

Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld

-Ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct-

Publicatie van dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door:



© Copyright Shaker Publishing 2003

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the publishers.

Printed in The Netherlands.

ISBN 90-423-0233-X

Shaker Publishing BV

St. Maartenslaan 26

6221 AX Maastricht

Tel.: 043-3500424

Fax: 043-3255090

[http:// www.shaker.nl](http://www.shaker.nl)

Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld
-Ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct-

Psychomotor Assessment in Child and Adolescent Psychiatry
-Development of a PsychoMotor Diagnostic Construct-

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de Rector Magnificus
Prof.dr.ir. J.H. van Bommel

en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 15 oktober 2003 om 11.45 uur

door
Monique Natasja Hammink
geboren te Almelo

Promotiecommissie:

Promotoren :

Prof.dr. F. Verheij

Prof.dr. A. Vermeer

Overige leden:

Prof.dr. F.C. Verhulst

Prof.dr. H.M. Evenhuis

Prof.dr. M.J. Jongmans

Inhoudsopgave

Inleiding

Hoofdstuk 1	Aanleiding tot het onderzoek	13
1.1	Inleiding	13
1.2	Het lichaam spreekt, wie luistert?	14
1.3	Kwaliteit van zorg, gerelateerd aan psychomotorische diagnostiek en therapie	15
1.4	Systematische, modelmatige en handelingsgerichte diagnostiek	17
1.5	Richtlijnen, producten, modules en protocollen	18
1.6	Uitgangspunt en vorm van het onderzoek	19
1.7	Kwaliteitseisen	20
1.8	Naar een vraagstelling	21
1.9	Opzet van het onderzoek	23
1.10	Leeswijzer	24

Deel I Begrippenkader voor het onderzoek

Hoofdstuk 2	Continuïteit en discontinuïteit in de ontwikkeling	27
2.1	Inleiding	27
2.2	Biologische basis en omgevingsinvloeden	28
2.3	De eerste levensjaren	32
2.4	De peuter- en kleuterleeftijd	36
2.5	De basisschoolleeftijd	38
2.6	De adolescentie	42
2.7	Conclusies	45

Hoofdstuk 3	Psychomotorische ontwikkeling	47
3.1	Inleiding	47
3.2	De motorische ontwikkeling	47
3.3	De motoriek en de ontwikkeling van het zelfbeeld	50
3.4	De vroege motoriek als indicator voor ontwikkelingsstoornissen	54
3.5	De psychomotorische ontwikkeling tijdens de eerste drie levensjaren	57
3.6	De psychomotorische ontwikkeling tijdens de peuter- en kleuterleeftijd	61
3.7	De psychomotorische ontwikkeling tijdens de basisschoolleeftijd	63
3.8	De psychomotorische ontwikkeling tijdens de adolescentie	64
3.9	Conclusies	65

Hoofdstuk 4	Ontwikkelingsproblematiek van kinderen en jeugdigen in het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld	67
4.1	Inleiding	67
4.2	Oorzakelijkheid bij psychopathologie	67
4.3	Ontwikkelingsfasen	69
4.4	De doelgroep	70
4.4.1	Algemeen	70
4.4.2	Infants	71

4.4.3	Kinderen	71
4.4.4	Jeugdigen	72
4.5	Psychomotoriek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie	72
4.6	(Dag)klinische observatie en behandeling	74
4.6.1	Algemeen	74
4.6.2	Infants	76
4.6.3	Kinderen	76
4.6.1	Jeugdigen	77
4.7	PMT binnen de (dag)klinische observatie en behandeling	78
4.8	Conclusies	79
Hoofdstuk 5	Psychomotorische therapie	83
5.1	Inleiding	83
5.2	Het gebrek aan een eenduidig conceptueel kader voor psychomotorische therapie	83
5.3	Psychomotorische therapie bij kinderen en jeugdigen	88
5.4	Indicaties en doelen binnen de PMT met kinderen en jeugdigen	91
5.5	Conclusies	94
Hoofdstuk 6	Een kader voor systematische psychomotorische diagnostiek	97
6.1	Inleiding	97
6.2	Een wetenschappelijk kader	97
6.3	De ICIDH en het biopsychosociale ontwikkelingsdenken: een referentiekader	99
6.4	Naar een psychomotorisch diagnostisch construct	104
6.5	Conclusies	105
Deel II	Het onderzoek	
Hoofdstuk 7	Een inventarisatie van PsychoMotorische Onderzoeksmethoden en Diagnostische Instrumenten	111
7.1	Inleiding	111
7.2	Psychomotorische diagnostiek: dimensies, doelen en methoden	112
7.3	Kanttekeningen bij bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten	114
7.4	Toepassing van bestaande instrumenten bij bijzondere doelgroepen	116
7.5	Psychometrische eisen	118
7.6	Een overzicht van bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten	120
7.7	Conclusies	121
Hoofdstuk 8	Het gebruik van PsychoMotorische Diagnostische Instrumenten in het werkveld	123
8.1	Inleiding	123
8.2	Korte vragenlijst	124
8.2.1	Methode	124
8.2.2	Resultaten	124
8.2.3	Discussie	125
8.3	Uitgebreide vragenlijst	125
8.3.1	Methode	125

	8.3.2 Resultaten	125
	8.3.3 Discussie	131
8.4	Interviews	132
	8.4.1 Methode	132
	8.4.2 Resultaten	135
	8.4.3 Discussie	140
8.5	Expertinterviews	140
	8.5.1 Methode	140
	8.5.2 Resultaten	141
	8.5.3 Discussie	143
8.6	Conclusies	143
Hoofdstuk 9	De ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct	147
9.1	Inleiding	147
9.2	De ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct tot nu toe	147
9.3	Strakke grenzen of ruime grenslijnen	148
9.4	Het Reductiepanel	150
	9.4.1 Methode	150
	9.4.2 Resultaten	152
	9.4.3 Discussie	153
9.5	Het Randpanel	153
	9.5.1 Methode	153
	9.5.2 Eerste schriftelijke ronde	157
	9.5.3 Discussiebijeenkomst	161
	9.5.4 Tweede schriftelijke ronde	166
	9.5.5 Resultaten	169
	9.5.6 Discussie	170
9.6	Conclusies	170
Hoofdstuk 10	Implementatie van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct	171
10.1	Inleiding	171
10.2	Voorwaarden voor implementatie	171
	10.2.1 Methode	172
	10.2.2 Resultaten	173
10.3	De opbouw van het PMDC	178
	10.3.1 Handleiding	178
	10.3.2 Checklist	180
	10.3.3 Omschrijving van de items	181
	10.3.4 Basisbewegingsaanbod	181
	10.3.5 Overzichtsschema	181
	10.3.6 Psychomotorisch onderzoeksverslag	182
	10.3.7 Aanmeldingsformulier voor psychomotorisch onderzoek	182
10.4	Implementatie van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct	182
	10.4.1 Methode	182
	10.4.2 Resultaten	185
	10.4.3 Discussie	191
10.5	Conclusies	193

Nabeschouwing

Hoofdstuk 11	Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek	199
11.1	Inleiding	199
11.2	De PMT-er als diagnosticus	199
11.3	Conclusies met betrekking tot de relevantie van het onderzoek	201
11.3.1	De relevantie voor kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek	201
11.3.2	De relevantie voor instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie	201
11.3.3	De relevantie voor individuele PMT-ers	202
11.3.4	De relevantie voor het vak PMT	202
11.3.5	De relevantie voor opleidingen op het gebied van PMT	204
11.3.6	De relevantie voor andere onderzoekers op het gebied van de PMT	204
11.3.7	De relevantie voor de maatschappij	204
11.4	Aanbevelingen voor verder onderzoek	204
11.4.1	Nader psychometrisch onderzoek naar het PMDC	205
11.4.2	Psychometrisch onderzoek van een aantal veldinstrumenten	205
11.4.3	Onderzoek naar generalisatiemogelijkheden van het PMDC naar andere doelgroepen	205
11.4.4	Onderzoek naar generalisatiemogelijkheden van het PMDC naar andere vaktherapeutische disciplines	205
11.4.5	Onderzoek naar de mogelijkheden van het gebruik van het PMDC binnen ambulante settings en vrijgevestigde PMT-praktijk	206
11.4.6	Onderzoek naar de haalbaarheid en zinvolheid van het oprichten van een kenniscentrum met betrekking tot psychomotorische diagnostiek	206
11.4.7	Nader onderzoek naar een eenduidig overkoepelend conceptueel kader voor de PMT	207
11.4.8	Onderzoek naar de mogelijkheid van het opstellen van profielen op basis van het PMDC	207
11.4.9	Onderzoek naar de toegevoegde waarde en mogelijkheden van Gezinsdiagnostiek	208
11.5	Scholing in het gebruik van het PMDC	209
11.6	Epiloog	210
Literatuur		211
Samenvatting		229
Summary		233
Appendix 1:	Overzichtstabel van psychomotorisch diagnostische instrumenten	238
Appendix 2:	Het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct (PMDC)	
	Handleiding bij het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct (PMDC)	255
Bijlage 1	Checklist PMDC	269
Bijlage 2	Omschrijvingen van de items	279
Bijlage 3	Basis Bewegingsaanbod	299

Bijlage 4	Overzichtsschema	311
Bijlage 5	Psychomotorische diagnostische instrumenten voor progressieve diagnostiek	323
Bijlage 6	Psychomotorisch onderzoeksverslag	347
Bijlage 6a	Voorbeeld van een Psychomotorisch onderzoeksverslag	349
Bijlage 7	Aanmeldingsformulier PsychoMotorisch Onderzoek (PMO)	353
Dankwoord		355
Curriculum vitae		357

*Your children are not your children.
They are the sons and daughters of life's longing for itself.
They come through you, but they are not from you.
And though they are with you, they belong not to you.
You can give them your love, but not your thoughts.
They have their own thoughts.
You can house their bodies, but not their souls.
For their souls dwell in a place of tomorrow.
Which you can not visit, not even in your dreams.
You can try to be like them,
but you can not make them just like you.
(Kahlil Gilbran vertolkt door Astrid Serieze, 1998)*

Inleiding

Hoofdstuk 1 Aanleiding tot het onderzoek

Als wij niet meer geloven dat 't kan

Wie dan wel?

Als wij niet meer vertrouwen op houden van

Wie dan wel?

Als wij niet meer proberen

Om van fouten wat te leren

Als wij 't getij niet keren

Wie dan wel?

Als wij niet meer zeggen hoe het moet

Wie dan wel?

Als wij niet meer weten wat er toe doet

Wie dan wel?

Als wij er niet in slagen

De ideeën aan te dragen

Voor een kans op betere dagen

Wie dan wel?

Als wij niet meer geloven dat het kan

Wie dan wel?

Als wij niet meer komen met een plan

Wie dan wel?

Als wij er niet voor zorgen

Dat de toekomst is geborgen

Voor de kinderen van morgen

Wie dan wel?

Als wij onszelf niet dwingen

Een gat in de lucht te zingen

Waar zij in kunnen springen

Wie dan wel?

(Paul van Vliet - Een gat in de lucht - 1990)

1.1 Inleiding

De eerste maanden tot jaren van zijn leven snapt een kind nog heel veel niet van de grote wereld waarin het is terecht gekomen. Praten kan het nog niet. Toch vertelt het al een heleboel. De sensitieve en responsieve ouder kijkt naar het kind, ziet diens behoeften, angsten en onzekerheden en speelt daar op in. Al voordat het kleine wezentje een woord kan uitbrengen, maakt het een heleboel duidelijk via zijn lichaamstaal. Kinderen en jeugdigen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld snappen vaak in de jaren die volgen nog steeds weinig van die grote (en in beleving of werkelijkheid soms 'boze') wereld en weten niet hoe zij hun behoeften, angsten en pijn duidelijk moeten maken. Toch is ook hier, als er maar goed gekeken wordt, veel te zien. Het lichaam is de basis voor ontwikkeling, het herbergt allereerste ervaringen. Het kind begint al bewegend de wereld te ontdekken (als het daar tenminste de kans voor krijgt): stapje voor stapje, beetje bij beetje.

In de praktijk blijkt psychomotorische therapie (PMT), een op bewegen en lichamelijke georiënteerde therapie, een geschikt medium te zijn voor de behandeling van kinderen en jeugdigen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Bij een groot deel van deze kinderen en ook bij een deel van de jeugdigen is er sprake van een vroege ontwikkelingsproblematiek, waardoor de ontwikkeling ge- of verstoord is. Dit is van grote invloed op hun manier van omgaan met zichzelf en met de omgeving. Omdat een kind zich spelend en bewegend ontwikkelt, sluit PMT goed aan bij de belevingswereld van het jonge kind, bij de eerste levensjaren, waarin bij veel van deze kinderen (0-12 jaar) en jeugdigen (12-18 jaar) al van alles is misgegaan. PMT kan op een basaal niveau tegemoet komen aan de grote behoefte aan structuur, ordening, voorspelbaarheid, continuïteit, ritme en herhaling van deze kinderen en jeugdigen. Zij laten in hun bewegen zien wat zij met woorden vaak (nog) niet duidelijk kunnen maken.

Hoewel de bijdrage van PMT aan de behandeling van kinder- en jeugdpsychiatrische patiënten algemeen geaccepteerd lijkt, ligt dat anders voor een systematische bijdrage vanuit PMT aan de diagnostische fase.

In dit hoofdstuk zal uiteengezet worden waarom onderzoek naar systematische psychomotorische diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie nodig en zinvol is. In de inleiding wordt de motivatie tot het starten van het onderzoek verwoord. Vervolgens wordt het op dit moment zo belangrijke begrip 'kwaliteit van zorg' besproken, gerelateerd aan het onderwerp van onderzoek. Daarna wordt nader ingegaan op systematische, modelmatige, handelingsgerichte diagnostiek, gevolgd door een beschrijving van de tegen-

woordig veel gebruikte begrippen richtlijn, product, module en protocol. In aansluiting daarop wordt het belangrijkste uitgangspunt van het onderzoek verwoord, waarbij eveneens verantwoording wordt afgelegd over de vorm die het onderzoek noodzakelijkerwijs heeft gekregen. Vervolgens worden enkele kwaliteitseisen geëxpliciteerd, waarna de vraagstelling van dit onderzoek wordt verwoord. Tenslotte wordt afgesloten met een aantal praktische opmerkingen.

1.2 Het lichaam spreekt, wie luistert?

De psychomotorisch therapeut (PMT-er), werkzaam binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, ziet veel kinderen en/of jeugdigen in de PMT-ruimte, probeert hen in hun belevingswereld te begrijpen en het bewegen of de lichamelijke aanpak als aangrijpingspunt voor de behandeling te nemen. Het lichaam vertelt veel. Het lijkt buitengewoon zinvol daar systematisch naar te kijken in het begin van de behandeling, los van het al dan niet bestaan van een indicatie voor PMT. Binnen veel kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken worden kinderen en jeugdigen cognitief en emotioneel-sociaal getest, wat samen met de observaties in de leefgroep, het kindergeneeskundig, kinder- en jeugdpsychiatrisch en op indicatie neurologisch en genetisch onderzoek leidt tot een diagnose en een indicatie voor een van de therapievormen (bewegen, muziek, creatief beeldend, drama, psycho/spel). Hoe zit het dan met het systematisch observeren van de uitdrukkings- en handelingsmotoriek? Waarom wordt niet standaard naar de motoriek, het bewegen en de lichamelijke aanpak, die zoveel informatie in zich herbergen, gekeken? Welke instrumenten zijn geschikt voor gebruik binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie? Welke instrumenten zijn betrouwbaar en valide? In de praktijk blijkt de afname van een (psycho)motorische test of observatielijst in de loop van een therapieproces niet eenvoudig te verwezenlijken zonder het kind of de jeugdige te veel te frustreren en zo het therapieproces te verstoren. Zou het niet beter zijn standaard vóór het begin van een therapieproces ook op psychomotorisch gebied te diagnosticeren? Uit deze observaties zouden dan wellicht ook direct concretere, meer gerichte doelstellingen kunnen voortkomen. Deze blijven nu nog vaak, zeker in het begin van de behandeling, algemeen en worden in de loop van de tijd aangescherpt op basis van de 'stukje-bij-beetje-informatie' die tijdens het therapieproces naar boven komt.

Bij de start van dit onderzoek kon op veel vragen geen antwoord gegeven worden. Er is nog zo weinig bekend op dit gebied, zo weinig daadwerkelijk wetenschappelijk onderzocht. Hoe zou psychomotorische diagnostiek op de verschillende plekken in Nederland vorm krijgen? Wordt er systematisch een bewegingsobservatie afgenomen bij elk kind of iedere jeugdige? Voor welk instrument wordt gekozen en op grond waarvan? Tegen welke problemen wordt aangelopen bij deze specifieke doelgroep? De instrumenten die er zijn, zijn veelal gestandaardiseerd op normale basisschoolleerlingen en dus niet zonder meer van toepassing op kinder- en jeugdpsychiatrische patiënten. Denk alleen maar aan de specifieke manier van instrueren die bepaalde kinderen en jeugdigen nodig hebben, de tijdslimiet waarbinnen het afnemen van een test vaak niet lukt, de structuur en ordening die voor bepaalde kinderen en jeugdigen een absolute voorwaarde is om ook maar iets te kunnen presteren, enzovoorts.

Volgens Wieggersma (1980) worden zowel bij wetenschappelijk onderzoek als bij diagnostiek in vele gevallen motorische tests gebruikt die om verschillende redenen niet voor het beoogde doel geschikt zijn. De foutieve keuze blijkt dikwijls voort te vloeien uit onvolledige informatie ten aanzien van hetgeen nationaal of internationaal aan tests of observatieschalen beschikbaar is. Ook wordt niet altijd gerealiseerd vanuit welke theoretische achtergrond een bepaalde methode is geconstrueerd. Op het moment van de start van dit onderzoek lijkt het waarschijnlijk dat veel PMT-ers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie onvolledig zijn geïnformeerd over beschikbare instrumenten en hun keuze zelden baseren op de theoretische achtergronden van een instrument. Bovendien bestaat het sterke vermoeden dat er slechts zelden *systematisch* gebruik wordt gemaakt van instrumenten die zich richten op de psychomotoriek.

