

# Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut

**Maart 2009**

**Inhoudsopgave.**

<b>1. Het profiel van de psychomotorisch therapeut.</b>	<b>2</b>
1.1 Inleiding	2
1.2 De ontwikkeling van het beroep in vogelvlucht	4
<b>2. Psychomotorische therapie.</b>	<b>5</b>
2.1 Psychomotorische therapie: een definitie	5
2.2 Psychomotorische therapie: de interventie	6
2.3 Psychomotorische therapie: theoretische basis	6
<b>3. Beroepstaken van een psychomotorisch therapeut.</b>	<b>8</b>
3.1 Behandeling	9
3.2 Organisatie	13
3.3 Professionele ontwikkeling	14
3.4 Onderwijs en onderzoek	14
<b>4. Werkvelden</b>	<b>15</b>
<b>Referenties</b>	<b>17</b>
<b>Bijlage: overzicht beroepstaken</b>	

## 1. Het profiel van de psychomotorisch therapeut

### 1.1 Inleiding

Dit document is een beschrijving van het Beroepsprofiel van de Psychomotorisch Therapeut. Het is een beroepsspecifieke uitwerking van het Beroepsprofiel Vaktherapeutische Beroepen, dat geldt als overkoepelend profiel voor zowel psychomotorisch therapeuten als ook voor beeldend, drama-, muziek- en danstherapeuten.

Voor de Beroepscode voor de Psychomotorisch therapeut wordt u verwezen naar de website van de beroepsvereniging: [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl)

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek<sup>1</sup>, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen gericht op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties. Deze begripsomschrijving biedt ruimte voor diverse meer specifieke uitwerkingen en vraagt om toelichting en afbakening. Het beroepsprofiel PMT heeft in dit opzicht, in navolging van het Profiel Vaktherapeutische Beroepen (FVB, 2008), een *descriptieve* en *prescriptieve* functie.

#### **Descriptieve functie**

De beschrijving van het beroep psychomotorisch therapeut verschaft aan buitenstaanders (andere beroepsgroepen, beleidsmakers, hulpvragers) duidelijkheid over wat men van de psychomotorisch therapeut kan verwachten. De beroepsdefinitie en het overzicht van beroepstaken geven de identiteit van het beroep weer. Tevens wordt beschreven op welke verantwoordelijkheden de psychomotorisch therapeut mag worden aangesproken en op welke wijze de kwaliteit van het beroep en de beroepsuitoefening wordt bewaakt. Het profiel is voorzien van een beschrijving voor alle beroepsbeoefenaren; zowel voor hen die werken in instellingen in de (geestelijke) gezondheidszorg, orthopedagogische instellingen, justitiële inrichtingen en overige organisaties als voor diegenen die als vrijgevestigd therapeut werkzaam zijn (zie hoofdstuk 4).

#### **Prescriptieve functie**

Het beroepsprofiel heeft ook een voorschrijvende functie en is in die zin tevens een voorloper van opleidingsprofielen. Dat wil zeggen dat op basis van het uiteindelijk *intern gevalideerde* en *extern gelegitimeerde* beroepsprofiel – dat betekent zowel door psychomotorisch therapeuten goedgekeurd als voor en door organisaties waarmee zij te maken hebben als herkenbaar aangegeven - verder gewerkt kan worden aan de ontwikkeling van opleidingen.

Een belangrijk onderdeel van een beroepsprofiel is de beschrijving van de vaardigheden waarover de psychomotorisch therapeut moet beschikken. Ook biedt het beroepsprofiel een basis voor de toetsing van het handelen van de beroepsbeoefenaren en het bewaken van de kwaliteit van het beroep.

---

<sup>1</sup> Zie voor specificering hiervan paragraaf 2.1

## 1.2 De ontwikkeling van het beroep in vogelvlucht

### **Historie**

Reeds in de 18<sup>e</sup> eeuw werd lichaamsbeweging gebruikt in de behandeling van psychiatrische patiënten in Frankrijk, Duitsland en Engeland (Probst en Bosscher, 2001). In Nederland schreef Euler in 1858 over gymnastiek bij psychiatrische patiënten, maar de Duitse psychiater Simon beschreef als eerste de “actieve” therapie die navolging kreeg in Nederland (De Lange, 1998). Na de tweede wereldoorlog werd de ‘bewegingstherapie’ verder uitgewerkt door docenten lichamelijke opvoeding. Van Roozendaal maakte naam met zijn bewegingsonderzoek en Gordijn ontwikkelde zijn “leer van het menselijk zich bewegen” die voor de hulpverlening van belang werd. In 1960 is de Nederlandse Vereniging voor Bewegingstherapie opgericht; de huidige Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT). Vanaf de jaren zeventig wordt bewegingstherapie in toenemende mate beïnvloed door ideeën uit de psychotherapie. Petzold, komend van Duitsland naar Nederland, ontwikkelt de Integratieve Bewegingstherapie, waarin bijvoorbeeld veel elementen uit de Gestalttherapie opgenomen zijn (Petzold, 1996). Door deze ontwikkeling en de verwarring over de naamgeving met bewegingstherapie als onderdeel van fysiotherapie, verandert in 1975 officieel de naam in psychomotorische therapie (Krol en Van Roozendaal, 1975). In 1995 vindt de oprichting van het Europees Forum voor Psychomotorische Therapie (EFP) plaats. In dit forum wordt duidelijk dat er tussen de landen grote verschillen zijn in theoretische uitgangspunten en de beroepspraktijk. Gelijktijdig geeft dit een sterke impuls aan de beroepsontwikkelingen over de grenzen heen.

### **Erkenning door de overheid**

Sinds 1995 erkent de Nederlandse overheid psychomotorische therapie als beroep in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Psychomotorisch therapeuten vormen tezamen met de creatief therapeuten de vaktherapeutische beroepsgroep, één van de zes beroepsgroepen in de gezondheidszorg (agogen, psychologen, psychiaters, psychotherapeuten, verpleegkundigen en vaktherapeuten). Zij zijn vanaf die tijd ook vertegenwoordigd in het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) in de GGZ. Dit heeft er onder andere toe geleid dat in 2006 de Federatie Vaktherapeutische Beroepen is opgericht, waarin de verenigingen voor psychomotorisch, beeldend, drama-, muziek- en danstherapeuten zijn opgenomen. Deze federatie heeft een taak in de kwaliteitsbevordering, kennisvermeerdering en positionering van vaktherapeuten.

