapeut moeten MBT-geschoold zijn (tenminste de basis cursus MBT). De therapeut moet een PMT-achtergrond hebben, op bachelor of master niveau. De co-therapeut kan ook een ander soort achtergrond hebben (bv SPV, psycholoog of psychotherapeut).

Kosten van de interventie

Directe kosten

Per sessie 75 minuten directe tijd en 15 minuten indirecte tijd per behandelaar (PMT-er en co-therapeut) gedurende 6 tot 18 maanden.

Indirecte kosten

- Een geschikte zaalruimte met materialen waar de PMT-interventies uitgevoerd kunnen worden;
- Administratieve en secretariële ondersteuning bij het inplannen en organiseren van het contact;
- Bijscholing;
- Multidisciplinair overleg, wekelijks 60 minuten.

Locatie en uitvoerders

De psychomotorische groepsinterventie maakt deel uit van een multidisciplinair behandelprogramma binnen een instelling waar persoonlijkheidsproblematiek behandeld wordt. De therapie wordt gegeven door een MBT geschoolde psychomotorisch therapeut en een co-therapeut. Directe overdracht met het team is noodzakelijk om de integratie tussen de verschillende behandelonderdelen te waarborgen.

Subtypen

De psychomotorische groepsinterventie kan in verschillende subtypen worden uitgevoerd, afhankelijk van de behandelomstandigheden van de behandelsetting. Subtypen kunnen verschillen in duur (variërend van 6 tot 18 maanden). Hoewel heterogeniteit van deelnemers de voorkeur geniet, kunnen ook homogene groepen bestaan (jong volwassenen groep, vrouwen/ mannen groep).

Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid van de doelgroep

De basis van het huidige product is gebaseerd op de ervaringen van cliënten en de betrokken ontwikkelaars met MBT en de inzet van PMT binnen dit referentiekader.

Betrokkenheid van experts

Een expert panel van vier collega's met intensieve ervaring in het werken met MBT, heeft inhoudelijk feedback gegeven op het huidige product. Het betrof een vaktherapeut, een gz-psycholoog, (tevens vaktherapeut), een GZ-psycholoog i.o. tot specialist en een psychotherapeut (tevens MBT supervisor). Op basis van deze feedback is het definitieve product tot stand gekomen.

Literatuur

Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.

Allen, J.G., Bateman, P. & Fonagy, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. (vert. C. Wepster en P. Diderich). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. (Oorspr. *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.).

American Psychiatric Association (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Attekum, van, M., (1997). *Aan den Lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Amsterdam: Pearson.

- Bales, D., Beek, N. van, & Bateman, A. (2007). Mentalization-Based Treatment voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul R., Snelle, W.M. (2007) *Handboek persoonlijkheidspathologie*, 249-271. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bass, C. & Murphy, M. 1995. Somatoform and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (4), 403-427.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: University press.
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M. & Bogetto, F. (2006). Dymorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, (144), 73-78.
- Berg, van den (2016). Mentaliseren, pseudomentaliseren en dismentaliseren: Het belang van een uitgebreide op maat gesneden beginfase voor het aangaan van een therapeutische relatie met forensisch-psychiatrische cliënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, Vol 42 (2), 104-120.
- Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, Vol 16(1), 83-101.
- Fonagy, P. & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 55, 411-456.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1996). Psychometric Evaluation of Symptom Perception Related Measures. *Personality and Individual Differences*, 20 (1), 55-70.
- Grossman, P., Niemann, L. & Schmidt, S. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1) 35-43.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K. & Townsend, E. (2001). Personality disorders and self-harm. *British journal of psychiatry*, 178, 48-59.
- Hekking, P.J.A.M. (2004). Presentatie beroepsgerichte theorieën. Master PMT, Zwolle
- Kooiman, C.G., Kuipers, G.H. & Huffstadt, CH., (2013). Transference-focused psychotherapie en mentaliseren in de klinische psychotherapie; een kwestie van vorm én vent. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, (12), 939-948.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Leary, T. (1957) *The interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald press.
- New, A.S., Aan het Rot, M., Ripoll, L.H., Perez-Rodriguez, M.M., Lazarus, S., Zipursky, E., Weinstein, S.R., Koenigsberg, H.W., Hazlett, E.A., Goodman, M. & Siever, L.J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26, 660-675.
- NVPMT (1998). *Handleiding. Module ontwikkeling voor psychomotorische therapie*. Concept versie april 1998.
- NVPMT (2009). Beroepsprofiel. Bron: www.nvpmt.nl.
- NVPMT (2010). Beroepscode PMT. Bron: <http://www.nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/5-beroepscode-pmt.html> (gedownload op 21-12-2013).
- Ogden, P.K. & Fisher, J. (2007). The movement of play: Restoring spontaneity and flexibility in traumatized individuals. *The GAINS Quarterly*, 2 (3), 3-8.
- Probst, M. (1994). Het menselijk lichaam in de psychiatrie: problematiek in beweging. In: D. de Brouwer & L. Konsten, *Relationele lichaamsbeelden* (p. 27-44). Leuven: Acco.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name. *The open complementary medicine journal*, (2), 105-113.
- Snijders, H. (2006). *Interventies in behandelgroepen. Werken met groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sansone, R.A., Chu, J.W. & Wiederman, M.W. (2010). Body image and borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry* 51(6): p.579-84.
- Scheffers, W.J., Hatzmann, J., Nissen, I.C., Van Berkel, K.M.E., Van Busschbach, J.T. (2015). 'Beweging in Trauma'; Psychomotorische therapiemodule in de stabilisatiefase van complex trauma. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 11, (4), 47-54.
- Spaans, J. A., Veselka, L., Luyten, P. & Bühring M. E. F. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie; therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51, 239-248.
- 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.