De motivatie voor het uitvoeren van dit onderzoek ligt in de zorg rond deze situatie. De meeste PMT-ers zijn enthousiaste en betrokken therapeuten, die een bijdrage leveren aan de behandeling van veel kinderen en jeugdigen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Een systematische onderbouwing van dia-

gnostiek en behandeling ontbreekt echter bij de meeste PMT-ers en het vermoeden bestaat dat voor diagnostiek óf een willekeurig instrument wordt gebruikt dat voorhanden is, zonder aandacht voor betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid bij deze doelgroep, óf dat de PMT-er zelf een aantal arrangementen bedenkt en/of een vragenlijst opstelt en deze als 'diagnostisch instrument' gebruikt.

Een van de problemen in de literatuur over PMT is dat een duidelijk kader ontbreekt. Veelal zijn teksten doorspekt met opsommingen, bijvoorbeeld van doelen en aandachtspunten, waarbij de ordening en visie achter de opsomming onduidelijk blijft. Daarnaast lijken er veel verschillende opsommingen rond eenzelfde thema naast elkaar te bestaan. Evenzo bestaan er van kernbegrippen binnen PMT zoveel definities, dat van een gemeenschappelijk begrippenkader nauwelijks gesproken kan worden. Hoewel er recentelijk (opnieuw) pogingen zijn gedaan hierin enige orde aan te brengen (Hutschemaekers & Van Hattum, 2000), betreft dit slechts een klein deel van de binnen PMT gebruikelijke terminologie, gericht op volwassenen. Binnen dit onderzoek worden daarom verschillende bestaande conceptuele kaders beschreven. Dit onderzoek wil een baken zijn in de wirwar van begrippen en kaders en een duidelijke ordening bieden. Dit is noodzakelijk om vanuit een gemeenschappelijke basistaal en een gemeenschappelijk denkkader het vak verder te kunnen ontwikkelen. Het vak heeft immers bestaansrecht, alleen moet dat gezien de recente ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg wel duidelijk gemaakt kunnen worden!

1.3 Kwaliteit van zorg, gerelateerd aan psychomotorische diagnostiek en therapie

Het begrip 'kwaliteit van zorg' speelt een belangrijke rol binnen de huidige Geestelijke Gezondheidszorg (GGz). Volgens Donker (1990) heeft het begrip 'kwaliteit' betrekking op alles wat in de GGz het nastreven waard is. Harteloh en Casparie (1998) stellen dat het begrip van toepassing is indien er sprake is van een optimale verhouding van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg. Kwaliteit van zorg heeft betrekking op alle fasen van de behandeling, inclusief de diagnostische fase.

Indien ouders en/of opvoeders de hulp van een professionele hulpverlener inroepen, gaan zij ervan uit dat deze over goede vakkennis en adequate vaardigheden en technieken beschikt om zich voordoende problemen te analyseren en aan een oplossing ervan bij te dragen. De professional dient in staat te zijn om een goede kwaliteit van zorg aan het kind of de jeugdige en diens gezin te geven. Deze 'kwaliteit van zorg'-gedachte leidt tot een sterke individualisering van zorg: de hulpverlening dient optimaal afgestemd te worden op de hulpvraag van het individu. Er is dan sprake van 'zorg op maat' of 'hulpvraaggerichte zorg' (Staring, Duterloo & Ten Horn, 1993).

In de GGz is bewaking van de 'kwaliteit van zorg' noodzaak geworden. Kwaliteit blijkt echter een moeilijk toe te passen begrip. Het blijkt onvoldoende te zijn alleen naar 'eindproducten' te kijken om de kwaliteit van zorg vast te stellen. Het eindproduct van de GGz heeft betrekking op het therapeutisch effect, oftewel het opheffen, verminderen of draaglijk maken van de psychische stoornissen van de patiënt. Om van goede kwaliteit van zorg te kunnen spreken, moet de zorg bijdragen aan de kwaliteit van het bestaan van een kind of jeugdige en diens gezin. De geboden hulp moet beantwoorden aan de reële behoefte van de patiënt, moet van inhoudelijk goed niveau en doelgericht zijn en moet patiëntgericht worden verleend (Hermanns, 1997). Een positieve formulering van werkpunten, concreet en toetsbaar, beheersbaar voor de patiënt, gecontextualiseerd en ecologisch verantwoord is daarbij voorwaarde (Hekking, 2002b). De stappen op weg naar het eindproduct binnen de GGz zijn moeilijk in kaart te brengen en aan kwaliteitseisen te onderwerpen. Hoewel wel degelijk wordt geprobeerd bij de verschillende stappen in het zorgproces kwaliteitsnormen te hanteren, zien deze stappen er bij individuele patiënten zelden hetzelfde uit. De psychiatrie staat nog ver af van een kwaliteitssysteem zoals dat bijvoorbeeld wordt gehanteerd binnen de industriële sector.

Berkers (1998) benadrukt dat er de laatste jaren steeds meer vraag komt naar effect- en kwaliteitsonderzoek door 'externe' druk op hulpverleners om verantwoording en rekenschap af te leggen. Wanneer hulpverleners dit niet zelf gaan oppakken, zullen managers en economen gaan bepalen wat 'goed' (of

'goedkoop') is. Overheden en zorgverzekeraars willen zeker weten dat zij 'waar' voor hun geld krijgen. DeGangi (1994) stelt dat steeds vaker verzekeringsmaatschappijen alleen geld uitkeren als vooruitgang snel kan worden aangetoond. Volgens de Wet op de Jeugdhulpverlening (Ministerie van WVC en Ministerie van Justitie, 1989) kan er alleen sprake zijn van een goede organisatie die leidt tot verantwoorde zorg als er een systematische bewaking, beheersing en verbetering van kwaliteit plaatsvindt (Verheij, 1998a). Transparantie van de geboden zorg, onderbouwde behandelkeuzen, implementatie van richtlijnen en verantwoording van resultaten staan tegenwoordig centraal in beleidsplannen van instellingen (De Gelderse Roos, 2000). Daarbij zijn er geen absolute criteria voor het vaststellen van de kwaliteit van de hulpverlening. Volgens Berkers (1998) is de professionele competentie van de hulpverlener het belangrijkste criterium, waarbij zorgvuldigheid en integriteit sleutelbegrippen zijn. In kwaliteitsbeleid wordt gekeken naar de doeltreffendheid en doelmatigheid van de hulpverlening. In de praktijk van alledag heeft de hulpverlener vaak geen tijd of rust om stil te staan bij het hoe en waarom van methodisch handelen. *"De hulpverlener handelt vaak op basis van praktische kennis, ontstaan als een mix van de geleerde methoden en technieken, praktijkervaring (wat wel en niet werkt) en intuïtieve kennis over de doelgroep, hulpvraag en werksetting. Het methodisch handelen is een onderdeel van de dagelijkse routine. Dat is zijn kracht, maar ook zijn zwakte."* (Berkers, 1998, p.173).

Om de keuze en inhoud van de hulpverlening te kunnen verantwoorden is het voor iedere hulpverlener van belang om zijn gedachten en hypothesen op een goede manier te kunnen structureren (Baartman, 1993). Het volgen van een vaste structuur vergroot de inzichtelijkheid van het zorgproces en biedt concrete aanknopingspunten voor de bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg (Van Gastel e.a., 1999). Om te komen tot een dergelijke vaste structuur, bestaande uit reflectie vooraf over de te volgen handelwijze en een systematisering van de oordeelsvorming en het redeneren (Rispen, 1986), is een systematische analyse van de aard van de problematiek nodig. Met andere woorden: er zal moeten worden gediagnosticeerd. Psychodiagnostiek wordt omschreven als het op wetenschappelijk verantwoorde wijze verzamelen van informatie over het kind of de jeugdige en diens gezin, met het oog op het nemen van beslissingen ten behoeve van de behandeling (Ter Laak, 1995). Daartoe wordt gebruik gemaakt van observaties, interviews en tests. Diagnostiek blijkt een goede insteek te zijn voor de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering van de zorg in hulpverleningsinstellingen. Aan de hand van diagnostiek kan een verantwoorde keuze van behandelingsaanbod gemaakt worden (Rispen, 1992a,b; De Bruyn e.a., 1995).

De kwaliteit van het werk van de PMT-er kan worden onderverdeeld in de kwaliteit van het methodisch-technisch handelen (doeltreffendheid, deskundigheid, indicatiestelling, geschiktheid, zorgvuldigheid), de kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar (respectvolle bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie, coöperatie en verantwoordingsbereidheid) en de kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening (continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid, integrale zorg) (Verheij, 1998b). Om de kwaliteit van de psychomotorische hulpverlening op een systematische wijze te kunnen bewaken en bevorderen is het nodig een model te ontwikkelen aan de hand waarvan systematische psychomotorische diagnostiek op gestructureerde wijze kan plaatsvinden. Er wordt binnen de beroepsvereniging (Nederlandse Vereniging voor PsychoMotorische Therapie) hard gewerkt aan modules en producten om tegemoet te komen aan de vraag om systematisering en verantwoording van het vak. Bewegingswetenschappers worden opgeroepen een bijdrage te leveren aan de legitimering van het vak naar buiten toe door middel van wetenschappelijk onderzoek. Tot op heden zijn deze modules en producten echter uitsluitend gericht op behandeling en niet op diagnostiek. Een diagnostisch model moet een beeld geven van de dimensies waarbinnen de psychomotorische problemen zich bevinden, zodat mogelijke indicaties (empirisch of theoretisch onderbouwde aanbevelingen voor behandeling) (De Bruyn, 1988), duidelijk worden, een behandelingsplan kan worden geformuleerd en de behandeling op die aandachtsgebieden kan aangrijpen, waar dat het meeste nodig of het beste mogelijk is. Dit onderzoek wil bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van psychomotorische diagnostiek, aan de totale kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek en daarmee aan de kwaliteit van zorg.

1.4 Systematische, modelmatige en handelingsgerichte diagnostiek

Volgens Pameijer (2000) kan diagnostiek niet los staan van de behandeling en is er in het veld behoefte aan handelingsgerichte diagnostiek. Om diagnostiek een wezenlijke bijdrage te kunnen laten leveren aan de hulpverlening moeten er direct aangrijpingspunten voor behandeling uit volgen. Het advies van de diagnosticus moet aansluiten bij de hulpverleningssituatie en praktische betekenis hebben. Een organisatorische scheiding tussen diagnostiek en behandeling, samengaan met verschillen in functies en opleiding van de bij diagnostiek of behandeling betrokkenen werkt volgens Rispens (1992a,b) moeilijkheden op dit gebied in de hand. Omdat uit onderzoek naar de effectiviteit van therapieën blijkt dat indicatiestelling een belangrijke factor is, wordt een gedegen, kundige diagnostiek belangrijk gevonden. De sterke en zwakke punten van het kind of de jeugdige moeten duidelijk zijn (Rispens, 1992). Tevens is het belangrijk dat de diagnostiek van de verschillende disciplines (psycholoog, pedagoog, psychomotorisch diagnosticus) op elkaar wordt afgestemd. De verzamelde informatie moet complementair zijn, het moet een meerwaarde hebben de diverse onderzoeken naast elkaar af te nemen.

Als gevolg van de heterogeniteit in vraagstellingen op het terrein van de hulpverlening bestaat een grote diversiteit in de diagnostische praktijk. De omstandigheden op de werkvloer zijn, evenals inhoudelijke verschillen van inzicht omtrent de meest wenselijke procedure of werkwijze en verschillen in theoretische oriëntaties, van grote invloed op de werkwijze van de diagnosticus (Rispens, 1992). Diagnostiek door diagnostici van verschillende (wetenschappelijke) disciplines is geïndiceerd als er sprake is van problemen die het gehele functioneren van het kind of de jeugdige betreffen. Er is dan sprake van een probleemsituatie die samengesteld of diffuus is. De advisering vanuit de diagnostiek heeft in die situatie een globaal karakter en verschillen in interpretaties zijn te verwachten. In het geval van specifiekere problemen is een probleemgeoriënteerde aanpak te prefereren. De kwaliteitseisen van betrouwbaarheid, validiteit en herkenbaarheid gelden in beide gevallen. De diagnosticus moet zijn uitspraken en interpretaties kunnen verantwoorden en kunnen aangeven waarom een bepaalde behandeling geïndiceerd is. De diagnosticus zal daarvoor per geval een 'minitheorie', een theorie voor het individuele kind of de individuele jeugdige, moeten ontwerpen. Daarnaast moeten de uitspraken van de diagnosticus betrouwbaar zijn: als meerdere diagnostici hetzelfde geval zouden onderzoeken, zouden zij tot gelijklopende uitspraken moeten komen, evenals wanneer hetzelfde kind of dezelfde jeugdige enkele weken later wordt onderzocht.

Verwetenschappelijking van diagnostiek en het gebruik van diagnostische modellen die het proces van besluitvorming sturen, kunnen zorgen voor verbetering van de kwaliteit. Met het oog op de betrouwbaarheid en validiteit van diagnostische uitspraken worden aan de wijze van het verzamelen van diagnostische informatie de nodige eisen gesteld. Volgens Rispens (1992a,b) heeft dit voor velen ertoe geleid diagnostiek uitsluitend te associëren met het gebruik van tests. Hij geeft aan dat daarnaast echter ook methoden als observatie en gesprek tot de diagnostiek behoren. Klinische diagnostiek is op het individu gericht. De klinische aanpak stelt de betekenis die het gedrag heeft voor de patiënt en zijn omgeving centraal. De diagnosticus probeert zicht te krijgen op de dynamiek van de patiënt en zijn manier van betekenisverlening. De klinische blik speelt daarbij een belangrijke rol. *"Van mechanische verwerking moet de clinicus niet zoveel hebben. Hij zal zorgvuldig de gegevens willen beschouwen; het materiaal op zich in laten werken; interpretaties onderzoeken, alternatieven nagaan. Al doende bouwt hij zo een beeld op, dat op grond van nieuwe of verschuivende interpretaties van het materiaal nog kan veranderen maar toch langzamerhand vorm krijgt"* (p.20). Rispens (1992a,b) verstaat onder diagnostiek *"... de fase van het verzamelen van informatie over de probleemsituatie met de bedoeling bij te dragen aan de oplossing"* (p.9). Het gaat volgens hem om een besluitvormingsproces dat uitmondt in een geheel van uitspraken, een diagnostisch oordeel. Op basis daarvan worden beslissingen genomen omtrent de aanpak van het probleem. Deze beslissingen kunnen verstrekkende gevolgen hebben en moeten daarom beoordeeld worden op hun kwaliteit.

Rispens (1992a,b) benadrukt dat een modelmatige, systematische aanpak van groot belang is en er dus gebruik gemaakt moet worden van een diagnostisch model. Vanuit een bepaald theoretisch kader wordt de

probleemsituatie bekeken en wordt tot een te volgen handelingswijze besloten, welke systematisch wordt uitgevoerd. Diagnostiek vormt een zeer belangrijke schakel in het hulpverleningsproces. Het is de schakel tussen de klacht en de oplossing ervan.

1.5 Richtlijnen, producten, modules en protocollen

Volgens Prins en Pameijer (2000) is het werken in de jeugdzorg volgens richtlijnen en protocollen een onvermijdelijke ontwikkeling, die in de nabije toekomst steeds meer maatgevend zal zijn. Er is noodzaak tot systematisering, mede door recente ontwikkelingen als de oprichting van Bureaus Jeugdzorg en Regionale ExpertiseCentra, waardoor hulpverleners uit uiteenlopende instellingen meer zullen gaan samenwerken. Daarbij kan volgens Prins en Pameijer (2000) het bestaan van verschillende referentiekaders en culturen een constructieve samenwerking belemmeren: *"Er is in de praktijk dan ook behoefte aan duidelijke procedures voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling. Pas dan kan men vanuit een gemeenschappelijk referentiekader effectief communiceren. Protocollen en richtlijnen bieden de zo noodzakelijke explicitering rond diagnostiek en behandeling. Uitwisseling van ervaringen vanuit een gemeenschappelijk referentiekader wordt hiermee vergemakkelijkt, evenals het kritisch toetsen van deze ervaringen"* (p.7 en 8). Vanuit protocollering wordt het mogelijk de kwaliteit van diagnostiek en behandeling te verhogen: *"door bijvoorbeeld de diagnostiek te systematiseren verbetert niet alleen de indicatiestelling, maar wordt een betere evaluatie van interventies ook mogelijk, waardoor bijvoorbeeld over- of onderbehandeling is te voorkomen"* (p.8). Om protocollen en richtlijnen daadwerkelijk een bijdrage te laten leveren aan de kwaliteitsverbetering van zorg, moet de instelling wel de voorwaarden bieden om de protocollen en richtlijnen te kunnen uitvoeren en moet continuïteit in het werken met protocollen en richtlijnen worden gegarandeerd. Daarnaast moeten degenen die met de protocollen werken ook over voldoende vaardigheden en de juiste attitude beschikken. Alleen de uitgangspunten van het protocol kennen is onvoldoende. Voortdurende evaluatie en toetsing op grond van systematische klinische en wetenschappelijke ervaringen zijn noodzakelijk voor een wezenlijke verbetering van de jeugdzorg. Uitgangspunt daarbij is dat de kwaliteit van zorg enerzijds de resultante is van een adequate vertaling van wetenschappelijke inzichten naar de behandelingspraktijk in de vorm van richtlijnen en protocollen en anderzijds samenhangt met respect voor de keuzevrijheid van patiënten én de professionele autonomie van professionals (De Gelderse Roos, 2000).