### **Wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van richtlijnen.**

Hoewel de psychomotorische therapie zich sterk vanuit de praktijk heeft ontwikkeld, is er door de jaren heen ook aandacht geweest voor onderzoek. Met de roep om Evidence Based handelen in de GGZ is *wetenschappelijk onderzoek* onder psychomotorisch therapeuten weer hoger op de agenda komen te staan. Er bestaan kleinere of niet-vergelijkende studies naar de effectiviteit van verschillende vormen van PMT bij verschillende doelgroepen.

Psychomotorisch therapeuten participeren in de *ontwikkeling van landelijke multidisciplinaire richtlijnen* voor de behandeling van specifieke doelgroepen zoals door het Trimbos Instituut in samenwerking met het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO wordt aangestuurd. Ook praktijkgericht onderzoek en de consensus van experts wordt meegewogen bij het opstellen van de richtlijnen. Het curriculum van de opleidingen voor PMT op HBO-bachelor en HBO-master niveau weerspiegelt deze ontwikkeling: therapeuten in opleiding worden geschoold in wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek (zie paragraaf 3.4).

## 2. Psychomotorische therapie

### 2.1 Psychomotorische therapie: een definitie

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met *psychische problematiek*, waarbij op *methodische wijze* gebruik gemaakt wordt van *interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag*.

#### **Psychische problematiek**

Onder psychische problematiek worden hier zowel relatief lichte psychosociale of ontwikkelingspsychologische problemen als ernstiger psychiatrische stoornissen verstaan, evenals psychosomatische problemen en (secundaire) psychische reacties op chronische ziekten en handicaps. Met het oog op de leesbaarheid wordt in dit document psychische problematiek als overkoepelende term gebruikt.

Psychomotorische therapie is geschikt om dit gehele continuüm van psychische klachten te behandelen, omdat er een uitgebreid en flexibel in te zetten scala aan werkvormen, methodieken en strategieën beschikbaar is.

#### **Methodisch werken**

Psychomotorisch therapeuten werken doelgericht met hun cliënten en kunnen hun werkwijze onderbouwen en verantwoorden. Methodisch werken impliceert dat de therapeut op basis van diagnostische procedures (zie paragraaf 3.1.1) tot een verantwoord behandelplan komt, waarbij zowel de doelstellingen als de wijze waarop deze bereikt zullen worden helder omschreven zijn, en waarbij het behandelplan regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld wordt.

#### **Interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag**

Psychomotorisch therapeuten beschikken over een arsenaal aan werkvormen om de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te laten komen en stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich te laten richten op de beleving van het eigen lichaam. Het is daarbij mogelijk dat men zich primair richt op het bewegen of de lichaamsbeleving, maar doorgaans zijn beiden aan de orde. Deze interventies maken het primaire onderscheid tussen psychomotorische therapie en andere vaktherapieën.

Fahrenfort (1986) maakte het onderscheid tussen bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde methodieken.

Men spreekt wel van *bewegingsgeoriënteerde methodieken* wanneer er gebruik gemaakt wordt van activiteiten die hun oorsprong kennen in het bewegingsonderwijs en de sport- en spelcultuur. Dit kunnen individuele activiteiten zijn maar ook activiteiten die in teamverband plaatsvinden zoals voetbal, atletiek, skaten, klimmen, stoeisporten en zwemmen.

Onder *lichaamsgeoriënteerde methodieken* verstaat men oefeningen gericht op lichaamsbewustwording: Sensory Awareness, delen uit de Mindfulness Based Stress Reduction ofwel stressreductie door aandachtstraining, werken met spiegels en video; relaxatiemethoden; ademhalingsoefeningen en oefeningen afkomstig uit de bio-energetische traditie. Vele werkvormen zijn in deze tweedeling echter niet onder te brengen en kennen vaak ook symbolische aspecten. Te denken valt daarbij aan werkvormen uit de dans, bewegingsexpressie, Pesso Boyden Psychomotor Therapy, psychodrama, rollenspel en actietherapie, waarbij de nadruk ligt op het in beweging of met materiaal tot expressie brengen van gevoelens en gedachten en metaforisch vormgeven van individuele psychologische thema's.

In de praktijk van de psychomotorische therapie worden de methodieken vaak in combinatie gebruikt omdat op deze wijze de integratie van denken, voelen en handelen bevorderd kan worden.

De psychomotorisch therapeut beschikt over specifieke deskundigheid om de methodieken zodanig af te stemmen op de problematiek van de cliënt dat specifieke beleving en gedrag opgeroepen kunnen worden. Daarbij maakt de therapeut ook gebruik van verbale interventies, zoals bijvoorbeeld het

verbaal instrueren, het bespreken van en betekenis verlenen aan de ervaringen, feedback geven op of uitlokken van gedrag en het legitimeren en valideren van gevoelens.

## **2.2 Psychomotorische therapie: *de interventie***

Psychomotorische therapie kan op grond van het hierboven beschrevene in navolging van Van der Klis (1980, 1999) ook beschreven worden vanuit het perspectief van methodisch interveniëren. De definitie luidt dan als volgt:

Psychomotorische therapie is een professionele behandelingsvorm die zich kenmerkt door het planmatig en doelgericht construeren en manipuleren van *bewegings- en belevingsarrangementen* in een *psychotherapeutische context*.

De term *bewegings- en belevingsarrangementen* verwijst naar alle eerder onderscheiden methodieken en de combinaties hiervan in het praktisch handelen. De term *psychotherapeutische context* staat voor de behandeling van mensen met psychische problemen in de ruimste zin van het woord, zoals aan het begin van deze paragraaf omschreven.

Deze definitie maakt duidelijk dat de therapeut een bewegingssituatie *op maat* aanbiedt. Deze situatie wordt zodanig geconstrueerd dat de therapeutische doelstelling van de individuele cliënt gerealiseerd kan worden. Daarbij wordt cliënten de gelegenheid geboden om op zowel gedrags- als belevingsniveau een leer- c.q. ontwikkelingsproces door te maken, waarbij denken, voelen en handelen en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek centraal staan.

Psychomotorische therapie is daarmee primair een *experientiële* therapievorm; de essentie is de ervaring. Dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend op de hulpvraag van de cliënt.