De termen 'richtlijnen', 'modules', 'protocollen' en 'producten' worden binnen de GGz vaak door elkaar gebruikt. Binnen de psychiatrie worden voorschriften en richtlijnen gehanteerd. Een richtlijn is 'consensus based' en wordt opgesteld omdat er onvoldoende bewijs voorhanden is om te spreken van 'evidence based' informatie. De psychiatrie kent in strikte zin op dit moment nog geen protocollen. Slechts in een enkel geval kan van een deelprotocol gesproken worden, bijvoorbeeld rond medicatievoorschriften bij bepaalde stoornissen. Een protocol in de strikte zin van het woord is 'evidence based' en daarmee vaak een nadere uitwerking van een richtlijn.

Binnen dit onderzoek zullen de volgende, aan kwaliteit van zorg en PMT gerelateerde termen worden gebruikt. Het gaat daarbij telkens om kennis, attitude én vaardigheden. De beschrijvingen zijn onder meer gebaseerd op de handleiding module-ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (Fabius & Van Houten, 1998):

- **Richtlijn:** consensus based document, waarin bepaalde regels zijn vastgelegd die betrekking hebben op het beroepsmatig handelen en op basis van ervaring als algemeen geaccepteerd worden beschouwd. Een richtlijn betreft een verzameling van producten van diverse disciplines, die tezamen richting geven aan het beroepsmatig handelen rond een bepaalde problematiek;
- **Product:** verzameling van methodieken, welke bij een bepaalde problematiek tot resultaat moeten leiden. Producten worden relatief los van de werkvloer geschreven en dienen binnen meerdere settings bruikbaar te zijn. Producten zijn om strategische redenen ontwikkeld (positionering in het zorgveld) en van buitenaf gevraagd. Producten zijn in vergelijking met modules, van een globaler en abstracter niveau, waardoor het eigene, maar ook de grenzen van PMT scherper kunnen worden verwoord;

- *Module*: concrete uitwerking van het aandeel van de PMT-er binnen een zorgprogramma. Een PMT-module kan binnen verschillende zorgprogramma's passen, aangezien de module voor meerdere doelgroepen bruikbaar kan zijn. Modules worden vanaf de werkvloer geschreven en zijn daardoor aan bepaalde settingen gebonden. Modules betreffen praktische, concrete uitwerkingen, bedoeld voor de PMT-ers zelf. Overeenkomstig aan producten en modules is het streven naar rationalisering van de werkwijze van de psychomotorisch therapeut, waarbij het doel is het in transparante termen verwoorden van het handelen. Producten en modules vullen elkaar aan;
- *Zorgprogramma*: een aantal op elkaar afgestemde, gespecificeerde activiteiten, gericht op het bereiken van een bepaald effect bij een specifieke doelgroep met een bepaalde problematiek;
- *Zorgplan*: een selectie van de activiteiten uit het zorgprogramma, afgestemd op en samengesteld in overleg met de individuele hulpvrager;
- *Protocol*: evidence based document, waarin bepaalde regels zijn vastgelegd die betrekking hebben op het beroepsmatig handelen en op basis van wetenschappelijk onderzoek als 'bewezen' worden beschouwd. Het betreft vaak een wetenschappelijk onderbouwde nadere uitwerking van een richtlijn. Protocollen in de zojuist omschreven zin zijn binnen het kader van dit onderzoek niet beschikbaar.

Het zal duidelijk worden uit het verloop van dit onderzoek dat het te ontwikkelen PMDC zowel kenmerken van een product als van een module omvat.

1.6 Uitgangspunt en vorm van het onderzoek

Een essentieel uitgangspunt bij de aanvang van dit onderzoek was dat de resultaten te gebruiken zouden moeten zijn voor en gedragen moeten worden door de praktijk. Dit uitgangspunt wordt treffend verwoord door Poeh (Hoff, 1999, p.39) *"... soms is de kennis van de geleerde een beetje moeilijk te vatten omdat hij niet schijnt aan te sluiten bij onze eigen wijze van ervaren. Met andere woorden, Kennis en Ervaring spreken niet noodzakelijkerwijs dezelfde taal. Maar heeft de kennis die stoelt op ervaring niet meer waarde dan kennis die dat niet doet? Het lijkt sommigen onder ons vrij voor de hand liggend dat een heleboel geleerden wat vaker naar buiten zouden moeten, om daar eens rond te snuffelen..."*.

Het streven naar systematische informatieverwerving over een constateerbare werkelijkheid, waarbij deze informatie expliciteerbaar en overdraagbaar is, heeft gevolgen voor de vorm van dit onderzoek. Dit is niet alleen een keus, het kan vooralsnog niet anders. Over het onderwerp van het onderzoek is nog weinig bekend en het leent zich niet voor puur theoretisch of experimenteel onderzoek. Er is weinig literatuur voorhanden. Derhalve zal aanvullende informatie uit het veld verkregen moeten worden. Bovendien heeft praktijkkennis in deze een meerwaarde en zou puur theoretische kennis die los staat van de ervaringen van PMT-ers in het veld, als het ware in de lucht blijven hangen. Tevens is aansluiting bij het veld noodzakelijk om te kunnen komen tot een geslaagde implementatie van een gesystematiseerde diagnostiek op basis van de resultaten van dit onderzoek. Descriptie en exploratie liggen ten grondslag aan hypothesetoetsing (Harinck & Hellendoorn, 1987). Het beschrijven van wat er in de praktijk gebeurt is voorwaardelijk aan effectonderzoek (Van Doorn, 1995). Derhalve zal dit onderzoek *een praktijkgericht actieonderzoek zijn, descriptief, exploratief en kwalitatief van aard, met een 'open design'*.

Actieonderzoek is onderzoek waarbij het onderzoeksproces zelf wordt ingezet als instrument om gewenste verandering te bewerkstelligen. Hiermee onderscheidt het zich van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek of effectmetingonderzoek. Actieonderzoek is vooral gericht op het toepassen van kennis. Niet de kennisproductie, maar de eisen en mogelijkheden van de praktijk zijn richtinggevend bij de opzet van een actieonderzoek (Donker, 1987, 1990). Praktische bruikbaarheid in samenhang met wetenschappelijke kwaliteit zijn belangrijke doelstellingen van actieonderzoek. Actieonderzoek is een vorm van praktijkgericht onderzoek.

Praktijkgericht onderzoek is gericht op het verbeteren van het methodisch handelen van de hulpverlener, de instelling, de werksoort en het beroep (Berkers, 1998). Het gaat om het reflecteren op het beroepsmatig handelen. De aanleiding tot praktijkgericht onderzoek ligt vaak in een situatie van handelingsverlegen-

heid. Het verhaal van de hulpverlener is dan het vertrekpunt voor het onderzoek. Praktijkgericht onderzoek kan gezien worden als een middel om het handelen te verantwoorden, te legitimeren en uiteindelijk te verbeteren. Van Doorn (1995, p.25) beschrijft praktijkgericht onderzoek als *".... het beschrijven, ordenen en bespreken van cumulatieve praktijkervaring, waarbij ernaar gestreefd wordt om op een navolgbare manier tot theorievorming te komen."* Het doel is een bepaalde praktijksituatie te onderzoeken op een wijze die tot voor de praktijk herkenbare en bruikbare informatie leidt. Van Doorn en Van den Dungen (1998) stellen dat onderzoek van de behandelingspraktijk, met als uitgangspunt het denken over de behandeling op N=1 niveau, mogelijk is op een wetenschappelijk verantwoorde, systematische en navolgbare manier. Systematische bewaking van de koppeling tussen theorievorming en behandelingspraktijk kan daarbij volgens hen gewaarborgd worden door praktijkwerkers in te zetten bij het verzamelen van onderzoeksmateriaal.

Descriptief onderzoek gaat volgens Van Doorn (1995) vooraf aan effectonderzoek of programma-evaluatie. Het identificeren en beschrijven van belangrijke factoren binnen het onderwerp van onderzoek is voorwaarde voor het kunnen uitvoeren van een evaluatie. Ook Gageldonk en Bartels (1991) geven aan dat zonder niet-experimenteel onderzoek geen interventieonderzoek mogelijk is, omdat niet bekend is wat belangrijk is en wat en hoe er moet worden gemeten. Wanneer er nog weinig bekend is, geeft descriptief onderzoek informatie. De verkregen gegevens kunnen ook vergelijkend gebruikt worden: *"Descriptie geeft gewoonlijk het basismateriaal, op grond waarvan men geleidelijk meer prescriptieve aspecten kan insluiten"* (Harinck & Helendoorn, 1987, p.88).

Een *'open design'* onderzoek, waarbij de inzichten die tijdens het onderzoek ontstaan richting geven aan de volgende stappen in het onderzoek, wordt door Swanborn (1987) gekoppeld aan explorerend onderzoek, welke begint met vage veronderstellingen en waarbij de werkwijze niet van tevoren is vastgelegd. De onderzoeksvragen in iedere fase worden bepaald door de resultaten van de voorgaande fase. Inzichten die tijdens het onderzoek ontstaan geven richting aan de volgende stappen van het onderzoek. Volgens Weeda (1986) begint exploratief onderzoek met een aantal vage veronderstellingen omtrent de werkelijkheid, waarbij door middel van onderzoek wordt nagegaan hoe de werkelijkheid zich feitelijk gedraagt.

1.7 Kwaliteitseisen

Bij wetenschappelijk onderzoek dient de overgang te worden gemaakt van intuïtieve naar systematische en geëxpliciteerde gegevensverzameling. Ook bij niet-kwantificerend onderzoek is duidelijkheid nodig over de gevolgde procedures en over de resultaten. Er moet worden voldaan aan de kwaliteitseisen van validiteit, betrouwbaarheid, objectiviteit en intersubjectieve navolgbaarheid. In dit onderzoek wordt een heuristiek beoogd: er wordt een *'framework'* ontwikkeld dat het mogelijk maakt verschillende aspecten van psychomotorische diagnostiek een plaats te geven. Berkens (1998) stelt dat de onderzoeksresultaten nieuwe algemene kennis moeten opleveren die betrouwbaar en controleerbaar is, ingebed moeten zijn in een wetenschappelijke theorie en de toets van validiteit en representativiteit moeten kunnen doorstaan. Volgens Berkens (1998, p.148) moeten de volgende vragen worden gesteld:

- Zijn de onderzoeksresultaten een betrouwbare uitkomst van het zorgvuldig toepassen van de onderzoeksmethode (betrouwbaarheid)?
- Geven de onderzoeksresultaten een betrouwbaar beeld van de praktijk van de hulpverlening (interne geldigheid)?
- Mogen de resultaten van praktijkgericht onderzoek gegeneraliseerd worden naar doelgroep, hulpvraag, instelling of werksoort (externe geldigheid)?

Kwaliteitseisen betreffen niet alleen de uitkomsten van het onderzoek, maar ook de voorzorgsmaatregelen die genomen worden om tijdens het onderzoek te kunnen voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen. Deze voorzorgsmaatregelen moeten omschreven en geëvalueerd worden, evenals de verdere werkwijze die in het onderzoek gevolgd is, zodat voldaan kan worden aan de kwaliteitseis van intersubjectieve navolgbaarheid (Miles & Huberman, 1984, 1994a,b). Van Doorn (1995) maakt daarbij een onderscheid tussen kwaliteit van de verzamelde data, kwaliteit van het onderzoeksproces en kwaliteit van het onderzoeksresultaat. De kwaliteit van de

verzamelde data bestaat uit geloofwaardigheid en objectiviteit. De geloofwaardigheid kan bijvoorbeeld worden gewaarborgd door samenvattingen van interviews te laten controleren door de geïnterviewden. Volgens Koster (1993, p.151) kunnen 'handelende professionals' met name in de ontwerp- en evaluatiefase van onderzoeksactiviteiten een belangrijke bijdrage leveren *"... door de theorieën, modellen en werkwijzen van onderzoekers te toetsen op plausibiliteit, hanteerbaarheid en bruikbaarheid in werksituaties"*. Meijerink (1988) benadrukt dat terugkoppeling van groot belang is om de scepsis in de praktijk over wetenschappelijk onderzoek tegen te gaan. Daarbij is het van belang dat de onderzoeker geen anoniem en onbekend persoon blijft, maar zich in de praktijk laat zien, bijvoorbeeld door zelf interviews in het veld af te nemen of presentaties te geven over de voorlopige resultaten van het onderzoek.

Om tegemoet te komen aan de eis van openbaarheid (Rietdijk, 1996) en objectiviteit te waarborgen, dienen duidelijke onderzoeksvragen gesteld te worden en dient het materiaal en de voortgang van het onderzoek regelmatig door een extern onderzoeker te worden beoordeeld. De kwaliteit van het onderzoeksproces kan worden bewaakt door van alle onderzoeksactiviteiten notulen te maken en het analyseproces te laten bewaken door 'meelezers'. De navolgbaarheid van het onderzoek kan worden gegarandeerd door denkstappen te expliciteren en interpretaties en conclusies te baseren op concreet onderzoeksmateriaal. Voor het bewerken van de onderzoeksgegevens geldt dat het tijdstip tussen verzamelen en bewerken zo kort mogelijk gehouden moet worden en dat steeds dezelfde systematiek moet worden gehanteerd, waarbij een te vroege interpretatie moet worden voorkomen (Berkers, 1998). De kwaliteit van het onderzoeksresultaat kan worden gewaarborgd door de resultaten te laten beoordelen door de deelnemers aan het onderzoek, door andere praktijkwerkers en door onderzoekers en theoretici. Op deze manier wordt gewaarborgd dat de resultaten betrouwbaar, herkenbaar, bruikbaar en generaliseerbaar worden bevonden door zowel theoretici als practici.

De genoemde kwaliteitseisen zijn in de opzet en uitvoering van dit onderzoek meegenomen.

1.8 Naar een vraagstelling

Bij kinderen en jeugdigen, verwezen voor hun problematiek naar de kinder- en jeugdpsychiatrie, is er vaak sprake van vroege ontwikkelingsproblematiek of van problematiek voortkomend uit de ontwikkelingsfase van dat moment. Meestal is er een fors (senso)motorisch aandeel in deze problematiek. Dit kan een meer biologisch bepaalde oorzaak hebben, dan wel een meer omgevingsbepaalde oorzaak, dan wel een samenspel van beide. Emoties en gedrag vormen vaak de insteek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, terwijl de motorische ontwikkeling meeresoneert. Het lichaam herbergt de allereerste ervaringen in deze wereld en ligt ten grondslag aan de verdere ontwikkeling. Kinderen en jeugdigen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld weten vaak niet hoe zij hun behoeften, angsten en pijn op een adequate manier duidelijk kunnen maken. Toch is veel uit *lichaams- en bewegingstaal* af te lezen. De geblokkeerde of vertraagde ontwikkeling van kinderen met ontwikkelingsproblematiek is van grote invloed op hun verhoudingswijze tot de omgeving, dus ook op hun bewegend omgaan met de omgeving. Ook bij fasegerelateerde problematiek is veel aan het lichaam, de houding en het bewegen af te lezen. Ernstige kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek kan samengaan met verstoringen in de lichaamswaarneming en/of lichaamsbeleving, met problemen in de beheersing en coördinatie van de motoriek en/of met het ontbreken van bewegingsplezier. De manier waarop het kind beweegt kan veel vertellen over hoe het zich voelt. Mensen hebben normaal gesproken een duidelijk, geïnternaliseerd beeld van zichzelf in de ruimte en van de eigen lichaamsgrenzen en hebben een gevoel van controle hierover. Bij kinderen en jeugdigen met een ge- of verstoorde ontwikkeling ontbreekt dit vaak. Zij kunnen vaak geen adequate keuzen maken welke bewegingen zij zullen maken en met welke intensiteit en het ontbreekt hen in veel gevallen aan evenwicht tussen in- en ontspanning. Bij een gestoorde of verstoorde ontwikkeling zijn de bewegingen vaak minder soepel en vloeiend en meer stereotiep.

De motoriek vormt de basis voor het aangaan van relaties. Zonder differentiatie en integratie van prikkels wordt de wereld onvoorspelbaar en onveilig. Zich adequaat ontwikkelende kinderen kunnen hun lichaam gebruiken om zich vrij te uiten, om te communiceren, om over hun omgeving te leren en om energie

kwijt te raken. Kinderen met een gestoorde of verstoorde ontwikkeling kunnen verstrikt raken in stereotiepe bewegingen, waardoor het contact met de omgeving ook stereotiep en dus niet adequaat is. Morrison, Pothier en Horr (1978) omschrijven bijvoorbeeld het hyperactieve kind als een kind dat continu beweegt, veel ruimte inneemt en daarbij geen rekening houdt met de grenzen van anderen. Het kind lijkt zich niet bewust van de ruimte-grenzen van andere personen en zichzelf. Het gebruikt vaak zijn hele lichaam in het bewegen, waarbij het bewegen vaak 'clumsy' aandoet. Het heeft weinig controle over het gebruik van kracht. Het lichaamsplan zorgt ervoor dat een kind zijn lichaam onder controle krijgt, zijn eigen lichaam en mogelijkheden tot handelen ontdekt en daardoor greep op de wereld krijgt. Dit komt tot uiting in een groeiend lichaamsbesef en ik-besef. Kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn hier vaak maar zeer ten dele in geslaagd.

Fundamentele motorische vaardigheden zijn van groot belang voor de zelfhandhaving en socialisatie van het jonge kind. De sensomotoriek vormt een kernpunt van ontwikkeling. Door de enorme individuele spreiding is het moeilijk de grens tussen een normale en een abnormale motorische ontwikkeling aan te geven. Stoornissen in de vroege motorische ontwikkeling kunnen verstrekkende gevolgen hebben voor het lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal welzijn van het kind en zijn verzorgers. Als er bij problemen in de sensomotorische ontwikkeling geen vroegtijdige interventie plaatsvindt zal dat, gezien de eenheid die de ontwikkelingsdomeinen op jonge leeftijd vormen, invloed hebben op hun verdere ontwikkeling, zowel fysiek, cognitief als emotioneel-sociaal. Het zenuwstelsel heeft bij kinderen op jonge leeftijd nog de meeste plasticiteit en door vroege interventie kan een opeenstapeling van problemen en daarmee secundaire problemen worden voorkomen. Maar ook bij psychiatrische problematiek die in latere jaren ontstaat is het van belang goed te kijken naar het aandeel van de motoriek in de problematiek en hier op in te grijpen. Emck en Smit (2000) geven een aantal voorbeelden van hoe de motoriek een rol kan spelen bij stoornissen in de adolescentie: coördinatiestoornissen en katatonie bij psychosen, motorische tics, hyperactiviteit en maniërismen bij ontwikkelingsstoornissen, energieverlies bij depressie, spierspanning bij angststoornissen, stoornissen in de lichaamsbeleving bij traumatisering en stoornissen in de lichaamsattitude bij eetstoornissen en sociale fobieën.

Psychomotorische diagnostiek kan een aangrijpingspunt zijn om te kijken naar wat er vaak al zo vroeg in de ontwikkeling of gerelateerd aan de ontwikkelingsfase van het moment is misgelopen. Op dit moment wordt het bewegend zich uiten en gedragen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk vooral nog gezien als therapeutisch instrument en wordt het nog weinig systematisch als diagnostisch instrument gebruikt. Onderzoek naar de mogelijkheden van bewegen als diagnostisch instrument binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie heeft nog niet of nauwelijks plaatsgevonden. Het is de vraag of bestaande (psycho)motorische tests, bewegingsobservatieschalen en vragenlijsten met betrekking tot de psychomotoriek zonder meer kunnen worden toegepast op de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie en voor welke tests dan op basis waarvan moet worden gekozen. Kinderen uit verschillende culturen doen verschillende ervaringen op, waardoor onderzoeksbevindingen niet zonder meer generaliseerbaar zijn. Al bij de allereerste interacties tussen kinderen en hun ouders, al in de sensomotorische periode, is de invloed van de cultuur zichtbaar (Horowitz, 1991).

Het lijkt bijna vanzelfsprekend om bij kinderen en jeugdigen met een vroege ontwikkelingsproblematiek systematisch te kijken naar de motorische ontwikkeling daar deze van zo vitaal belang is en hun problemen vaak tijdens de eerste levensjaren zijn begonnen. Maar ook bij jeugdigen met meer fasegebonden problematiek is juist aan het bewegen en de lichamelijke vaak veel af te lezen, terwijl zij lang niet altijd in staat zijn hun problematiek helder onder woorden te brengen of er juist een meester in zijn deze met woorden te verdoezelen. Naast de motorische ontwikkeling op zich kan bij psychomotorische diagnostiek gekeken worden naar wat het bewegen uitdrukt en hoe het kind het bewegen beleeft. Daarbij zal het heel jonge kind geen onderscheid maken tussen het bewegen zelf en de beleving ervan: deze vormen een eenheid. Het kind laat nonverbaal (en onbewust) veel zien in het spelen en bewegen. Systematische psychomotorische diagnostiek zou in deze zin kunnen bijdragen aan de algemene diagnostiek en van aanvullende

waarde kunnen zijn op de cognitieve en emotioneel-sociale diagnostische methoden. Tevens zou de psychomotorische diagnostiek kunnen leiden tot duidelijker en beter onderbouwde behandelingsdoelen en aangrijpingspunten kunnen bieden voor behandeling. Daarnaast zouden (contra)indicaties voor PMT helder kunnen worden omschreven. Vanuit de betekenis en het belang van het bewegen voor kinderen en jeugdigen in het algemeen en de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie in het bijzonder lijkt het zinvol dit nader te onderzoeken.

Samenvattend kan de vraagstelling van dit onderzoek als volgt omschreven worden:

Kan systematische psychomotorische diagnostiek bijdragen aan de algehele kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek en kan het van daaruit leiden tot (contra)indicaties voor PMT en tot behandelingsdoelen?

De vraagstelling wordt beantwoord door de volgende subvragen uit te werken:

1. Waarom is een onderzoek naar psychomotorische diagnostiek van belang?
2. Welke factoren zijn van invloed op de normale ontwikkeling?
3. Wat is het belang van de psychomotorische ontwikkeling?
4. Hoe verhoudt ontwikkelingsproblematiek en psychomotoriek zich tot het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld?
5. Wat is het conceptueel kader achter de PMT?
6. Binnen welk referentiekader kunnen alle relevante factoren met betrekking tot psychomotorische diagnostiek worden vervat?
7. Hoe kunnen bestaande psychomotorische onderzoeksmethoden worden geordend en welke psychomotorische diagnostische instrumenten zijn momenteel beschikbaar?
8. Hoe is de situatie in het werkveld met betrekking tot psychomotorische diagnostiek?
9. Hoe kan worden gekomen tot een psychomotorisch diagnostisch construct op basis van bestaande kennis uit de literatuur en het werkveld?
10. Hoe wordt het op deze manier ontwikkelde psychomotorisch diagnostisch construct in het werkveld ervaren?
11. Wat is de relevantie van dit onderzoek en welke aanbevelingen voor vervolgonderzoek kunnen worden gedaan?

De subvragen worden in de hoofdstukken corresponderend met het nummer voor de subvraag behandeld.

1.9 Opzet van het onderzoek

De weergave van dit onderzoek wil een handboek zijn voor diegenen die hun weg zoeken binnen de psychomotorische diagnostiek. Daartoe is het nodig dat het veld geprepareerd wordt voor een fundamenteel denken waarin ordening, structuur, systematiek en onderbouwing centraal staan. Het is noodzakelijk het denkkader binnen dit onderzoek duidelijk neer te zetten, aangezien dit bij veel PMT-ers ontbreekt. In die zin is de start van dit onderzoek prewetenschappelijk: er worden verschillende visies weergegeven en conclusies getrokken. Er moet een duidelijk kader geboden worden van waaruit in gezamenlijkheid door de PMT-wereld verder aan het vak gewerkt kan worden. Een PMT-er in de kinder- en jeugdpsychiatrie krijgt daar zelfstandig geen grip op: daartoe ontbreken hem zowel tijd als middelen.

Gezien het zorgveld waarop dit onderzoek zich richt, is het noodzakelijk te starten met het uiteenzetten van verschillende concepten over de ontwikkeling van het kind, waarna de koppeling naar het belang van bewegen binnen deze ontwikkeling, de kinder- en jeugdpsychiatrie en de PMT gemaakt kan worden. De opzet van het voorliggende onderzoek is daarom als volgt:

Na dit inleidende hoofdstuk één, worden in Deel I van dit onderzoek de kernbegrippen die ten grondslag liggen aan het onderzoek waarvan in Deel II verslag wordt gedaan besproken. In Deel I worden achtereenvolgend besproken:

- de visie op de ontwikkeling van kind en jeugdige (hoofdstuk twee);
- het belang van de psychomotorische ontwikkeling binnen de algehele ontwikkeling van kind en jeugdige (hoofdstuk drie);
- de ontwikkelingsproblematiek van kinderen en jeugdigen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld (hoofdstuk vier);
- het conceptueel kader achter de PMT het belang en de inhoud van PMT binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld (hoofdstuk vijf);
- een kader voor systematische psychomotorische diagnostiek (hoofdstuk zes).

In deel II van dit onderzoek wordt verslag gedaan van het praktijkgerichte kwalitatieve empirische onderzoek gericht op de ontwikkeling van een diagnostisch construct ten behoeve van de psychomotorische therapie in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit deel van het onderzoek omvat de volgende hoofdstukken:

- een inventarisatie van bestaande onderzoeksmethoden en diagnostische instrumenten voor de psychomotoriek van kinderen en jeugdigen (hoofdstuk zeven);
- een beschrijving van het gebruik van psychomotorische diagnostiek in het onderhavige werkveld (hoofdstuk acht);
- de ontwikkeling van een psychomotorisch diagnostisch construct ten behoeve van het werkveld (hoofdstuk negen);
- een eerste toetsing van de bruikbaarheid van het ontwikkelde construct (hoofdstuk tien).

Dit onderzoek wordt in hoofdstuk elf afgesloten met de conclusies van het onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek.

1.10 Leeswijzer

In dit onderzoek is er vanwege de leesbaarheid voor gekozen om iedereen tot achttien jaar 'het kind' te noemen. Met 'het kind' wordt derhalve ook 'de jeugdige' bedoeld. Daar waar expliciet peuters en kleuters worden bedoeld, wordt dit aangeduid met 'het (zeer) jonge kind'. Daarnaast worden in een enkele paragraaf adolescenten apart genoemd en besproken. Overal waar naar de mannelijke vorm wordt verwezen (hij, hem) kan ook de vrouwelijke vorm worden gelezen.

Vanuit dit onderzoek is in een eerder stadium een aantal artikelen verschenen (Hammink, Verheij & Vermeer, 1999, 2000; Hammink, Vermeer & Verheij, 2000; Plomp, Hammink & Vermeer, 2000b). Voor de huidige publicatie van dit onderzoek zijn deze artikelen uitgebreid en geactualiseerd. Er is voor gekozen dit onderzoek niet slechts op de artikelen te baseren, omdat dan veel onderzoeksmateriaal verloren zou gaan: de hoeveelheid relevante informatie, zoals deze in dit soort kwalitatieve onderzoeken naar voren komt, is niet volledig in artikelvorm weer te geven.

Ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een concluderende paragraaf, waarin tevens de gevolgen voor het verdere verloop van het onderzoek worden weergegeven. Voor de snelle lezer is het mogelijk een goede indruk te krijgen van de inhoud van dit onderzoek door, naast dit inleidende hoofdstuk, deze concluderende paragrafen aan het eind van elk hoofdstuk achter elkaar te lezen, tezamen met hoofdstuk elf en de samenvatting.

Het uiteindelijke, maar toch voorlopige, resultaat van dit onderzoek is weergegeven in appendix twee: het PsychMotorisch Diagnostisch Construct (PMDC).

Deel I
Begrippenkader van het onderzoek

Hoofdstuk 2 Continuïteit en discontinuïteit in de ontwikkeling

*Ik wil je vertellen
van de weg die ik heb te gaan.
Van de mogelijkheden en de moeilijkheden
die ik hierbij tegenkom en ga tegenkomen.
Van de verlangens.
Ik zit nu in een 'eigen huis',
in een eigen ruimte.
Die ruimte is heel doorzichtig.
Dit huis helpt me om dat wat ik mee wil nemen
beter vast te houden.
(In: Rosemarijn Roes, 1996)*

2.1 Inleiding

Het onderwerp van onderzoek vraagt, zoals in hoofdstuk één uiteen is gezet, om een gedegen uitwerking van een theoretisch kader. Pas vanuit een helder theoretisch kader kan een onderbouwde systematische diagnostiek en behandeling plaatsvinden. De meest geëigende methode voor het ontwikkelen van een theoretisch kader is literatuuronderzoek. Binnen het onderzoeksgebied is gezocht naar literatuur volgens verschillende methoden. Zowel het raadplegen van deskundigen (het vragen van literatuuradviezen aan deskundigen met betrekking tot een bepaald onderwerp), het zoeken volgens de sneeuwbalmethode (het aan de hand van de literatuurlijst van een artikel of boek verder zoeken), het raadplegen van vaktijdschriften en geautomatiseerde bestanden als het gebruik van 'toevallige' bronnen heeft plaatsgevonden. Voor zover mogelijk is bij het gebruik van deze literatuur nagegaan of de documenten betrouwbaar en representatief zijn. Aangezien dit niet altijd uit een publicatie is af te leiden, is er dan ook steeds naar gestreefd meerdere documenten per onderwerp te raadplegen.

Voor psychomotorisch therapeuten (PMT-ers) binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld is ontwikkelingsgericht denken en werken van groot belang. Het identificeren en beschrijven van belangrijke factoren in de ontwikkeling van het kind is daarom voorwaarde voor de verdere stappen binnen dit onderzoek. Intuïtieve kennis moet worden omgezet in een fundamenteel denken waarin ordening, structuur, systematiek en onderbouwing centraal staan. Dit hoofdstuk 'continuïteit en discontinuïteit in de ontwikkeling' vormt daartoe de 'prewetenschappelijke start': verschillende visies op ontwikkeling zullen worden weergegeven, met per leeftijdsfase conclusies, welke de basis vormen voor het vervolg van dit onderzoek.

Om te kunnen begrijpen wat er in de kinderlijke ontwikkeling mis kan gaan en wat er specifiek bij kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie is misgegaan, moet worden uitgegaan van de 'normaal' verlopen- de ontwikkeling. Een belangrijk aspect daarbij vormt de vraag op welke wijze en in welk samenspel biologisch bepaalde en omgevingsbepaalde factoren van invloed zijn. In dit hoofdstuk zal hier nader op worden ingegaan. Daarbij zullen bijzonderheden in de (psycho)motoriek kort vermeld worden. Vervolgens komt de ontwikkeling van het kind gedurende de eerste drie levensjaren aan bod: een belangrijke basis voor de verdere ontwikkeling. Daarna wordt de peuter- en kleuterleeftijd besproken: spel en angst spelen in deze fase een belangrijke rol. In aansluiting daarop wordt de basisschoolleeftijd behandeld, waarbij ook temperamentverschillen en 'goodness-of-fit' naar voren komen. Vervolgens wordt ingegaan op de adolescentie waarin disbalans en het vinden van een eigen identiteit centraal staan. Tenslotte wordt afgesloten met de conclusies die kunnen worden getrokken naar aanleiding van hetgeen in dit hoofdstuk aan bod is gekomen. Tevens wordt in deze paragraaf de betekenis van dit deel van deze studie voor het verdere verloop van het onderzoek toegelicht.

2.2 Biologische basis en omgevingsinvloeden

Er is niet één, alles omvattende ontwikkelingstheorie. De kinderlijke ontwikkeling, zeker de afwijkende ontwikkeling, is niet in één theorie te vatten. Wel kennen de verschillende ontwikkelingstheorieën een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten (Verheij, 2002). De ontwikkeling van de mens wordt wel getypeerd als *"een dynamisch-interactief proces tussen enerzijds een bij de conceptie genetisch vastgelegd en autonoom rijpingspatroon dat zich in de loop der tijd kan ontplooiën en anderzijds op de ontwikkeling inwerkende externe factoren als ervaring, training en omgevingsinvloeden"* (Verhulst, 1991, p.1). Ontwikkeling kent in deze optiek drie basisprincipes; het ontwikkelingsproces kent een vaste volgorde en is in normale omstandigheden onomkeerbaar, differentiatie en integratie leiden tot organisatie op een hoger niveau en in de dynamische systemen waar ontwikkeling betrekking op heeft kunnen structuur en functie onderscheiden worden. Vanuit deze begrippen komt Verhulst (1991, p.2) tot de volgende definitie van ontwikkeling: *"Ontwikkeling is een verandering in de tijd in de richting van grotere differentiatie en integratie van structuur en functie"*. Verheij (2002) kenmerkt ontwikkeling als iets dat bezig is, actie omvat, op een geordende wijze verloopt en een proceskarakter kent. Daarbij bestaan er individuele ontwikkelingsstijlen.

Differentiatie en integratie, die zouden moeten leiden tot organisatie op een hoger niveau, komen niet altijd even goed op gang. Er is dan sprake van een gestoorde of verstoorde ontwikkeling, zoals dat bij een aanzienlijk deel van de kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie het geval is. Dit gebrek aan differentiatie en integratie kan zich onder andere uiten in de lichamelijke, het bewegen en de motoriek. Differentiatie heeft dan betrekking op de geleidelijke progressie van grove, globale bewegingen naar de meer verfijnde en functionele bewegingen. Integratie staat voor het in gecoördineerde interactie brengen van sensorische systemen en spiersystemen.

Vanaf het moment van conceptie bepalen genetische factoren en prenatale omgevingsinvloeden de verdere groei en differentiatie van de gespecialiseerde weefsels, waaronder het zenuwstelsel. Het ontwikkelingspotentieel is erfelijk vastgelegd in de door de ouders meegegeven genen. Aangeboren eigenschappen worden mede bepaald door omgevingsinvloeden in de uterus, zoals ziekte of ondervoeding, tezamen met genetische factoren. Deze aangeboren eigenschappen bepalen samen met invloeden tijdens of vlak na de geboorte, zoals zuurstoftekort, traumata of ziekte, de constitutionele eigenschappen van het kind. Voor de ontwikkeling van sommige functies is nauwelijks stimulatie door de omgeving nodig. Voor andere functies geldt er een zogenaamde kritieke periode, waarin stimulatie nodig is, wil de functie zich optimaal kunnen ontwikkelen. Tijdens deze perioden bestaat er een verhoogde gevoeligheid voor invloeden van buitenaf (Rice & Barone, 2000). Volgens Gandelman (1992) veranderen de reacties op bepaalde soorten stimuli hersenfuncties, wat de ontwikkeling van de hersenen beïnvloedt, waardoor er ander gedrag ontstaat. Te vroeg trainen is vaak inefficiënt, duurt langer en levert gevoelens van falen op, wat een negatief effect heeft op het zelfbeeld van het kind (Verhulst, 1991). Daarentegen is stimulatie van vroege ontwikkelingstaken op latere leeftijd ook moeilijk (Verheij, 1994). Motoriek kan een indicatie geven of een kind voldoende en adequate stimuli heeft kunnen ervaren. Daarbij kan het zowel van toepassing zijn dat er onvoldoende of inadequate stimuli in de omgeving aanwezig waren, als dat er voldoende stimuli waren, maar dat het kind er niet voldoende van heeft kunnen profiteren.