## **2.3 Psychomotorische therapie: *theoretische basis***

Psychomotorische therapie is gebaseerd op theorievorming uit wetenschappelijke disciplines die elkaar deels overlappen: de filosofie, de sociale, ontwikkelings-, klinische, en gezondheidspsychologie, de geneeskunde (psychiatrie en Behavioural Medicine) en de bewegingswetenschappen.

De kernbegrippen die van belang zijn voor de theoretische basis van de huidige beroepspraktijk worden hier kort aangestipt.

### ***Een relationeel bewegingsconcept***

Men kan op diverse wijzen, vanuit diverse perspectieven, naar bewegen kijken. Door Gordijn (1975) is al het onderscheid gemaakt tussen een biomedische benadering – waarbij men bijvoorbeeld spiertonus meet - en een gedragswetenschappelijke benadering waarbij men bewegen als relationeel gebeuren ziet, waarin de intentionaliteit – de betrokkenheid op de wereld – focus van aandacht is.

Deze laatste gedachtegang is verder ontwikkeld en verfijnd en leidde tot het *relationele bewegingsconcept* zoals door Tamboer (1985, 1993) omschreven. Kort samengevat betreft dit een opvatting over bewegen, waarbij men kijkt naar het handelen van mensen, in die zin dat zij in het bewegen onlosmakelijk verbonden zijn met de omgeving en betekenissen onderkennen en realiseren. Voor de PMT is dit relationeel bewegingsconcept bij uitstek van belang omdat de doelstellingen van de therapie liggen op het gebied van (betekenisvol) handelen van mensen en niet op het verbeteren van fysiek functioneren vanuit een biomedische invalshoek, bijvoorbeeld het verbeteren van spierkracht.

### ***Het biopsychosociale model***

Het relationele bewegingsconcept zoals hierboven beschreven wordt gezien als het belangrijkste uitgangspunt voor PMT. Dat betekent niet dat er niet tevens gebruik gemaakt wordt van andere benaderingswijzen. Zo wordt er soms ook gebruik gemaakt van substantiële, inspanningsfysiologische benaderingen - bijvoorbeeld bij conditieverbetering in relatie tot stemmingsverbetering – maar in dat geval wordt het biomedische referentiekader verbonden met psychosociale modellen. Hiermee komen we op een tweede belangrijk uitgangspunt voor PMT: het gebruik maken van een biopsychosociaal model voor het kijken naar gezondheid en klachten (in navolging van Engel 1977, Sadock & Sadock

2004). Dit model, zoals gehanteerd in de psychologie en de psychiatrie, onderscheidt drie subsystemen die elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden: het biologische, psychologische en sociale systeem - en die gerelateerd zijn aan gezondheid. De klachten waarmee de cliënt bij de psychomotorisch therapeut komt kunnen begrepen worden vanuit de interacterende subsystemen – en de therapeut kan gebruik maken van interventies op het niveau van elk van de subsystemen. Het biopsychosociale model is tevens een basis voor internationaal gehanteerde diagnose- en classificatiesystemen, zoals de *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders* (DSM, APA 1994) en de *International Classification of Functioning, Disabilities and Health* (WHO 2001) die in de multidisciplinaire (G)GZ gebruikt worden (zie paragraaf 3.1.1).

### **Het levenslopperspectief<sup>2</sup>**

Het bovengenoemde biopsychosociale model krijgt een specifieke invulling als men de problematiek van de cliënt ook in een levenslopperspectief beschouwt. De therapeut beschouwt de problematiek *in het licht van de levensgeschiedenis*, het toekomstperspectief en de betekenis die deze voor de cliënt hebben. Hij draagt uit dat in elke levensfase veranderingsprocessen mogelijk zijn. Gezien de aard van de interventies is het ook van belang kennis te hebben van fasespecifieke ontwikkelingsaspecten. Elke levensfase brengt specifieke mogelijkheden en beperkingen in het cognitieve, sociale, emotionele en lichamelijke domein. Een therapeut die met kinderen werkt baseert zich deels op ontwikkelingspsychologische theorie en heeft kennis van motorische ontwikkeling nodig. Een therapeut die met ouderen werkt zal de gerontopsychologische en psychogeriatrische kennis en theorie moeten benutten. Voor psychomotorisch therapeuten is het bovendien bij uitstek van belang om de subjectieve beleving van bewegen en lichamelijkeheid ook in een levenslopperspectief te plaatsen. (Zie paragraaf 3.1.1.) De problematiek wordt niet alleen geplaatst in levensloopcontext, maar ook in context van gender, cultuur, sociale klasse, etc. (diversiteitsperspectief).

### **Klinisch en sociaal psychologische referentiekaders**

Psychomotorische therapie is op te vatten als een experiëntiële, bewegings- en lichaamsgerichte vorm van psychotherapie, en maakt daarom ook gebruik van constructen uit psychotherapeutische referentiekaders. Kort samengevat zijn drie hoofdstromingen daarbij van belang. Ten eerste de *cliënt centered* therapie, waarbij aandacht is voor thema's als lichaamsbewustzijn (felt sense, awareness) en (non)verbale expressie van emoties. Ten tweede het *psychodynamische model*, waarbij innerlijke conflicten en de uiting daarvan in het waarneembare (bewegings)gedrag voor de PMT van specifiek belang zijn. Ten derde het *cognitief-gedragstherapeutische model*, dat handvatten biedt voor het ontwikkelen van systematisch opgebouwde programma's voor gedragstraining in combinatie met het bewerken van disfunctionele cognities. Van daaruit zijn diverse relaxatietechnieken zijn ontwikkeld. Ook voor de PMT belangrijke concepten als competentiebeleving, attributiestijl en zelfbeeld zijn aan dit kader verwant.

PMT kan plaatsvinden in groepen en baseert zich dan mede op theorieën uit de groepsdynamica. Het betreft daarbij theorievorming over onder andere therapeutische factoren van groepen en hoe deze optimaal te benutten. Daar waar psychomotorisch therapeuten werken met gezinnen of delen van het gezin wordt gebruik gemaakt van systeemtheoretische benaderingen. Net als voor de groepsdynamica geldt ook hier dat de theorievorming over non-verbale aspecten van interactie van extra belang is voor de PMT.

Hoewel van iets andere orde, is ook de theorievorming vanuit oosterse benaderingswijzen over methodieken als yoga en meditatie van belang. Deze werkwijzen dringen toenemend door in de reguliere psychotherapie (denk aan Mindfulness Based Stress Reduction) en vertonen tevens verwantschap met in de PMT gehanteerde werkwijzen betreffende lichaamsbewustzijn.

De hier beschreven theoretische achtergronden zijn zeker niet volledig. Het geeft aan vanuit welke kaders psychomotorisch therapeuten hun handelen vormgeven en hun vak ontwikkelen.

---

<sup>2</sup> ook wel *life span developmental approach* genoemd

### 3. Beroepstaken van de psychomotorisch therapeut

Een psychomotorisch therapeut kan een groot aantal taken uitoefenen. Elke taak vraagt om specifieke kennis en vaardigheden die vanuit een passende attitude worden ingezet in een bepaalde situatie. De beroepstaken verwijzen in eerste instantie naar kennis, vaardigheden en attitude in de context van de psychomotorische therapie. Vanzelfsprekend dienen psychomotorisch therapeuten ook te beschikken over algemene therapeutische vaardigheden, een beschrijving hiervan is te vinden in het Profiel Vaktherapeutische Beroepen.

#### ***Niveaus in taakuitoefening***

In dit profiel zijn beroepstaken opgenomen die een psychomotorisch therapeut kan uitoefenen. In de praktijk krijgt uiteraard niet iedere psychomotorisch therapeut met al die taken te maken. Bovendien bestaan er tussen psychomotorisch therapeuten verschillen in opleidingsniveau en vakbekwaamheid die van invloed zijn op de taakuitoefening. Aan een psychomotorisch therapeut op Bachelor niveau kan en mag men niet dezelfde eisen stellen als aan een psychomotorisch therapeut op Master niveau. Een psychomotorisch therapeut op Master niveau is bijvoorbeeld specifiek geschoold in het verrichten van psychomotorisch onderzoek en diagnostiek en in het werken met complexe problematiek. Ook is er een onderscheid te maken in de mate van zelfstandigheid van werken. Er zijn ook psychomotorisch therapeuten die zich geschoold hebben binnen een universitaire Master of die langs een andere weg onderzoeksvaardigheden hebben verworven. Zij kunnen vanuit een Scientist Practitioner invalshoek werken en bijdragen aan onderzoek in de psychomotorische therapie. Bovengenoemde verschillen in niveaus en in toespitsing en uitwerking van het takenpakket laten onverlet dat iedere psychomotorisch therapeut over de beroepsvaardigheden beschikt om zelfstandig psychomotorische therapieën te plannen, uit te voeren en te evalueren. Bij deze beroepsvaardigheden worden ook de vaardigheden gerekend die noodzakelijk zijn om adequaat te kunnen samenwerken met hulpverleners uit andere disciplines.

#### ***Beroepstaken: een indeling***

De beroepstaken worden beschreven voor vier hoofdgebieden:

- Behandeling
- Organisatie
- Professionele ontwikkeling
- Onderwijs en onderzoek

In de bijlage wordt hiervan een puntsgewijs overzicht gegeven. In het onderstaande hoofdstuk worden de diverse taken uitvoeriger beschreven.

Binnen het hoofdgebied behandeling wordt onderscheid gemaakt tussen kerntaken en neventaken. De ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg leiden tot een verschuiving van taken: meer en meer blijkt er vraag te zijn naar onder andere ondersteuning, preventie en voorlichting. Als kerntaak is echter beschreven de behandeling, omdat een psychomotorisch therapeut in de eerste plaats wordt opgeleid tot therapeut.



## 3.1 Behandeling

### 3.1.1 Behandeling van psychische problematiek

De term behandelen geeft aan dat de psychomotorisch therapeut zich richt op het opheffen of verminderen van de psychische problematiek, het terugdringen van de gevolgen hiervan of het voorkomen van verergering van de problematiek. De behandeling geschiedt op grond van een diagnose, op indicatie en is gericht op met de cliënt overeengekomen doelstellingen.

- Aanmelding
- Intake en diagnostiek
- Diagnose-advies gesprek en behandelovereenkomst
- Psycho-educatie
- Uitvoeren van de behandeling
- Afsluiten en evaluatie van de behandeling

#### ***Aanmelding***

De psychomotorisch therapeut behandelt cliënten die zichzelf aanmelden, of die zich aanmelden op verwijzing van bijvoorbeeld een huisarts, een gezondheidszorginstelling, onderwijsinstelling, maatschappelijk werkende, eerstelijns psycholoog of psychiater. Als een psychomotorisch therapeut binnen een instelling werkzaam is, kan psychomotorische therapie deel uitmaken van het reguliere behandel aanbod en/of kunnen collega's binnen de instelling of de psychomotorisch therapeut zelf, cliënten indiceren voor psychomotorische therapie. De psychomotorisch therapeut vraagt de verwijzer en cliënt (of diens wettelijke vertegenwoordigers) naar de reden van aanmelding en stelt vast of de aanmelding kan worden vervolgd met een intake. Hij voorziet de cliënt van informatie over de intakeprocedure en de mogelijkheden voor behandeling en vraagt zo nodig, na schriftelijke toestemming van de cliënt, informatie op bij eerdere of andere behandelaars.

#### ***Intake en diagnostiek***

Voor iedere vorm van behandeling is het stellen van een diagnose noodzakelijk: een hypothese over de eventuele stoornis, over de oorzakelijke en instandhoudende factoren van de klachten. Psychomotorisch therapeuten hebben kennis van de gangbare diagnostische classificatiesystemen in de geestelijke gezondheidszorg: DSM IV-R, ICD-10 of ICF én van psychiatrische en/of (ontwikkelings)psychologische structurele diagnostiek. Zij kunnen deze diagnostiek relateren aan vakspecifieke begrippen, kaders, en behandelactiviteiten. Naast psychiatrische en/of (ontwikkelings)psychologische diagnostiek kan de psychomotorisch therapeut gebruik maken van psychomotorische diagnostiek en een vakspecifieke diagnose stellen. Waar de algemene diagnostiek nog niet is gedaan, dient de psychomotorisch therapeut voldoende geschoold te zijn om deze te doen, of anders een andere professional te consulteren.

De diagnostiek kent twee fasen.