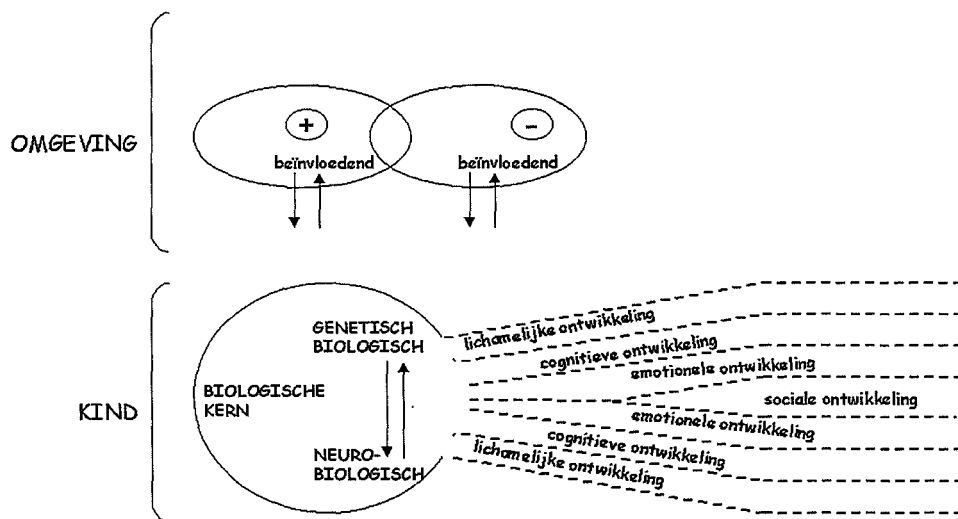
Onderzoeksbevindingen met betrekking tot verslaafd of prematuur of dismatuur geboren kinderen tonen de dynamiek van de kwetsbare wisselwerking tussen biologische basis en omgevingsinvloeden. Een voorbeeld hiervan is het verhoogde risico op afwijkingen in de motoriek bij gebruik van cocaïne gedurende het derde trimester van de zwangerschap (Swanson e.a., 1999). Een ander voorbeeld is de toename van de bewegingen van de foetus bij emotionele stress tijdens de zwangerschap (Netelenbos, 1998). Langdurige emotionele stress kan blijvende gevolgen hebben. Een derde voorbeeld is dat het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap bij een baby van zeven maanden zichtbaar is in de motoriek en de neurologische ontwikkeling (Van der Leeden e.a., 2001). Bekend is dat premature geboorte vaker voorkomt bij alcoholgebruik tijdens de zwangerschap met alle risico's van dien. Weer een ander voorbeeld is dat intrauteriene groeietardatie gevolgen heeft voor het motorisch gedrag in de baarmoeder met risico's voor de postnatale

motorische ontwikkeling (Netelenbos, 1998). De bewegingen in de baarmoeder zijn in dat geval monotoom, met slechts kleine variaties in bewegingssnelheid en -amplitude. De postnatale motorische ontwikkeling laat, zowel in tempo als in kwaliteit, afwijkingen zien, zelfs als gecorrigeerd wordt voor het aantal weken dat het prematuur geboren kind te vroeg ter wereld kwam. Volgens Gandelman (1992) vertonen premature kinderen vaker neurologische, motorische, psychologische en sociale tekorten dan à terme geboren baby's. Dit is volgens hem te wijten aan het missen van een significante periode van ontwikkeling in de baarmoeder. Daarnaast brengt een prematuur geboren kind vaak de eerste weken van zijn leven in een couveuse door, waardoor het afgeschermd is van veel stimuli waarmee het à terme geboren kind wel in aanraking komt. Experimenten waarin prematuren extra stimuli krijgen toegediend, lijken effect te hebben op de rijping en activiteit van het sympathische zenuwstelsel. Volgens Gandelman kan door extra stimulatie de responsiviteit van het kind op de omgeving vergroot worden, waardoor ook de reacties van de ouders op het kind zullen toenemen. Hij wijst erop dat extra stimulatie van het à terme geboren kind ook positieve gevolgen heeft, waaronder betere motorische vaardigheden. Al dan niet stimulatie, hoeveel stimulatie en wanneer is echter op zich nog een onderwerp van discussie. Helders (1990) wijst er op dat onderzoeksresultaten elkaar tegenspreken. Gesuggereerd wordt in interventieprogramma's meer de aandacht te richten op de aanwezige mogelijkheden van het kind en het kind zelf te laten bepalen of het stimulatie behoeft. Ook De Groot (1990) pleit voor een individugerichte benadering, in het gezin passend en goed 'getimed'. Volgens haar behoeft niet elke vroeggeborene interventie in de vorm van behandeling, maar is er wel behoefte aan ontwikkelingsbegeleiding. De heterogeniteit van de groep, oftewel kinderen met elk een verschillende ziektegeschiedenis, verschillende genetische achtergronden en een diversiteit aan ouders met een scala aan ideeën over de opvoeding van hun kind, maakt algemene uitspraken onmogelijk. Volgens Woodfield (1998) komen te vroeg geboren kinderen vaak veel aandacht tekort, doordat onzekerheid bestaat over hoeveel lichamelijk contact deze kinderen kunnen verdragen. Volgens haar kan massage van te vroeg geboren baby's ervoor zorgen dat deze beter groeien en gedijen. Extra stimulatie zou baby's krachtiger en hun reacties sterker maken, waardoor de ouders gevoeliger worden in het contact met hun baby. Ook Woodfield meldt echter dat er in de literatuur weinig duidelijkheid bestaat over dit onderwerp en dat waarschijnlijk niemand regels durft op te stellen omdat er zoveel uitzonderingen zijn.

De risico's voor ontwikkelingsproblemen op lange termijn van prematuur en dismatuur geboren baby's worden in verschillende onderzoeken onderstreept. Lichamelijke en motoriek lijken daarbij een belangrijke factor. Zo beschrijven Bylund en collega's (2000) een groep kinderen, die bij geboorte veel te licht waren, op negenjarige leeftijd. Zij vinden met name afwijkingen in de fijne motoriek, slechte schoolprestaties en hyperactiviteit. Taylor en collega's (2000) vermelden een soortgelijke groep op elfjarige leeftijd en geven een verband weer tussen geboortegewicht, schoolprestaties en motorische vaardigheden. Hoe lager het geboortegewicht, hoe ongunstiger het perspectief. Majnemer en Rosenblatt (2000) beschrijven kinderen die een moeilijke start hebben gehad op de neonatale intensive care op acht- en negenjarige leeftijd. De resultaten van somatosensorisch onderzoek bij de geboorte blijken het meest voorspellend te zijn voor de verdere ontwikkeling. Volgens Allin en collega's (2001) zijn bij prematuur geboren kinderen in de adolescentie vaker neuromotorische 'signs' te zien, waaronder moeite met de coördinatie. Mouradian, Als en Coster (2000) vinden significante verschillen tussen gezonde prematuren en à terme geboren baby's op onder andere motoriek, zelfregulatie en interactie.

Verhulst (1991) schrijft dat vele opmerkelijke veranderingen tijdens de ontwikkeling biologisch van aard zijn. Hiertoef rekent hij onder andere de toename van motorische vaardigheden. Rijping en de invloed van omgevingsfactoren spelen wel beide een rol en beïnvloeden ook elkaar. Zo zijn bijvoorbeeld temperamentsverschillen, die een genetisch-constitutionele basis hebben, van invloed op de manier waarop de opvoeder en het kind met elkaar omgaan, wat weer van invloed is op het ontwikkelen van verschillende gedragsstijlen (De Boer, 1993). Volgens DeHart, Sroufe en Cooper (2000) is gedrag van pasgeborenen weinig voorspellend voor het latere temperament, maar wordt aan het eind van het eerste jaar het temperament meer stabiel en voorspellend voor later gedrag. Ook de cognitieve ontwikkeling lijkt vooral biologisch be-

paald te beginnen. Volgens Piaget (1972) begint de cognitieve ontwikkeling met een sensomotorische periode. Deze fase vormt, volgens Piaget, de basis voor de ontwikkeling van de verdere intellectuele functies, waarbij steeds zowel rijping als omgevingsinvloeden een rol lijken te spelen. Er is aldus sprake van een wisselwerking tussen de aanwezige structuren van het individu en de eigenschappen van de omgeving, die leidt tot integratie in en verandering van de aanwezige structuren. Uit recenter onderzoek is duidelijk geworden dat de baby veel competentier is dan Piaget dacht en vele vaardigheden al op jongere leeftijd bezit (Verheij, 2002). Piaget benadrukte de verwevenheid van handelen en denken: "*begrijpen ontstaat uit grijpen*". In de sensomotorische periode zouden cognitieve handelingsschemata ontstaan, die in de daarop volgende fasen verder ontwikkeld worden tot denkschemata. Uit recenter onderzoek blijkt echter dat het waarnemen zich al organiseert voor er sensomotorische schemata ter beschikking staan. Volgens Bucci (1997) zijn er minimaal twee manieren waarop jonge kinderen informatie en ervaringen verwerken. De eerste organisatie van waarneming en van sensomotoriek zijn globaal van karakter en vormen de basis voor het denken van het jonge kind. Taal ontwikkelt zich relatief los van deze organisatie door het bezig zijn met klanken. Pas later vindt onderlinge beïnvloeding plaats. Niet-talige vormen van denken zijn in beginsel doelgerichte handelingen, probleemoplossing en de manipulatie van materiaal (speelgoed). Deze vormen van denken zijn ook bij andere levende wezens zonder taalontwikkeling zichtbaar. Door de onderlinge beïnvloeding wordt in een latere fase het denken verbaal en de spraak doordacht (Verheij, 2002). Bij het jonge kind staat de koppeling tussen handeling en denken centraal. In de loop van de tijd verschuift dit naar ordening met behulp van denken en taal en groei van kennis. Naast doelgerichte handelingen spelen sociale interactie en instructie een belangrijke rol in de cognitieve ontwikkeling. Volgens Verheij (2002) impliceert het cognitief aspect van gedragingen ook de waarneming, de sensomotoriek en de gewoontevorming en past het binnen het ontwikkelingsgericht denken.



Figuur 1. De ontwikkelingsdifferentiatie (Verheij & Van Doorn, 2002)

In wisselwerking met de omgeving kent de menselijke ontwikkeling vier ontwikkelingshoofddassen of ontwikkelingsdomeinen, namelijk de biologisch-lichamelijke, de cognitieve, de emotionele en de sociale as (figuur 1, Verheij & Van Doorn, 2002). Een normale ontwikkeling treedt alleen op als er een adequate interactie is tussen kind en omgeving. Er zou dan sprake kunnen zijn van een *"vlekkeloze en continue interactie tussen deze ontwikkelingsdomeinen"* (Verheij, 1994, p.6). Veel ontwikkelingsaspecten zijn samengesteld uit twee of meer van deze hoofddomeinen, zoals spel-, taal- en gewetensontwikkeling. De ontwikkelingsdomeinen beïnvloeden elkaar onderling. Problemen binnen een van de domeinen zullen dan ook vaak gevolgen hebben voor de andere domeinen. Evenzo is de omgeving van invloed op de verschillende domeinen en zijn deze domeinen van invloed op de omgeving.

Volgens Horowitz (1991) is voor integratie van de meer traditionele ideeën van behavioristen en leertheoretici tot een meer universele theorie over de ontwikkeling van het kind 'psychobiologisch' denken nodig. Dat houdt in dat er gekeken wordt naar de rol van specifieke omgevingsinvloeden en naar de 'biologische grenzen' van het leren. Deze aangeboren dispositie is volgens Horowitz niet onveranderlijk bij voldoende 'counterconditioning' in de omgeving. Leren in brede zin verwijst naar het vermogen te profiteren van nieuwe ervaringen (Verheij & Van Doorn, 2002). Het omvat noodzakelijke condities (hersenen, emoties) en faciliterende condities (omgeving, cultuur). Normale kinderen in een normale omgeving laten een min of meer voorspelbare ontwikkeling zien. De leercapaciteiten en de informatieverwerking van een kind bepalen de interactie met omgevingsstimuli. Volgens Horowitz (1991) zijn biologische systemen open systemen waarin het mogelijk is dat onder verschillende condities en langs verschillende wegen dezelfde uitkomsten worden bereikt. Binnen deze open systemen bevinden zich volgens hem gesloten subsystemen waarvan de input-output min of meer vastligt. De omgeving kan minder of meer faciliterend werken, terwijl het individu minder of meer afhankelijk kan zijn van een faciliterende omgeving voor zijn ontwikkeling, echter dit kan voor een individu ook nog per ontwikkelingsdomein verschillen. Het is dus niet mogelijk met één theorie de ontwikkeling van het kind te verklaren. Er zal individugericht naar elk kind gekeken moeten worden. Horowitz wijst er op dat er veel verschillen zijn in ervaringen die kinderen opdoen binnen verschillende culturen, waardoor onderzoeksbevindingen niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden buiten de culturele context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden. In de allereerste interacties tussen ouder en kind is al de invloed van de cultuur zichtbaar, zowel met betrekking tot de sensomotorische periode als in relatie tot de taalontwikkeling, de cognitieve ontwikkeling, de emotioneel-sociale ontwikkeling en de persoonlijkheidsontwikkeling. Crowe, McClain en Provost (1999) geven dezelfde waarschuwing voor wat betreft het gebruik van instrumenten om de motorische vaardigheden te onderzoeken bij andere culturen dan die op welke de normatieve data betrekking hebben. Ook Santons, Gabbard en Goncalves (2000) benoemen de verschillen in scores op motoriektests ten gevolge van mogelijke culturele invloeden naast rijpingsinvloeden. Een voorbeeld hiervan is de samenhang tussen eiwitinname en motorische prestaties in ontwikkelingslanden (Bhargava, 2000).

Samenvattend kan gesteld worden dat het onmogelijk is de (afwijkende) ontwikkeling van het kind te vatten binnen één ontwikkelingstheorie. Binnen deze paragraaf zijn de voor dit onderzoek belangrijkste punten uit verschillende theorieën samengebracht. Beargumenteerd is dat ontwikkeling vorm krijgt in differentiatie en integratie van verschillende systemen, wat onder andere zichtbaar wordt in het bewegen en de motoriek. De ontwikkeling kent als het ware een script, waarin zich gevoelige perioden bevinden en waarin er behoefte is aan de juiste stimulatie. Psychobiologisch denken is nodig om alle aspecten met betrekking tot de ontwikkeling in kaart te kunnen brengen, waarbij te allen tijde rekening dient te worden gehouden met culturele verschillen. Het samenspel tussen biologische factoren en omgevingsfactoren is intensief. Zonder dit samenspel is er geen ontwikkeling mogelijk. De mate waarin verschilt in de diverse perioden en kan specifiek zijn voor een bepaald ontwikkelingsdomein. Een vroege verstoring in de ontwikkeling heeft, ongeacht de oorzaak, vaak consequenties voor de lichamelijke ontwikkeling en de motoriek. Biologische factoren lijken met name in de eerste levensjaren een grote rol te spelen, maar er is geen vroege ontwikkeling mogelijk zonder wisselwerking met de omgeving en ook in latere jaren spelen biologi-

sche factoren een belangrijke rol. Voor een optimale ontwikkeling, begrensd door de biologische mogelijkheden, is een omgeving nodig die adequaat op de voortgaande ontwikkeling inspeelt.

Het onderverdelen van de ontwikkeling in verschillende factoren is voor onderzoek en theorievorming noodzakelijk, maar blijft kunstmatig. De ontwikkeling bestaat bij de gratie van het samenspel van factoren. Doordat de ontwikkelingsdomeinen elkaar onderling beïnvloeden, zal er binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie vrijwel nooit sprake zijn van enkelvoudige problemen. Naarmate de problematiek ernstiger is en het kind jonger was bij de start van de problemen, is de kans op samengestelde problematiek groter (Verheij, 2002). In de nu volgende paragrafen zal op de specifieke ontwikkeling binnen de verschillende leeftijdsfasen nader worden ingegaan. Ontwikkelingsopgaven zullen per fase worden besproken en kort worden gerelateerd aan de psychomotoriek en de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk, welke in de hoofdstukken drie en vier uitgebreider aan de orde zullen komen.

2.3 De eerste levensjaren

De periode van nul tot drie jaar is een biologisch en emotioneel heel bijzondere en specifieke fase. *"In deze revolutionaire periode, waarvan de omvang en snelheid van groei en ontwikkeling in de rest van het leven niet meer wordt geëvenaard, worden alle basale fysieke, cognitieve en sociaal emotionele structuren aangelegd, die in het latere leven verder worden uitgebreid in nauwe samenhang met de invloeden uit de omgeving"* (De Boer, 1993, p.23). Tijdens de eerste levensjaren vindt een enorme ontwikkeling plaats. Verhulst (1991) noemt daarbij de ontwikkeling van zintuiglijke functies en de motoriek, de ontwikkeling van objectpermanentie, van autonomie en 'basaal vertrouwen', de ontwikkeling van veilige gehechtheid aan de opvoeders en de fundamenteën van de taalontwikkeling. Volgens Bigner (1979) staat het kind tussen nul en achttien maanden voor vier belangrijke ontwikkelingsopgaven:

- ten eerste moet het zich lichamelijk gaan aanpassen aan het leven buiten de baarmoeder. Het moet gaan ademen, de lichaamstemperatuur moet zich stabiliseren en verschillende organen moeten in werking treden;
- ten tweede moet het zelfregulerend gedrag gaan verwerven in het verlengde van de biologische ritmen, dat wil zeggen greep gaan krijgen op het eigen functioneren en de eigen behoeften, bijvoorbeeld met betrekking tot eten, slapen en de basale motorische vaardigheden;
- ten derde moet het een gevoel van basaal vertrouwen, eerlijkheid en geduld gaan opbouwen en ervaren in interactie met de moeder/opvoeder, waardoor de wereld meer veilig en voorspelbaar gaat worden;
- ten vierde moet het toe gaan groeien naar zelfdifferentiatie, wat zover kan gaan als de lichamelijke groei en rijping toestaan, waarbij de ouders het kind stimuleren binnen de mogelijkheden van het kind en het beveiligen als die mogelijkheden overschreden worden. Zelfdifferentiatie begint als het kind leert dat objecten gemanipuleerd kunnen worden en het kind onderscheid gaat maken tussen zichzelf en de ander.