##### *Diagnostiek fase 1: intake, anamnese en diagnostisch onderzoek*

In de eerste fase verzamelt de psychomotorisch therapeut de gegevens op basis van de klachten en hulpvraag bij aanmelding. Indien voorhanden maakt hij tevens gebruik van informatie geformuleerd in een dossier en/of verwijsbrief. Deze gegevens vult hij aan met een intakegesprek gericht op ontbrekende kennis over de achtergronden van de problematiek en de huidige leefsituatie van cliënt en met een bewegingsanamnese. Tevens vindt psychomotorische diagnostiek in engere zin plaats (Emck, 1997, 2007), waarbij bij voorkeur ook gebruik gemaakt wordt van betrouwbare en valide meetinstrumenten op het gebied van lichaamsbeleving (Scheffers e.a., 2006). Ook gaat hij na welke acties de cliënt al ondernomen heeft om zijn problematiek de baas te worden en hoe de cliënt zelf tegen zijn problematiek aankijkt. Via deze procedure toetst de psychomotorisch therapeut tevens of de hulpvraag zoals die geformuleerd is door de cliënt of verwijzer de kern van het probleem vormt en of een eventuele DSM-IV classificatie dan wel de (ontwikkelings)psychologische diagnose ondersteund kan worden<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Wijst de intake of het (psychomotorisch) onderzoek uit dat psychomotorische therapie niet is geïndiceerd, of dat er zelfs sprake is van een contra-indicatie, dan zal niet overgegaan worden tot behandeling en wordt beargumenteerd terug- of doorverwezen.

### *Diagnostiek fase 2: formuleren van diagnose, indicatiestelling en opstellen behandelplan*

In de tweede fase formuleert de psychomotorische therapeut een algemene en vakspecifieke diagnose en stelt vast of en welke vorm van psychomotorische therapie geïndiceerd is. Hij overweegt de mogelijke werkwijzen, doelstellingen en methoden en de haalbaarheid van behandeling en stelt vervolgens een behandelplan op.

#### **Diagnose-advies gesprek en behandelovereenkomst**

Wanneer er een diagnose en indicatie gesteld zijn, volgt een diagnose-advies gesprek met de cliënt. Hierin bespreekt de psychomotorisch therapeut de diagnose met de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger en adviseert over de mogelijkheden van de behandeling.

Hij bespreekt behandeldoelen, werkwijze, methodiek, technieken en duur van de behandeling.

Wanneer psychomotorisch therapeut en cliënt hierover overeenstemming hebben, kan een behandelovereenkomst gesloten worden en de behandeling doelgericht worden uitgevoerd.

De doelstellingen van psychomotorische therapie worden expliciet naar voren gebracht binnen de daartoe geëigende documenten en kaders, bijvoorbeeld in het behandelplan, in overleggen met de cliënt of in het behandelteam.

De therapeut maakt met de cliënt werkafspraken met betrekking tot behandelfrequentie, tijdstip, aanwezigheid, verantwoordelijkheid, evaluatiemomenten, veiligheid, investering, financiën en de klachtenregeling en legt deze zonodig vast in een contract. Hij rapporteert aan de cliënt, verwijzer, en (eventueel) het behandelteam over het behandelplan.

#### **Psycho-educatie**

Zowel tijdens het diagnose-advies gesprek als gedurende de behandeling is psycho-educatie vaak gewenst. Bij psycho-educatie wordt informatie wordt verstrekt aan de cliënt - of diens wettelijk vertegenwoordiger en direct betrokkenen, zoals partner en familie - over de symptomen en achtergronden van symptomen, oorzaken en beloop van de ziekte, behandelingsmogelijkheden en voorkomen van terugval.

Per ziektebeeld verschilt de inhoud, uitwerking, toepassing vorm en fasering door ziektegebonden factoren (zoals oorzaak, beloop symptomatologie en prognose), behandelgebonden factoren (welke behandel mogelijkheden zijn er en wat zijn de verwachtingen ervan), persoonsgerichte factoren (de persoonlijkheid van de cliënt, zijn copingstijl maar ook leeftijd, cognitieve vermogens en de relatie met en reactie van verwanten) en de grootte en draagkracht van het steunsysteem (Hoenkamp en Haffmans, 2008). Het gaat hierbij met name om die factoren die van invloed zijn op of relevant zijn voor de psychomotorisch therapeutische behandeling en de effecten daarvan.

#### **Uitvoeren van de behandeling**

Om de doelstellingen van de behandeling te bereiken volgt de psychomotorisch therapeut een specifieke behandelstrategie. Voor deze behandelstrategieën zijn verschillende indelingen mogelijk. Onderstaande indeling is voor een algemeen psychomotorisch therapeutisch profiel bruikbaar omdat deze niet gebonden is aan bepaalde psychotherapeutische referentiekaders en past bij een biopsychosociale (Engel, 1980) en integratieve (Petzold, 1996) benadering.

- **De oefengerichte-functionele strategie**

Deze strategie is gericht op stabilisering en op het ontwikkelen en/of herstellen van de functies van het lichaam.

Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij een aanbod gericht op spanningsregulatie. Meestal vindt een dergelijk aanbod gestructureerd en in de vorm van een training plaats. Ook fitness- en sportactiviteiten gericht op functionele aspecten als beweeglijkheid, lenigheid, uithoudingsvermogen, kracht, oefeningen gericht op lichaamsbewustwording en ademhaling en sterk gedragsgeoriënteerde trainingen maken deel uit van deze strategie.

- **De ervaringsgerichte-stimulerende strategie**

Deze strategie is primair gericht op het aanbieden van concreet-lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen en daarmee op het uitbreiden van mogelijkheden en gedragsrepertoire. Het ontwikkelen van of herontdekken van (bewegings)mogelijkheden kan ook onderdeel van deze strategie zijn en daarmee bevat deze strategie dus elementen van identiteitsversterking, zelfontplooiing en persoonlijkheidsontwikkeling.

Te denken valt aan het werken met contextmanipulatie binnen bewegingssituaties, bewegingsimprovisatie en bewegingsexpressie, Sensory Awareness.

▪ *De ontdekkende-conflictgerichte strategie*

Binnen deze strategie staat inzicht in en waar mogelijke verwerking van (elementen uit) de persoonlijke biografie centraal. Het accent ligt meer dan in de vorige strategieën op de koppeling van lichamelijke ervaringen in het hier en nu met vroegere sferen, gebeurtenissen en ervaringen. Niet alleen inzicht maar ook het aanbieden van corrigerende ervaringen op het niveau van het lichaam is van belang.

Gedacht kan worden aan elementen uit de actieve therapie, Pessu Boyden Psychomotor Therapy, Gestalttherapie of andere benaderingen waarin symbolisch werken en beleefde en relationele lichamelijke geïntegreerd worden.

De overgangen tussen de verschillende strategieën zijn min of meer glijdend. De strategieën kunnen zowel op individueel, groeps-, als systeemniveau worden aangeboden. De keuze van de strategie is afhankelijk van het doel van de therapie en de fase van de therapie. Vanzelfsprekend wordt rekening gehouden met draagkracht en problematiek van de cliënt.

Benadrukt moet worden dat er geen sprake is van een hiërarchie in die zin dat altijd gestreefd zou moeten worden naar een ontdekkende fase. Wel zou gesteld kunnen worden dat ervaringen die opgedaan worden tijdens de oefengerichte strategie vaak een essentiële voorwaarde zijn tot verandering omdat concrete veranderingen op gedragsniveau zeker mede afhankelijk zijn van contact met en grip op het lichaam.

Naast het kiezen voor en toepassen van bovenvermelde strategieën, bewaakt de psychomotorisch therapeut de opbouw van de behandeling, legt het verloop van de therapie schriftelijk vast, stelt dit ter inzage van de cliënt en bespreekt dit, indien de cliënt dat wenst. Zonodig stelt hij in overleg met de cliënt de (doelen van de) behandeling tussentijds bij. Hij onderhoudt met toestemming van de cliënt contact met eventuele andere hulpverleners over afstemming en verloop van de behandeling.

De psychomotorisch therapeut reflecteert over zijn eigen handelen tijdens het behandelproces en bespreekt indien nodig therapieën met collega's, in intervisie en/of supervisie, waarbij de regelgeving rondom privacy van de cliënt in acht genomen wordt.

Zoals eerder vermeld worden naast bovenvermelde ook andere indelingen van behandelstrategieën gehanteerd (zie bijvoorbeeld van Hattum en Hutschemaekers, 2000). Voor enkele stoornissen is de behandeling op hoofdpunten beschreven (producten) of meer gedetailleerd uitgewerkt (modulen). Er wordt naar gestreefd om met wetenschappelijk onderzoek de effectiviteit en efficiëntie van deze modules te onderbouwen en te verbeteren en nieuwe modules te beschrijven en te toetsen.

***Afsluiten en evaluatie van de behandeling.***

De therapeut ondersteunt de cliënt in de afronding van de behandeling en evalueert de therapie met de cliënt volgens de behandelafspraken. Hij besteedt aandacht aan de toekomst van de cliënt in relatie tot de behandeldoelen en bespreekt met de cliënt eventuele vervolgbehandeling en verwijzing. De psychomotorisch therapeut verzorgt de eindrapportage ten behoeve van de cliënt, verwijzer en (eventueel) het behandelteam en draagt zorg voor passende dossiervorming. Een cliënttevredenheidsonderzoek kan onderdeel zijn van deze fase van afronding van de behandeling.

### **3.1.2 Neventaken**

Naast de kerntaak behandeling kunnen als neventaken worden onderscheiden:

- Begeleiding
- Preventie
- Consultatie
- Training
- Psycho-educatie

Aangezien dit geen kerntaken betreft, worden ze niet in de definitie genoemd. Omdat deze neventaken van toenemend belang zijn in de psychomotorische praktijk, werken wij ze hier toch uit. In sommige gevallen kunnen de neventaken op zichzelf staan. Vaak ook zijn deze taken vervlochten met de behandeling.

### **Begeleiding**

Een psychomotorisch therapeut kan in specifieke situaties begeleidingstaken op zich nemen. In voorkomende gevallen zal er sprake zijn van een combinatie van behandelen en begeleiden.

### **Preventie**

De psychomotorisch therapeut kan preventietaken op zich nemen om de kans op het (opnieuw) optreden of verergeren van ziekten of gezondheidsproblemen te verminderen. Onderscheiden worden primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Bij *primaire preventie* is er nog geen sprake van gezondheidsproblemen. Het gaat er om te voorkomen dat deze zullen ontstaan. Hiertoe moeten een of meer determinanten van gezondheidsproblemen bekend en beïnvloedbaar zijn. Een psychomotorisch therapeut kan bijvoorbeeld zijn competenties inzetten bij het voorkomen van overgewicht bij bepaalde groepen kinderen.

*Secundaire preventie* is het vroegtijdig opsporen en behandelen van risicofactoren, voordat deze tot symptomen of klachten leiden, bijvoorbeeld een training in het vroegtijdig leren waarnemen van en beïnvloeden van lichamelijke spanningssignalen voor werknemers in een bedrijf met een hoog ziekteverzuim.

*Tertiaire preventie* valt meestal samen met curatieve zorg. Deze is erop gericht verslechtering van de gezondheidstoestand te voorkomen. Een voorbeeld hiervan is wanneer een psychomotorisch therapeut de leefstijl van cliënten onderzoekt die een behandeling voor depressie hebben afgesloten. Voor cliënten met een passieve leefstijl wordt een terugvalpreventieprogramma aangeboden, waarin zij een keer per week een inspanningsprogramma volgen.

Voorlichten is ook een belangrijk onderdeel van preventietaken, bijvoorbeeld het verspreiden van foldermateriaal over de mogelijkheden van psychomotorische therapie bij een specifiek gezondheidsprobleem.

Voorlichten kan mondeling gebeuren, maar kan ook geschieden door middel van foldermateriaal, via een website of anderszins.

### **Consultatie**

Consultatie betekent dat een psychomotorisch therapeut meehelpt het probleem van de adviesvrager (bijvoorbeeld cliënt, bedrijf, non-profit organisatie, ziekenhuis) te analyseren en voorstellen voor oplossingen doet vanuit een psychomotorisch therapeutische invalshoek.

Binnen bepaalde zorginstellingen zoals psychogeriatric, verstandelijk gehandicapten zorg en orthopedagogische instellingen geven psychomotorisch therapeuten veelvuldig omgangsadviezen aan het verpleegkundig team, woongroep-begeleiders, leerkrachten of ouders.