Rietveld (1984) schrijft dat verschillende biologische activiteiten en gedragsuitingen onderhevig zijn aan ritmische schommelingen en dat een van de opvallendste eigenschappen van het organisme is dat het zichzelf kan handhaven in een continu wisselend milieu omdat het over mogelijkheden tot zelfregulatie beschikt.

In het proces van separatie-individuatie, dat in de tweede helft van het eerste levensjaar begint, gaat het kind onderscheid maken tussen binnen- en buitenwereld, tussen fantasie en werkelijkheid en tussen ik en niet-ik. Een 'transitional object' kan dit proces vergemakkelijken en een gevoel van troost en veiligheid bieden en tevens een compensatie zijn voor het verlies van de moeder-kind eenheid (Verhulst, 1991; Kaplan & Sadock, 1998). Het transitional object is ook een representatie van het kind zelf en moet bijvoorbeeld vertroeteld worden zoals het kind zelf vertroeteld wil worden. Dergelijke 'veiligheidsvoorwerpen' kunnen echter ook als controlepatronen beschouwd worden (Solter, 2000). De aanwezigheid van deze voorwerpen helpt volgens Solter (2000) de kinderen hun huilen te onderdrukken in een omgeving die niet veilig genoeg is om uiting aan hun gevoelens te geven, wat kan leiden tot opgekropte emoties die ontstaan zijn door spanning.

De aard en de kwaliteit van de hechtingsrelatie zijn afhankelijk van biologische gegevens (zoals het temperament van het kind), de aard van het hechtingsgedrag van het kind en de beschikbaarheid, sensitiviteit en responsiviteit van de ouder (De Boer, 1993). Ferdinandus (1995) stelt dat het mogelijk is reeds voor de geboorte een zekere mate van hechting op te bouwen, welke kan bijdragen aan een veilige hechting na de geboorte. Sensitiviteit en responsiviteit kunnen volgens haar bevorderd worden door haptonomische zwangerschapsbegeleiding, waarvan aanraken en bewegen essentiële onderdelen vormen. Vanuit het hechtingspatroon zijn volgens De Boer (1993) voorspellingen te doen over de aard van toekomstige relaties. Hechting kan zich vertraagd, onvoldoende, uitgesteld of onvolledig ontwikkelen als er een lichamelijk of psychisch probleem bestaat bij een van de partners. Een hechtingsstoornis kan dus van het kind uitgaan, van een of van beide ouders en kan ernstige problemen geven voor de persoonlijkheidsontwikkeling van het opgroeiende kind. Hechting kent vele gradaties. Er kan sprake zijn van een veilige ofwel autonome gehechtheid of van een van de drie vormen van onveilige gehechtheid (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000; H. Sigling, 2001):

- bij veilige gehechtheid zijn de kinderen in staat emotionele steun te zoeken als zij dat nodig hebben en kunnen ze tevens autonoom optreden. Er is sprake van een balans tussen exploratie en nabijheid van de verzorger. De verzorger is sensitief en kan het kind op effectieve wijze geruststellen;
- bij een onveilig-vermijdende of gereserveerde hechting zoekt het kind geen steun bij belangrijke anderen, maar kiest het voor een schijn-onafhankelijke opstelling, waardoor het emotioneel weinig investeert. Het kind laat zich gemakkelijk scheiden van de verzorger, laat geen angst zien voor vreemden en vermijdt de verzorger na een korte separatie. Een angstig-vermijdende hechting wordt geassocieerd met onverschilligheid en emotionele onbeschikbaarheid van de verzorger of actieve afwijzing (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000);
- bij een onveilig-afwerende of ambivalente gehechtheid is er vaak sprake van een overmatige gerichtheid op de hechtingsfiguur, wat zicht kan uiten in afhankelijk, claimend of wervend gedrag, afgewisseld met boosheid op de hechtingsfiguur. Het kind laat spanning zien als het alleen gelaten wordt en is ambivalent in het zoeken van troost bij de verzorger. De angstig-afwerende hechting wordt geassocieerd met inconsistente verzorging, overdreven moederlijk gedrag en ineffectief troosten (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000);
- bij gedesorganiseerde gehechtheid is er vaak sprake van dwingend-agressieve interacties en rolomkering met de veelal getraumatiseerde ouder. Tegenstrijdige kenmerken van verschillende hechtingspatronen kunnen zichtbaar zijn, evenals een gedesoriënteerde verschijning. In de voorgeschiedenis is vaak sprake van verslaving of traumatisering van de ouders, misbruik of mishandeling van het kind of beangstigend of verwarrend verzorgingsgedrag.

Om een veilige basis voor sociaal functioneren te leggen is het nodig dat de primaire opvoeder de behoeften van het kind aanvoelt en er adequaat op reageert. Dit hoeft niet perfect te zijn (en dat kan ook niet), aangezien kleine frustraties nodig zijn om vaardigheden te ontwikkelen. Dit sluit aan bij het begrip 'good enough mothering' van Winnicott (1965). Als de moeder in staat is in te springen op de behoeften van haar baby wordt deze in staat gesteld zich af te stemmen op zijn eigen lichamelijke functies en driften, welke de basis vormen voor het gradueel ontwikkelen van een zelfgevoel (Kaplan & Sadock, 1998). Over kinderen die in tehuizen opgroeien en regelmatig wisselingen van verzorgers meemaken, schrijft Verhulst (1991, p.82) dat zij een groot risico lopen op psychosociale disfuncties. Kinderen met een antisociale gedragsstoornis zouden vaak in de voorgeschiedenis multiple verlatingen hebben meegemaakt en een instabiele thuissituatie kennen: *"Te lange of veelvuldige separaties, te weinig consistent en voorspelbaar opvoedingsmilieu, te weinig responsieve en sensitieve opvoeders in de eerste twee levensjaren predisponeren het kind echter wel duidelijk tot een deviantere ontwikkeling. Echter, veranderingen in de houding van de ouders, professionele interventies, een goede school of kleuterdagverblijf kunnen een steentje bijdragen om de verstoorde ontwikkeling enigszins bij te buigen"*. Verheij (1994) wijst erop dat inbreuk in de vroege moeder-kind relatie vaak een breuk betekent en leidt tot een andere sociale ontwikkeling. Er kan dan sprake zijn van 'basic mistrust'. Er moet hierbij echter een belangrijke kanttekening worden geplaatst. Hechting en separatie(angst) bij jonge kinderen

wordt de laatste jaren genuanceerder bekeken. Zo wijst Barrett (1997) erop dat de reacties op separatie meer complex zijn dan voorheen werd aangenomen en dat er een aanzienlijke variatie bestaat tussen kinderen in hoe zij op separatie reageren, ook al vallen zij binnen hetzelfde van de vier genoemde hechtingspatronen. Deze variatie wordt veroorzaakt door een combinatie van intrinsieke en extrinsieke factoren, welke beschermend kan werken of de kwetsbaarheid van het kind kan vergroten. Daarbij is het niet per se noodzakelijk dat het kind zich hecht aan één primaire verzorger maar kan het meerdere hechtingsfiguren hebben. Dit wordt ook benadrukt door Field (1996). Het bestuderen van hechtingsgedrag in een incidentele stressvolle situatie ('strange situation') binnen de moeder-kind dyade is volgens haar te beperkt. Gedurende het leven worden er verschillende hechtingen aangegaan met diverse hechtingsfiguren, zowel met volwassenen, als met leeftijdgenoten. Bij hechting moet volgens haar worden gekeken naar de relatie tussen twee individuen, wat zij delen en wat zij zouden missen als ze gescheiden zouden worden. In die optiek ontwikkelt hechting zich naarmate de individuen meer op elkaar afgestemd raken. Deze relatie komt een optimale groei ten goede.

Vanuit een veilige basis zijn pasgeboren baby's actief, exploreren ze de omgeving en hebben ze al een duidelijke voorkeur voor bepaalde stimuli boven andere. In het slaap-waakritme van zuigelingen zijn vijf verschillende stadia te onderscheiden, namelijk diepe of regulaire slaap, actieve of irregulair slaap, alerte inactiviteit, alerte activiteit en huilen (Verhulst, 1991). De overgang van de ene naar het andere stadium kan normaal gesproken door kinderen gemakkelijk gemaakt worden. Verhulst noemt dat kinderen met neurologische afwijkingen en prematuur geboren kinderen vaak moeite hebben met de overgang van het ene naar het andere stadium. Volgens Brazelton (1984, 1987) ontstaan normaal gesproken na de vierde levensmaand min of meer vaste patronen; cycli met een duur van ongeveer vier uur volgen elkaar dan op, waarbij het midden van een cyclus bestaat uit zo'n anderhalf uur diepe slaap, voorafgegaan en gevolgd door een lichte slaap. Na elke cyclus is de baby even 'bijna-wakker'. In die tijd gaat het duimzuigen, huilen of wiegen. Dit zou dienen om de energie van de afgelopen dag kwijt te raken en opnieuw in de volgende cyclus te kunnen komen. Als ouders tijdens die periode de kamer binnen komen, zal het kind niet vanzelf in de volgende cyclus terecht komen. Volgens Brazelton zijn er drie typen baby's bij wie een slaap-waakritme niet gemakkelijk tot stand komt: het heel actieve kind, dat zo gedreven en opgewonden is om dingen te leren dat het zichzelf niet kan stoppen en zelfs 's nachts doorgaat, het kind dat overdag erg stil en nadenkend is en weinig motorische activiteit laat zien, waardoor het niet moe genoeg is om 's nachts door te slapen en het heel gevoelige, gemakkelijk van streek rakende kind.

Zodra de gezonde baby gewend is aan een bepaalde stimulus, gaat deze steeds actief op zoek naar nieuwe prikkels. Als de nieuwe prikkel echter te sterk afwijkt van wat het kind al kent kan het angstig worden. Zelfs in de baarmoeder zijn fysiologische voorlopers van angst waar te nemen in de vorm van constitutioneel bepaalde schrikreacties en motorische onrust op blijkbaar als onplezierig ervaren externe of interne prikkels (Verhulst, 1991). Constitutionele factoren spelen een rol bij de angstreacties; sommige kinderen zijn schrikachtiger dan andere. Volgens Öst en Treffers (2001) spelen constitutionele factoren en informatieverwerkingsfactoren een belangrijke rol in het ontstaan en het gedurende langere tijd aanwezig blijven van angststoornissen. Als het kind geboren is, wordt het voor de angstregulatie afhankelijk van de omgeving die het moet beschermen tegen een overmaat aan prikkels. Zowel de aangeboren dispositie van het kind om zelf prikkels te reguleren als het vermogen van de moeder om zich in te leven in wat het kind nodig heeft spelen een belangrijke rol. Als er sprake is van een veilige hechting, is het kind bij angst snel door de primaire verzorger gerust te stellen. Indien een kind helemaal geen angst laat zien, ook niet bij dreigende afwezigheid van de primaire verzorger, kan dit een indicatie zijn voor een verstoring in de vroege moeder-kind relatie. In het tweede half jaar krijgt angst meer een signaalfunctie, waarbij zowel ervaringen met de omgeving als innerlijke conflicten en fantasieën een rol gaan spelen. Vanuit verschillende invalshoeken wordt er anders naar angst gekeken. Vanuit de psychoanalytische invalshoek gezien dient signaalangst ervoor om te voorkomen dat de angst te hoog oploopt en traumatisch zou kunnen worden. De cognitieve invalshoek benadrukt de discrepantie tussen het waargenomenen en de reeds aanwezige cognitieve structuren. Vanuit de

biologische invalshoek is angst nuttig om te overleven en is er sprake van individuele verschillen in angstdispositie. De leertheoretische invalshoek benadert angst als een aangeleerde reactie. Volgens Brazelton (1984) zijn angsten normaal in de kinderlijke ontwikkeling en komen deze vooral voor als er sprake is van snelle ontwikkeling binnen een van de ontwikkelingsdomeinen (motorisch, cognitief, emotioneel). Als voorbeeld noemt hij de 'stanger anxiety' in de periode dat de baby leert kruipen.

Samenvattend kan worden gesteld dat het kind zijn eerste levensjaren voor meerdere ontwikkelingsopgaven staat, die als ze onvoldoende waargemaakt worden consequenties hebben voor de voortgaande kinderlijke ontwikkeling. Het ontwikkelen van een veilige hechting en het verwerven van zelfregulerend gedrag zijn twee van deze belangrijke ontwikkelingsopgaven. De mate waarin het kind zich deze heeft eigen gemaakt, wordt onder andere zichtbaar in het bewegen en de motoriek.

Een onveilige hechting kan onder andere zichtbaar worden in het bewegen. M. Sigling (2001) beschrijft dat baby's en peuters hun armen uitstrekken naar ouders als zij opgepakt willen worden, maar afwerende bewegingen maken met hun handen als zij zich bedreigd voelen of hun duim in de mond steken en het hoofd afwenden als er geen sprake is van een veilige hechtingsrelatie: *"Ook kan het zijn dat het kind helemaal verstijft als de ouder het kind oppakt of juist dat het als een slappe pop reageert. Deze laatste gedragingen worden vaak gezien wanneer het kind als speelbal dient voor de genoegens of ongenoegens van de ouder(s), zoals in het geval van fysiek of seksueel misbruik"* (M. Sigling, 2001, p.5).

Problemen met de zelfregulatie en met het maken van overgangen zijn eveneens vaak zichtbaar in de motoriek. De 'Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood' (1995) vermeldt over kinderen in de leeftijd van nul tot drie jaar dat regulatiestoornissen worden gekenmerkt door de moeite van het kind om gedrag en lichamelijke, sensorische, aandachts-, motorische en/of affectieve processen te reguleren en een rustige, alerte, affectief positieve 'state' te bewerkstelligen. Dit is van invloed op de mogelijkheden van het kind zich aan te passen aan de dagelijkse omstandigheden en op de interacties en relaties die het kind aangaat. Constitutie en vroege rijpingspatronen spelen een rol in de moeilijkheden die deze kinderen ondervinden. Daarnaast lijken vroege opvoedingspatronen een aanzienlijke invloed te hebben op de ontwikkeling van deze patronen. DeGangi en collega's (2000) onderzochten kinderen die tijdens het eerste levensjaar symptomen van een regulatiestoornis vertoonden (waaronder problemen met zelfregulatie rond slapen en eten, zichzelf gerust kunnen stellen, regulatie van stemming, emoties en gedrag) opnieuw op driejarige leeftijd. Bij vijftien procent van deze groep werden door onafhankelijke psychiaters vertragingen in de motorische, taal- en cognitieve ontwikkeling en/of ouder-kind relatieproblemen geconstateerd.

Volgens Verheij (1994) wordt in de eerste anderhalf jaar van het leven van een kind de basis gelegd voor een relatie met het zelf, het eigen lichaam en het eigen functioneren. Kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, bij wie vaak al gedurende de eerste drie levensjaren van alles is misgegaan, hebben vaak maar zeer beperkt aan de eerder genoemde ontwikkelingsopgaven kunnen voldoen. Er is sprake van een verstoorde relatie met het zelf, het lichaam en het eigen functioneren. Deze kinderen vertonen vaak problemen met het maken van overgangen. De mogelijkheden tot zelfregulatie zijn bij vele van hen onvoldoende ontwikkeld. Zij zijn, ook op latere leeftijd, vaak nog erg angstig bij nieuwe prikkels. In het bewegen tonen ze dit onder meer door veelvuldige schrikreacties en verhoogde spierspanning. Deze kinderen zijn vaak overalert en proberen alles onder controle te houden. Ook komt het regelmatig voor dat zij zichzelf gaan overschreeuwen en juist die dingen gaan doen waar zij eigenlijk zo bang voor zijn. Het kind heeft vaak nog sterk de volwassene nodig om het te beschermen tegen een teveel aan prikkels en om het te helpen zowel interne als externe prikkels te ordenen, zodat het er minder angstig van hoeft te worden.

Problemen tijdens de eerste levensjaren kunnen voortkomen uit het niet goed op elkaar aansluiten van de behoeften van de baby en het begrip en vermogen tot inspelen op deze behoeften door de ouder. Verhulst (1991, p.102) noemt enkele voor deze periode kenmerkende problemen, die voor de meeste kinderen van voorbijgaande aard zijn, maar voor sommige kinderen het begin van een deviante ontwikkeling zijn:

"... eetstoornissen, spugen, buikkrampen, slaapstoornissen, langdurig huilen en op iets oudere leeftijd driftbuien, ongehoorzaamheid en problemen rond het zindelijk worden".

2.4 De peuter- en kleuterleeftijd

In de peuter- en kleuterleeftijd is eveneens sprake van een snelle ontwikkeling. Het kind moet in deze fase drie hoofdtaken volbrengen, namelijk de verdere taalontwikkeling, de motorische ontwikkeling en de zindelijkheid (Verhulst, 1991). Kaplan en Sadock (1998) koppelen de motorische ontwikkeling aan de toenemende mate van controle over de eigen acties. Het kind is steeds beter in staat zelf te bepalen of het toenadering zoekt of zich terugtrekt. Een van de eerste belangrijke omgevingseisen waar het kind in deze fase aan moet leren voldoen is volgens Verhulst (1991) de zindelijkheid. Het is van groot belang dat de ouders soepel zijn, maar ook doortastend en consequent. Het zindelijk worden kan gevoelens van trots en zich gewaardeerd voelen opleveren, maar ook een strijdperk worden met gevoelens van schaamte en insufficiëntie. Zowel biologische ontwikkelingsprocessen als leerprocessen (ten dele cultureel bepaald) spelen een rol bij het zindelijk worden. Wanneer de zindelijkheidstraining gestart kan worden is afhankelijk van cognitieve factoren en temperamentfactoren van het kind. Problemen als enuresis en encopresis hebben soms een lichamelijke oorzaak. Angsten bij het kind en de kwaliteit van de ouder-kind interactie spelen nogal eens een belangrijke rol, evenals het temperament van het kind en een te vroege zindelijkheidstraining of verkeerd aangeleerd gedrag. Beide stoornissen kunnen een uitgebreid emotioneel lijden veroorzaken (Van Lier, 2003/i.o.)