### **Training**

Psychomotorisch therapeuten kunnen ook trainingen geven, bijvoorbeeld in het bedrijfsleven of aan het personeel van een zorginstelling. De training kan bedoeld zijn om de samenwerking tussen personeelsleden te verbeteren en hun communicatieve vaardigheden aan te spreken.

Andere voorbeelden op het gebied van trainingen zijn het inzetten van psychomotorisch therapeuten voor trainingen in agressiehantering voor personeel of weerbaarheidstraining voor verstandelijk gehandicapten.

### **Psycho-educatie**

Psycho-educatie vormt een onderdeel van de behandeling en kan een neventaak vormen binnen het takenpakket van een psychomotorisch therapeut wanneer hij door of voor andere professionals wordt ingeschakeld terwijl deze de betreffende cliënt niet in behandeling heeft. Psychomotorisch therapeuten kunnen een vakspecifieke bijdrage leveren vanuit hun relationele visie op bewegen en lichamelijke en vanuit hun kennis van het bewegingsapparaat, fysiologie en anatomie.

### 3.2 Organisatie

- Samenwerken rondom behandeling
- Samenwerken in een organisatie
- Beheer van randvoorwaarden

#### ***Samenwerken rondom behandeling***

Een psychomotorisch therapeut heeft natuurlijk niet alleen te maken met de cliënt die in behandeling komt, maar ook met andere professionals die bij de behandeling betrokken zijn. Binnen instellingen kan hij op intensieve wijze samenwerken in een behandelteam, op een afdeling, of in een dienst of praktijk. Hij participeert in multidisciplinaire overlegvormen ten behoeve van de cliënt. Hij is in staat om een zowel mondeling als schriftelijk een bijdrage te leveren aan een meer omvattend behandelplan, waarbij de psychomotorische therapie een onderdeel is van de totale behandeling. Zijn bijdrage kan zowel betrekking hebben op de diagnostische fase, het verloop van de therapie als op de evaluatie van de behandeling.

Ook als vrijgevestigd therapeut heeft de vaktherapeut op tal van momenten te maken met andere professionals en instanties, zoals verwijzers, huisartsen, zorgverzekeraars en uitkeringsinstanties. De psychomotorisch therapeut draagt zorg voor heldere informatie omtrent zijn behandelaanbod en de aanmeldprocedure voor verwijzers en (eventueel) het behandelteam.

#### ***Samenwerken in een organisatie***

Waar dat voor het organiseren van de behandeling van belang is, overlegt de psychomotorisch therapeut met anderen. Hij stemt zijn werkzaamheden af met andere disciplines die actief zijn in de behandeling van en zorg voor de cliënt.

De psychomotorisch therapeut levert bijdragen aan de ontwikkeling van het behandelbeleid van de instelling, afdeling, dienst of praktijk door deel te nemen aan overlegvormen of bij te dragen aan het opstellen van beleidsnota's.

Hij levert bijdragen aan de onderlinge samenwerking door het organiseren of bijwonen van intervisie, refererbijeenkomsten en onderlinge consultatie. Hij geeft eventueel leiding aan vaktherapeuten of andere disciplines.

#### ***Beheer van randvoorwaarden***

De psychomotorisch therapeut heeft kerntaken die niet direct cliëntgebonden zijn, maar wel noodzakelijk voor een goede en vanuit praktisch oogpunt gezien veilige psychomotorische behandeling. Zowel taken binnen de werkorganisatie, waaronder management- en organisatietaken, als het voorbereiden van de cliëntgebonden taken (administreren en documenteren) behoren tot het taakgebied beheer. Ook het scheppen van randvoorwaarden en onderhoudstaken met betrekking tot het gebruik van behandelruimte en materiaal vallen hieronder. (Zie Beroepscode Psychomotorisch therapeut.)

### 3.3 Professionele ontwikkeling

Psychomotorisch therapeuten dienen na afsluiting van hun opleiding en na het behalen van een registratie of seniorregistratie bij de SRVB<sup>4</sup> hun vak kennis op peil te houden en te toetsen. De eisen die gesteld worden aan (her)registratie zijn mede vanuit dit perspectief ontwikkeld.

De psychomotorisch therapeut dient in daartoe geëigende overlegvormen ten behoeve van het *beroepsmatig handelen* - zoals intervisie en supervisie - zijn kennis, kunde, en persoonlijk en vakmatig functioneren als psychomotorisch therapeut bespreekbaar te maken.

De psychomotorisch therapeut verdiept zijn *kennis* door deel te nemen aan bij- en nascholing, aansluitend op de eigen beroepspraktijk. Hij stelt zich op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen door deel te nemen aan studiedagen, symposia, congressen, cursussen e.d. welke in relatie staan tot het eigen vakgebied. Ook houdt hij vakliteratuur bij en integreert nieuwe ontwikkelingen in de eigen werkzaamheden.

### 3.4 Onderwijs en onderzoek

- Overbrengen van kennis en ervaring aan anderen
- Bijdrage leveren aan onderzoek en ontwikkelen van behandelingen
- Profileren van het beroep vaktherapeut

#### ***Overbrengen van kennis en ervaring aan anderen***

Psychomotorisch therapeuten leveren bijdragen aan opleidingen in de gezondheids- en welzijnzorg door als (gast)docent les te geven. De psychomotorisch therapeut begeleidt en beoordeelt stagiaires van opleidingen in de psychomotorische therapie, op grond van stageovereenkomsten en onderhoudt contact met bedoelde opleidingen over de stage. Hij levert (eventueel) bijdragen aan stages van hulpverleners uit andere disciplines. De psychomotorisch therapeut verzorgt op studiedagen, symposia en congressen lezingen, presentaties of workshops.

Daartoe bevoegde psychomotorisch therapeuten geven tevens (opleidings)supervisie.

#### ***Bijdrage leveren aan onderzoek en ontwikkelen van behandelingen***

Omdat psychomotorisch therapeuten hun therapie inzichtelijk willen maken en waar mogelijk toetsen en wetenschappelijk onderbouwen, is het belangrijk dat psychomotorisch therapeuten hun behandeling systematiseren. Daarnaast is ook inspelen op nieuwe ontwikkelingen in de verschillende werkvelden of bij specifieke doelgroepen en nieuwe zorgvragen van belang. De psychomotorisch therapeut draagt dan ook bij aan het ontwerpen en ontwikkelen van nieuwe behandelvormen, -theorieën en –strategieën en kan dit beschrijven in bijvoorbeeld modules en producten. Hij zet praktijkgericht onderzoek op, voert het uit of verstrekt gegevens voor onderzoek van anderen.

#### ***Profileren van het beroep psychomotorisch therapeut***

De psychomotorisch therapeut vertegenwoordigt en behartigt de belangen van de beroepsgroep buiten en binnen de eigen organisatie. Dit kan via bijvoorbeeld: publiceren in vakbladen, op internet of andere media; bijdrage leveren aan studiedagen of (andere) activiteiten van de beroepsvereniging of Federatie van Vaktherapeutische Beroepen; bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling van richtlijnen, modules of producten die aansluiten bij actuele vragen in de werkerreinen van de psychomotorisch therapeut en ontwikkelt methoden, technieken en richtlijnen om de kwaliteit van psychomotorische therapie te optimaliseren.

---

<sup>4</sup> zie SRVB: Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen

#### 4. Werkvelden van psychomotorisch therapeuten

Psychomotorisch therapeuten zijn werkzaam binnen een breed scala aan werkvelden. Verreweg de meeste van hen werken binnen instellingen voor (geestelijke) gezondheidszorg. Een aantal heeft een eigen praktijk of is anderszins vrijgevestigd. Hieronder volgt een overzicht van de verschillende typen instellingen waar psychomotorisch therapeuten werkzaam zijn:

##### **Gezondheidszorg**

- Intramurale gezondheidszorg  
algemene psychiatrische ziekenhuizen  
psychiatrische afdelingen van algemene en/of academische ziekenhuizen  
militaire psychiatrische klinieken  
kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken/centra  
klinieken voor verslavingszorg  
forensisch psychiatrische klinieken/ afdelingen op APZ.  
medisch kinderdagverblijven /-tehuizen  
psychotherapeutische gemeenschappen  
epilepsiecentra  
herstellingsoorden  
astma-centra  
revalidatiecentra  
verpleeghuizen voor somatisch zieken en psychogeriatrische patiënten  
instellingen voor mensen met een zintuiglijke handicap
- Semi- en extramurale gezondheidszorg  
Regionale Instituten voor Ambulante GGZ (RIAGG)  
Multi Functionele Eenheden geestelijke gezondheidszorg  
psychiatrische dag- en poliklinieken  
particuliere praktijk  
therapie aan huis projecten  
gezondheidscentra  
fysiotherapiecentra  
psychologen of pedagogen praktijken
- Instellingen voor verstandelijk gehandicapten  
residentiële centra voor licht verstandelijk gehandicapten  
residentiële centra voor verstandelijk gehandicapten  
instellingen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten  
dagverblijven voor mensen met een meervoudige handicap

##### **Orthopedagogische instellingen**

- Speciaal Onderwijs  
Scholen voor kinderen met een visuele beperking: Cluster 1  
Scholen voor kinderen met een auditieve of communicatieve stoornis: Cluster 2.  
Scholen voor kinderen met een Lichamelijke en/of verstandelijke beperking of langdurig zieke kinderen zonder lichamelijke handicap: Cluster 3.  
Scholen voor kinderen met een gedragsstoornis: Cluster 4.  
Pedologische Instituten  
overige schoolvormen in het speciaal basis en middelbaar onderwijs

- Instellingen (projecten) voor Jeugdhulpverlening  
opvanghuizen  
instituten voor zeer intensieve behandeling  
dagcentra voor schoolgaande jeugd

### **Justitiële instellingen**

Penitentiaire (jeugd) instellingen  
TBS-klinieken  
Forensisch Psychiatrische Afdelingen/ -Instellingen

### **Overige organisaties**

instellingen voor seksespecifieke hulpverlening  
instituten voor slachtofferhulp / daderhulp  
instellingen voor hulp aan oorlogsslachtoffers/daders  
vluchtelingenhulp  
transculturele hulpverlening  
uitzending naar buitenland (bijv. voor War Child)  
hospitium  
reïntegratiecentra  
maatschappen of samenwerkingsverbanden met andere professionals.



## Referenties

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders, fourth edition. Washington: APA.
- Engel, G.L (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Emck, C. (1997). Een diagnostische procedure voor psychomotorische therapie. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 127-141.
- Emck, C. (2003). Een relationeel protocol. Het gedachtegoed van Gordijn als hernieuwde inspiratie of als "mission impossible" voor de PMT? *Tijdschrift voor psychomotorische Therapie*, 9 (4), 4-10.
- Emck, C., Bosscher, R.J. & Hammink, M.N. (2007). *PsyMot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Utrecht: 't Web.
- Fahrenfort, J. (1986). *Psychomotorische therapie. Een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeörienteerde methoden in de psychiatrie*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2008). *Beroepsprofiel vaktherapeutische beroepen*. Utrecht: FVB.
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000). *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Hoenkamp, E. & Haffmans, P.M.J. (2008). *Psycho-educatie in de GGZ en de verslavingszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Klis, P. van der (1980). Prikken of een scheut azijn: over contextmanipulatie als behandelingsprincipe. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 9, 46-60.
- Klis, P. van der (1999). De grenzen van de psychomotorische therapie: over rekkelijken en preciezen. *Bewegen & Hulpverlening*, 16, 208-221.
- Lange, J. de (1998). Van lijfswang tot lichaamswerk: geschiedenis van de bewegingsruimte in de Nederlandse inrichtingspsychiatrie 1927-1975. *Bewegen & Hulpverlening*, 15, 3-104.
- Probst, M. & Bosscher, R.J. (2001). Psychomotorische therapie in Vlaanderen en Nederland. In M. Probst & R.J. Bosscher (red.) *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*, pp 1-17. Zeist: Cure & Care.
- Petzold, H.G. (1996). *Integrative Bewegungs und Leibtherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Sadock, B.J. & Sadock, V. (2004). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia : Lippincott, Williams, Wilkins.
- Scheffers, M, Rekkers, M. & Bosscher, R.J. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbevelingen voor psychomotorisch therapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 21-27.
- Tamboer, J.W.I. (1985). *Mensbeelden achter bewegingsbeelden*. Haarlem: De Vrieseborch.
- Tamboer, J.W.I. (1993). *Filosofie van de bewegingswetenschappen*. Amersfoort: Academische Uitgeverij.
- World Health Organisation (2001). *International classification of functioning, disabilities an Health*. Geneve: WHO.