Verhulst wijst erop dat de peuter-kleutertijd in het teken van spel en spelontwikkeling staat en dat, hoewel angst gedurende het gehele leven een rol speelt in het menselijk functioneren, deze met name tijdens de peuter- en kleutertijd op de voorgrond staat. Voor de ontwikkeling van het kind is het van belang hoe het met angsten omgaat en welke rol angsten in de ontwikkeling spelen. In de loop van de ontwikkeling neemt angst meestal af of gaat zich anders manifesteren onder invloed van de lichamelijke, emotionele en cognitieve ontwikkeling en van de omgeving. Zowel te hoge als te lage angstniveaus lijken voor verminderde prestaties op school te zorgen. Angst gaat vaak gepaard met lichamelijke verschijnselen, zowel motorische (hyperactiviteit, tremoren, overgevoeligheid voor prikkels) als fysiologische (versneld ademen, verhoogde hartslag, veel urineren, zweten en andere huidreacties). Bij chronische angst kunnen klachten zoals buikpijn, braken, flauwvallen en diarree voorkomen, evenals bed- of broekplassen, hyperventileren, lusteloosheid, slaapmoeilijkheden, veel urineren en duizeligheid. Tijdens de peuter- en kleuterleeftijd maakt de angst voor specifieke stimuli, zoals lawaai en vreemden, plaats voor meer denkbeeldige en anticipatoire angsten zoals die voor het donker, voor spoken, voor stout zijn en dergelijke. Aan het eind van de kleuterleeftijd ontstaat naast angst voor liefdesverlies en angst voor straf ook angst voor het geweten en angst om niet te voldoen aan de eisen en idealen die door het kind zelf of door de omgeving gesteld worden (Verhulst, 1991). Brazelton (1984) wijst erop dat het van belang is dat ouders niet de gebruikelijke regels loslaten om het angstige kind te plezieren en gerust te stellen. Juist als het angstig is, heeft het veiligheid en bekende grenzen nodig om zijn angsten te boven te komen.

Door het zich eigen maken van de spraak verbreedt het kind zijn horizon. De meeste kinderen leren eerst 'nee' zeggen, voordat ze 'ja' gaan zeggen. Dit zogenaamde 'negativisme' speelt een vitale rol in de ontwikkeling van autonomie (Kaplan & Sadock, 1998). De relatie met de ouders wordt gekenmerkt door ambivalentie; zowel liefde als haat worden voor dezelfde persoon gevoeld, terwijl het kind een beperkte controle heeft over de eigen impulsen. Het stellen van grenzen en het tegelijkertijd tonen van begrip voor de woede van het kind zijn in deze fase belangrijk: *"Wanneer kinderen te angstig worden van hun eigen boosaardige wensen, kunnen zij een deel van hun persoonlijkheid uitbannen en hun gezonde agressieve kant als het ware op een zijspoor zetten. Het is mogelijk dat er verder een ontwikkeling volgt die tot een volwassen persoonlijkheid leidt waarin alle vijandige gevoelens ontkend moeten worden. Het is juist van belang dat het kind leert dat er een groot verschil is tussen boosaardige gedachten hebben en de boosaardige gedachten in werkelijkheid uitleven"* (Verhulst, 1991, p.105). Dit is zo belangrijk omdat er een hoeveelheid

agressie nodig is om bijvoorbeeld kennis te verwerven, contacten met anderen te leggen, voor de eigen persoon op te komen en doortastend en nieuwsgierig te zijn. In deze zin zijn agressieve impulsen dus nodig voor gezond functioneren.

Zoals genoemd is spel een van de meest kenmerkende aspecten van het gedrag van jonge kinderen. Peuters en kleuters gaan steeds meer fantasiespel spelen. Volgens Gandelman (1992) is spelgedrag universeel onder zoogdieren. Het zou belangrijk, zo niet essentieel zijn voor de normale ontwikkeling. Hij wijst erop dat spelgedrag geen direct doel lijkt te hebben, maar toch vaak veel overeenkomsten vertoont met volwassen gedrag in een serieuze context. Erikson (1972, p.211) typeert kinderspel als *"....de infantiele vorm van het menselijk vermogen om zijn ervaringen te verwerken door modelsituaties te scheppen en de realiteit door experiment en planning te beheersen"*. Op deze manier zou het kind door middel van het spel leren creatieve oplossingen te zoeken binnen de regels van de sociale wereld. Spel zou zo een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de gezonde ontwikkeling naar emotionele stabiliteit. Piaget (1972) deelt de spelontwikkeling in drie fasen in:

- *oefenspel (0-2 jaar);*
- *symbolisch spel (2-7 jaar);*
- *spel volgens regels (7-11 jaar).*

In de diverse ontwikkelingsfasen heeft spel een ander karakter. De eerste anderhalf jaar staan in het teken van het oefenspel, wat een repetitief karakter heeft. Door middel van sensomotorische activiteiten verwerft het kind kennis van de wereld om zich heen. Het speelt met voorwerpen om er beter vertrouwd mee te raken en zodoende zijn kennis te vergroten (Verhulst, 1991). Het kind speelt meestal alleen. Na anderhalf à twee jaar komt het symbolisch spel op gang, dat meestal begint met imitaties van wat het kind de ouders ziet doen. Het leert door middel van symbolisch spel zijn wensen en behoeften beter aan te passen aan de realiteit. Er komt dan ook meer samenspel op gang, zowel met andere kinderen als met volwassenen. De peuter kan dan ideeën, beelden, geluiden, gebaren en andere symbolen gaan gebruiken die objecten of gebeurtenissen representeren (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Zij gaan symbolische elementen, zoals woorden, combineren. In deze periode wordt ook 'doen-als-of-spel' mogelijk. In de peuterperiode wordt het kind toenemend onafhankelijk van de ouders en gaat het meer op zichzelf vertrouwen, gaat het rijpere vormen van sociale interactie laten zien, is het zich meer bewust van zichzelf en anderen en heeft het een breder spectrum van emotionele reactie. De basis voor zelfwaardering wordt gelegd, patronen van emotionele expressie en emotieregulatie komen tot stand. Er wordt volgens DeHart, Sroufe en Cooper (2000) zelfs de basis gelegd voor moreel gedrag. Daarbij staan de peuters erg open voor invloed van familie en cultuur. Hoewel deze eerste jaren van buitengewoon groot belang zijn, kan de ontwikkeling zich bijvoorbeeld nog wel ten goede keren als familieomstandigheden veranderen of als het kind wordt beïnvloed door een bredere sociale wereld zodra het naar school gaat. Socialisatie vindt zowel van binnen (kinderen willen voldoen aan vragen en verwachtingen van ouders) als van buiten (het opleggen van regels) plaats. Vergeleken met pasgeborenen tot een jaar, die fysiek contact nodig hebben om de omgeving te exploreren, steunen peuters meer op psychologisch contact.

Vanaf het tweede jaar zijn volgens Kaplan en Sadock (1998) al sekseverschillen in het spel zichtbaar. Jongens hebben in aanleg meer fysieke agressie dan meisjes, wat over het algemeen wordt bekrachtigd door de ouders. Dit is terug te zien in het spel, waarbij jongens vaker met auto's en pistolen spelen en meisjes met poppen en kleren. Volgens McGuinness (1985) worden de verschillen op motorisch gebied tussen jongens en meisjes groter met het ouder worden. Jongens zijn daarbij vooral op grofmotorisch gebied beter dan meisjes ('rough-and-tumble-play'), terwijl meisjes op fijnmotorisch gebied vaak beter zijn en daarnaast ook leniger zijn dan jongens en beter in staat tot een vloeiende uitvoering van een opeenvolging van bewegingen (dans, turnen). Wat betreft spraak zijn meisjes vanaf het tweede levensjaar vaak beter dan jongens. Dit zorgt er tezamen voor dat jongens een voorkeur tonen voor een andere cognitieve stijl dan meisjes, wat nog niets zegt over de cognitieve mogelijkheden. Er is slechts verschil tussen de manier waarop en welke problemen ze oplossen. Jongens en meisjes lijken hun aandacht op andere omgevingsfactoren te richten, waardoor ze andere

dingen leren. Jongens zijn naar andere jongens die meisjesachtig gedrag vertonen ('sissy behavior') minder tolerant dan meisjes naar andere meisjes die jongensachtig gedrag ('tomboy behavior') laten zien (Kaplan & Sadock, 1998). Na het derde jaar is het kind in staat tot uitgebreider en meer gedifferentieerd fantasiespel. De vier- en vijfjarige gaat geslachtsverschillen ontdekken en kan zich meer verplaatsen in de gevoelens van de ander. Vanaf het zevende jaar gaat spel volgens van buiten komende algemene regels een steeds grotere rol spelen.

Samenvattend kan gesteld worden dat kinderen in de peuter- en kleuterleeftijd voor een aantal ontwikkelingsopgaven staan, waarvan de belangrijkste zijn:

- motorische ontwikkeling;
- impulscontrole/regulatie (waaronder de zindelijkheid);
- taalontwikkeling (ook in dienst van de autonomie ontwikkeling, 'nee' durven zeggen);
- balans vinden tussen angst en veiligheid;
- exploratie (doortastend en nieuwsgierig zijn, onder andere tot uiting komend in spel).

In de motoriek en het bewegen kunnen problemen in het waarmaken van deze ontwikkelingseisen zichtbaar worden. Er is dan bijvoorbeeld sprake van een impulsieve of juist geremde motoriek, van kleine, angstige of juist grote, ongecontroleerde bewegingen, van een onderzoeken van de eigen (motorische) mogelijkheden op een veilige manier ('stapje-voor-stapje') of van het overschreeuwen van angsten en verder gaan dan de eigen mogelijkheden reiken, waardoor veel 'ongelukjes' gebeuren ('accident prone'). Brazelton (1984) vermeldt dat veel probleemgedrag een onvermijdelijk deel is van de kinderlijke ontwikkeling. Volgens hem zouden kinderen veel van deze problemen moeten doormaken en onderzoeken om te leren wat de grenzen van acceptabel gedrag zijn.

Kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie hebben vaak weinig controle over de eigen impulsen en kunnen heel direct zijn in het uiten van hun emoties. Aan de andere kant zijn er ook kinderen die zich niet of nauwelijks kunnen uiten. De separatie-individuatie fase is vaak nog maar zeer ten dele of op onveilige basis doorlopen, waardoor het kind nog onvoldoende een autonome persoon is geworden. Deze kinderen ondervinden vaak problemen in de contacten met leeftijdgenoten en kunnen zich veelal niet of nauwelijks inleven in de gevoelens van de ander. Zij zijn vaak extreem angstig en hebben extra behoefte aan ordening, structurering, beveiliging en voorspelbaarheid vanuit de volwassene. In kinderpsychiatrisch onderzoek wordt behalve naar de inhoud ook gekeken naar de formele kant van het spel: *"Sommige kinderen kunnen een goed gestructureerd, logisch verhaal uitspelen, terwijl bij andere kinderen het spel chaotisch is en als los zand aan elkaar hangt. Ook is het van belang in te schatten in hoeverre het kind in staat is werkelijkheid van fantasie te onderscheiden."* (Verhulst, 1991, p.114). Angst is een veel voorkomend probleem en omvat zich zorgen maken, vermijding en hyperalert zijn (Fonseca & Perrin, 2001). Met de toename van de cognitieve mogelijkheden en het vermogen tot symbolisatie ontstaat bij het kind de mogelijkheid een fobie te ontwikkelen. Volgens Öst en Treffers (2001) beginnen angststoornissen vaak al vroeg in het leven. De manier waarop de angststoornis tot uiting komt verandert met de leeftijd. Een angststoornis op jonge leeftijd betekent in veel gevallen een risicofactor voor de ontwikkeling van andere aanpassingsstoornissen of psychiatrische problemen.

Bij veel kinderen die tijdens de peuter-/kleuterperiode worden aangemeld bij instellingen voor GGZ is er sprake van achterstanden in de taal/spraakontwikkeling en/of achterstanden in en eigenaardigheden van de sociale ontwikkeling. Andere kenmerkende problemen zijn het zindelijk worden en extreme angsten die niet vanzelf overgaan en een bedreiging voor de rest van de ontwikkeling gaan vormen. Ook komen aanmeldingen voor in verband met agressief gedrag en woedeaanvallen. Tevens kunnen slaapstoornissen een reden tot zorg zijn (Verhulst, 1991).

2.5 De basisschoolleeftijd

De basisschoolleeftijd staat in het teken van het begin van het formele leren en van verbreding van sociale relaties. Volgens Dehart, Sroufe en Cooper (2000) is er sprake van verfijning van cognitieve vaardigheden

uit de voorgaande jaren. Het kind wordt flexibeler in het gebruik van deze vaardigheden. Sociale interactie met leeftijdgenoten en volwassenen is van invloed op deze verfijning. Het schoolkind is steeds beter in staat zijn driftimpulsen uit te stellen of om te buigen, onder andere door de toename van verbale expressievermogens en van de mogelijkheden het eigen gedrag te reguleren. Ook gaan kinderen in toenemende mate interesse tonen in regels en afspraken (Kaplan & Sadock, 1998). In deze periode kunnen emoties rond sekseverschillen boven komen, hetzij in de vorm van opwindning, hetzij in de vorm van verlegenheid. De meeste kinderen gaan in deze periode om met kinderen van dezelfde sekse. De psychoanalytische theorie spreekt van een toename van de sterkte van de egofuncties (bescherming, impulscontrole en frustratietolerantie) en uitbreiding van het domein van het ego binnen de persoonlijkheidsstructuur (Verhulst, 1991). Naast het bijbrengen van kennis en vaardigheden speelt de school een belangrijke rol bij de persoonlijkheidsontwikkeling, omdat daar sociale interacties met leeftijdgenoten en met leerkrachten plaatsvinden. Deze nieuwe identificatiefiguren kunnen voor verandering in denken en verschuiving van rolmodellen zorgen (Kaplan & Sadock, 1998). Leerprestaties zijn erg belangrijk voor de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind. Een kind dat voortdurend faalt heeft grote kans een negatief zelfbeeld te ontwikkelen. Voor het leerproces zijn zowel eigenschappen van het kind (temperament, motorische vaardigheden, intelligentie, geheugenfuncties) als van de omgeving (modelfunctie binnen een affectieve context) van belang. Leren onderscheidt zich daarin van rijping, die genetisch voorgeprogrammeerd is. *"Rijping voltrekt zich min of meer autonoom alhoewel de omgeving voldoende prikkels moet bieden om het rijpingsproces doorgang te laten vinden. Leren heeft met ervaring te maken, die vanuit het kind zelf opgedaan kan worden door bijvoorbeeld zelf te experimenteren, maar ook door de omgeving aangereikt kan worden"* (Verhulst, 1991, p.127). Verheij (2002) omschrijft leren als het vermogen te profiteren van nieuwe ervaringen. De coördinatie van de motoriek en de toename van de spierkracht spelen in deze periode een belangrijke rol. Naast het mogelijk maken van vloeiend schrijven en tekenen, stelt het het kind in staat deel te nemen aan complexe motorische activiteiten, zoals gymnastiek, tennis en skaten (Kaplan & Sadock, 1998).

Hoewel agressief en opstandig gedrag bij de meeste kinderen tot zes à zeven jaar in zekere mate en op sommige momenten voorkomt en hoort bij de normale ontwikkelingsgang, is het tegelijkertijd de meest voorkomende reden van aanmelding bij GGZ-instellingen en de jeugdhulpverlening in deze leeftijdsgroep. Vaak wordt het gedrag van opvoeders als belangrijke factor gezien in de ontwikkeling en/of instandhouding van agressie van jonge kinderen, maar kindkenmerken zijn van groot belang voor de interactie tussen opvoeder en kind (Koot, 1992). Volgens Koot (1992) wordt in het begrip temperament een groot aantal kindkenmerken samengevat. Temperament kan volgens Koot (1992, p.515) gedefinieerd worden als *"...biologisch gewortelde individuele verschillen in gedragstendensen die vroeg in het leven aanwezig zijn, die in de omgang met anderen naar voren komen en die relatief stabiel zijn in verschillende situaties en in de tijd"*. Thomas en Chess (1977) onderscheiden negen temperamentkenmerken, namelijk activiteitsniveau, ritmiek, aanpassingsvermogen, toenadering/terugtrekken, responsdrempel, intensiteit van de reactie, stemming, afleidbaarheid/aandachtsspanne en doorzettingsvermogen. Uit deze negen kenmerken leiden zij drie typen kinderen af: het gemakkelijke kind, het moeilijke kind en de langzame starter. Het eerste type heeft een gematigde en overheersend positieve stemming, kan gemakkelijk benaderd worden, past zich gemakkelijk aan en heeft een goed biologisch ritme. Het tweede type verkeert juist overwegend in een negatieve stemming en heeft heftige emoties, past zich niet gemakkelijk aan en heeft een onregelmatig biologisch ritme. Het derde type is weinig actief en niet gemakkelijk benaderbaar, het past zich slecht aan en heeft een variabel biologisch ritme en een enigszins negatieve grondstemming. De kans op een slechte afstemming, waarbij de in de omgeving aanwezige verwachtingen, eisen en mogelijkheden slecht passen bij het temperament van het kind is groter bij een kind met een moeilijk temperament en bij langzame starters. Dat sommige van deze kinderen in een bepaalde omgeving toch gezond opgroeien, terwijl anderen zeer veranderlijk zijn in verschillende fasen van hun ontwikkeling en weer anderen een duidelijke psychopathologie ontwikkelen, is volgens Thomas, Chess en Birch (1968) te verklaren met het begrip 'goodness-of-fit' en hangt dus af van de mate waarin de verwachtingen, eisen en mogelijkheden van de omgeving passen bij het temperament van het kind. Koot (1992) noemt

dat bij een groot aantal kinderen met gedragsproblemen er sprake is van een gebrek aan afstemming tussen de eisen en verwachtingen uit de omgeving en het temperament van het kind. Het (on)vermogen van ouders om met het temperament en de agressie van hun kind om te gaan is medebepalend voor de uitkomst op langere termijn. Daarnaast spelen ook persoonlijke capaciteiten van het kind, zoals de ontwikkeling van intermenselijke relaties, van verdedigingsmechanismen, van het geweten, de intelligentie en de cognitieve ontwikkeling een rol. *"Individueel aangeboren factoren komen tot uitdrukking in de biochemische samenstelling van bepaalde hersencellen en daarmee in hun structuur en functie en uiteindelijk in het gedrag van het kind. Wanneer de aangeboren (erfelijk of constitutioneel bepaalde) gedragsorganisatie van de pasgeborene onder invloed komt van omgevingsinvloeden, ontstaat er een buitengewoon groot aantal mechanismen die elkaar beïnvloeden"* (De Boer, 1993, p.41). Met name de cognitieve ontwikkeling toont bij kinderen met een te heftig temperament of een te agressief gedrag vaak een achterstand, met name wat betreft het probleemoplossend vermogen.

Wat betreft de morele ontwikkeling noemt Verhulst (1991) dat jonge kinderen in beginsel de directe bevrediging van hun behoeften nastreven en nog geen begrip hebben van wat wel en niet mag of kan en wat wel of niet pijnlijk of vervelend is voor de andere persoon. Volgens Dehart, Sroufe en Cooper (2000) komt de morele ontwikkeling pas in de adolescentie goed op gang, maar wordt in de voorgaande perioden wel de basis gelegd. Cognitieve vooruitgang, sociale relaties en emotionele ontwikkeling dragen samen bij aan de morele ontwikkeling van kinderen tijdens deze periode. Het kind kan zich verplaatsen in de ander, wat de basis is voor morele groei. Vriendschappen worden dieper, naarmate het besef toeneemt dat het gaat om loyaliteit en wederzijdse steun en niet alleen het delen van speelgoed. Gelijkheid, eerlijkheid en wederkerigheid zijn belangrijk binnen deze relaties, welke een grote rol spelen bij de morele ontwikkeling.

Kohlberg (1976) onderscheidt zes stadia in de morele ontwikkeling. De eerste twee perioden vormen het stadium van 'preconventionele moraliteit', waarin het morele redeneren vooral gebaseerd is op de angst voor straf of het verlangen naar beloning. In stadium één is goed gedrag gebaseerd op het verlangen straf te vermijden: de 'obedience and punishment orientation'. In stadium twee is alles wat de eigen behoeften bevredigt goed. Dit kan ook indirect zijn, zoals het helpen van anderen, opdat zij jou helpen. De motivatie achter gedrag is het verlangen naar beloning of winst: de 'hedonistic and instrumental orientation'. De derde en vierde periode vormen het stadium van 'conventionele moraliteit', waarbij morele oordelen gebaseerd zijn op geïnternaliseerde standaarden die zijn voortgekomen uit concrete ervaringen in de sociale wereld. De focus ligt op meningen van anderen of de formele wet. In stadium drie is het doel dat te doen wat anderen zullen goedkeuren. Daden zijn gemotiveerd door angst voor afkeuring (in tegenstelling tot angst voor straf in stadium één): de 'good-boy, nice-girl orientation'. In stadium vier worden normen en waarden bepaald door de wetten van de samenleving. Angst voor oneerlijkheid of schade aan anderen speelt hier een rol: de 'authority or law-and-order orientation'. De vijfde en zesde periode vormen het stadium van 'postconventionele of principe moraliteit'. De focus ligt hierbij op meer abstracte principes die ten grondslag liggen aan goed of fout. In stadium vijf is het doel te voldoen aan je verplichtingen en te helpen de gemeenschap draaiende te houden. Het verlangen naar zelfrespect en het respect van leeftijdgenoten is hier van belang: de 'social contact orientation'. In stadium zes dient de beslissing gebaseerd te zijn op de hoogste morele principes. De nadruk ligt op het vermijden van zelfveroordeling of het geweld doen aan iemands eigen principes: de 'hierarchy of principles orientation'. Volgens Kohlberg zijn de eerste twee stadia karakteristiek voor kinderen tot negen jaar. De meeste adolescenten en volwassenen bevinden zich in stadium drie of vier. Slechts weinigen bereiken volgens hem stadium vijf of zes. Volgens Kohlberg (1979) is een individu geneigd de oplossing van een probleem op het hoogst voor hem beschikbare niveau te kiezen. Kritiek op de theorie van Kohlberg richt zich vooral op het feit dat het meten van wat men zou doen in een bepaalde situatie sterk kan verschillen met wat men in werkelijkheid doet. Ook zou er een algemeen verschil bestaan tussen hoe mannen en vrouwen oordelen en is dit ook nog cultuurafhankelijk (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000).

Volgens Kaplan en Sadock (1998) beschouwen theoretici de morele ontwikkeling als een gradueel, stapsgewijs proces dat over de kindertijd, adolescentie en jongvolwassenheid heen loopt. Empathie en zorg voor anderen ontstaan in deze periode. Rond het negende of tiende levensjaar zijn de meeste kinderen in staat lief te hebben, compassie te voelen en te delen. Zij kunnen voor langere perioden stabiele relaties onderhouden met familie, leeftijdgenoten en vrienden.

Samenvattend kan gesteld worden dat de belangrijkste ontwikkelingsopgaven in deze periode gecentreerd zijn rond het schoolse leren, het uitbreiden van sociale relaties, het leren omgaan met regels en afspraken, de morele ontwikkeling en een toenemende impulscontrole en frustratietolerantie. Veranderingen zijn minder opvallend dan in de vorige periode, maar deze fase kan wel gezien worden als een periode waarin kinderen geleerde vaardigheden consolideren en potenties verzamelen om te gebruiken tijdens de adolescentie.

Binnen het motorisch domein gaan coördinatie en spierkracht een belangrijke rol spelen. Het zijn voorwaarden voor het waarmaken van verschillende ontwikkelingsopgaven. Daarnaast is de motorische ontwikkeling een ontwikkelingsopgave op zich. Kinderen die zich motorisch onvoldoende ontwikkelen, vallen vaak ook op andere gebieden, zoals bij het vinden van aansluiting bij leeftijdgenoten, uit de boot.

Kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie ondervonden vaak al zoveel problemen in voorgaande fasen dat toename van egosterkte in deze periode niet of onvoldoende plaatsvindt. Naast gedrags- en/of emotionele problemen komen problemen op het gebied van het schools functioneren (met name geringe leerprestaties) veel voor bij deze kinderen. Er worden meer jongens dan meisjes aangemeld bij instellingen voor GGz (Verhulst, 1991). Dit betekent niet dat jongens meer probleemgedrag vertonen, maar dat de aard van de problemen anders is. Jongens vertonen meer sociaal onwenselijk gedrag, terwijl meisjes meer problemen vertonen waar zij zelf last van hebben. Op deze sekseverschillen zijn volgens Verhulst zowel genetische, als socioculturele, als hormonale factoren van invloed. Ook Berben en collega's (1997) geven aan dat jongens tot twaalf jaar vaker verwezen worden naar een GGz-voorziening dan meisjes in diezelfde leeftijd, onafhankelijk van de problematiek. Uit onderzoek van Verhulst en Van der Ende (1997) komen deze sekseverschillen niet naar voren. Sociaal-economische factoren en het geslacht van het kind houden volgens dit onderzoek op zich geen verband met of er al dan niet hulp wordt gezocht. Een groot deel van de kinderen die voldoen aan criteria voor psychosociale en psychiatrische problematiek en daar last van ondervinden in hun dagelijks functioneren komen niet terecht bij instellingen voor GGz.

Hoewel temperament en 'goodness-of-fit' vanaf de geboorte een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van het kind, komt in de basisschoolperiode vaak naar voren in hoeverre het kind en de omgeving erin geslaagd zijn temperament en verwachtingen op elkaar af te stemmen. Dit heeft met name te maken met het feit dat naarmate het kind ouder wordt, men er van uit gaat dat de impulscontrole en frustratietolerantie toenemen en de morele ontwikkeling vordert, op basis waarvan er hogere eisen worden gesteld aan het gedrag van het kind en dan met name met betrekking tot het nalaten van sociaal onwenselijk gedrag. Kenmerkende problemen op de basisschoolleeftijd zijn aandachtsstoornissen en hyperactiviteit, leerstoornissen, schoolfobie en andere angsttoestanden en problemen in contacten met leeftijdgenoten (Verhulst, 1991). Verwijzing naar hulpverlening heeft vaak betrekking op probleemgedrag, zoals agressief gedrag, stelen, spijbelen, brandje stichten, driftbuien en het ontbreken van schuldgevoelens waar die wel verwacht worden. Een andere reden voor verwijzing vormen negatieve gezinsomstandigheden, zoals verwaarlozing, mishandeling en/of seksueel misbruik. Berben en collega's (1997) noemen problemen in de vrije tijd, ernstige cognitieve problemen, ernstige emotionele problemen en lichte lichamelijke problemen als indicaties voor de GGz.

Beschermende factoren kunnen aangrijpingspunten zijn voor behandeling. Een indicatie voor de GGz wordt alleen gesteld indien er voldoende behandelingsmogelijkheden worden gezien. Dit neemt toe als er meerdere beschermende factoren aanwezig zijn (Berben e.a., 1997). Volgens Verhulst (2001) is bij veel kinderen die verwezen worden naar de GGz sprake van een problematische gezinssituatie, zoals bijvoorbeeld een éénoudergezin, veranderingen in de gezinssamenstelling en problemen in het gezinsfunctioneren.

2.6 De adolescentie

Adolescentie is de ontwikkelingsfase die begint met de aanvang van de puberteit en die eindigt met de verwerving van volwassenheid (Verhulst, 2000a). De term puberteit heeft betrekking op een periode waarin het biologische proces van geslachtsrijp worden zich voltrekt. De term adolescentie wordt gebruikt om veranderingen op lichamelijk gebied, op cognitief gebied (de overgang naar abstract-logisch denken) en op emotioneel-sociaal gebied aan te geven, waarbij de losmaking van de ouders en de verwerving van een eigen identiteit centraal staan. Kaplan en Sadock (1998) geven aan dat de adolescentie een stadium is met veel variatie, zowel wat betreft de leeftijd waarop deze inzet als de lengte van de periode, de groeisnelheid, de seksuele ontwikkeling en de psychische rijping. Zo hangt bijvoorbeeld het vermogen complexe problemen op te lossen zowel af van scholing, van kennis als van aangeboren mogelijkheden. De lichamelijke veranderingen tijdens de adolescentie beginnen met een snelle groei van het skelet en het begin van de fysieke seksuele ontwikkeling. De psychische veranderingen beginnen met een versnelling van de cognitieve ontwikkeling en de vorming van een eigen persoonlijkheid. Omdat de lichamelijke en psychische ontwikkeling vaak niet parallel verlopen, moet de adolescent zien om te gaan met imbalans en verhoogde stress (Kaplan & Sadock, 1998). Volgens Kaplan en Sadock (1998) zijn de meeste adolescenten in staat om te gaan met de oplopende stress en de omgevingseisen. Adolescenten met psychische stoornissen voorafgaand aan de adolescentie hebben het moeilijker. Het schools functioneren is een goede graadmeter van het al dan niet gezond functioneren. Daarbij moeten de subcultuur en de etnische achtergrond worden meegenomen (Kaplan & Sadock, 1998). In sommige culturen is depressie acceptabel, in andere groepen is het een teken van zwakte en wordt het gemaskeerd door antisociaal gedrag, middelenmisbruik en zelfdestructieve daden (Kaplan & Sadock, 1998).

In de late adolescentie zijn jeugdigen in staat zichzelf op waarde te schatten, inclusief hun persoonlijke sterkten en zwakten en deze te integreren tot een coherent geheel (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Het vormen van een persoonlijke identiteit, wat meer is dan een zelfbeeld, wordt dan mogelijk. Dit vraagt integratie van ervaringen uit het verleden, voortdurende persoonlijke veranderingen en sociale eisen en verwachtingen voor de toekomst. Het omvat waarden, principes en rollen die de adolescent heeft aangenomen als van zichzelf zijnd. Het omvat eveneens het voorbereiden op en kiezen van een carrière, de evaluatie van religieuze en morele waarden, de ontwikkeling van een politieke identiteit en de aanname van sociale rollen voor wat betreft seksualiteit, huwelijk en ouderschap. Zowel ouders als leeftijdgenoten zijn belangrijk in dit proces. De adolescentie bouwt voort op de voorafgaande jaren. Kinderen die op de kleuterschool moeite hadden in de omgang met leeftijdgenootjes komen soortgelijke problemen vaak weer tegen in de adolescentie (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Ook de kwaliteit van hechting heeft een voorspellende waarde: veilig gehechte kinderen zijn minder afhankelijk, vormen meer intieme vriendschappen en passen beter in de leeftijdsgroep. De meeste kinderen komen de adolescentie relatief ongeschonden door en kunnen daarna omgaan met de eisen die aan volwassenheid worden gesteld. Een minderheid van de jeugdigen wordt overspoeld door de eisen tijdens de adolescentie en ontwikkelen serieuze problemen. Adolescentie wordt vaak gezien als de tweede individuatiefase. De eerste is tijdens de peuterij. In beide gevallen zijn de kinderen vaak dwars naar de ouders toe om zichzelf als aparte mensen, gescheiden van hun ouders neer te zetten. In beide gevallen volgt meestal een fase van weer op goede voet staan met de ouders: de driejarige wordt coöperatiever en heeft meer zelfvertrouwen, de relatie tussen de oudere adolescent en de ouders wordt meer gelijkwaardig (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000).

Adolescenten zijn gevoelig voor de mening van hun leeftijdgenoten en vergelijken zichzelf veel met anderen. Elke afwijking, reëel of imaginair, kan leiden tot gevoelens van inferioriteit, lage zelfwaardering en verlies van zelfvertrouwen. Verbale, maar vooral ook nonverbale reacties op uiterlijk worden door de adolescent nauwlettend waargenomen. Het centrale conflict in de adolescentie betreft identiteitsformatie versus rolverwarring (Erikson, 1972). De adolescent moet zijn eigen identiteit gaan ontwikkelen, dat wil zeggen *".... het gevoel dezelfde persoon te zijn en een in de tijd continue eenheid die te onderscheiden is van andere"* (Verhulst, 1991, p.162). Aan het eind van de adolescentie moet de jeugdige in staat zijn een

beroep te kiezen en een intimiteit te ontwikkelen die kan leiden tot een langdurige relatie en eventueel ouderschap. Het uit huis gaan en zelfstandig leven zijn belangrijk stappen (Kaplan & Sadock, 1998). Als een adolescent niet voldoende experimenteert en zich voortijdig conformeert aan ouders of andere autoriteitsfiguren, kan de creativiteit en souplesse in het latere leven in het gedrang komen en kan starheid ontstaan. Indien adolescenten worden overspoeld door eisen van ouders, anderen of zichzelf, kunnen zij zich gaan terugtrekken en initiatiefloos worden, waarbij een negatieve identiteit kan ontstaan. In dat geval kan de adolescent keuzen gaan maken waarvan hij weet dat deze de omgeving zullen treffen (Verhulst, 2000a).

Naast vroege of juist late rijping is de rol van de ouders bij de seksuele ontwikkeling van belang voor de verdere ontwikkeling van de jeugdige. Kaplan en Sadock (1998) noemen vanuit de Amerikaanse context als mogelijk probleem tijdens de adolescentie het zwanger raken van tienermeisjes, waarbij er een hoog ziekte- en sterftcijfer is vanwege de minimale prenatale zorg. Ook vindt in een groot aantal gevallen abortus plaats. Adolescente meisjes die depressief zijn, onzeker over hun uiterlijk zijn of kind zijn van gescheiden of ruziënde ouders lopen een grotere kans zwanger te raken dan leeftijdgenoten met een stabiele achtergrond. Dit geldt ook voor meisjes die als kind mishandeld of misbruikt zijn (Croon, 1999) en meisjes die zelf een tienermoeder hadden (Allen & Hippisley-Cox, 2000). Ook de sociaal-economische status en het opleidingsniveau lijken mee te spelen. De meeste tienermeisjes die een kind baren zijn niet in staat het op te voeden, waardoor het in een pleeggezin of tehuis komt of opgevoed wordt door de ouders van het meisje of door andere familieleden. Als ze trouwen met de vader van het kind, eindigt dit meestal in een scheiding. In Nederland komen deze problemen door veel voorlichting (onder andere op scholen) en goede prenatale zorg steeds minder vaak voor. In Engeland daarentegen zijn de problemen groot (Allen & Hippisley-Cox, 2000). Naast zwangerschap vormt ook prostitutie een probleem dat gerelateerd is aan de seksuele ontwikkeling. De meeste van de adolescenten die in de prostitutie terecht komen zijn afkomstig uit gebroken gezinnen, zijn zelf als kind misbruikt geweest of zijn het slachtoffer geweest van een verkrachting. Ook veel jeugdigen die van huis zijn weggelopen komen in een milieu terecht waarbij drugsmisbruik een rol kan gaan spelen en de kans op AIDS aanzienlijk vergroot wordt (Kaplan & Sadock, 1998).

Het gebruik van alcohol en drugs kan tijdens de adolescentie tot grote problemen leiden. Als risicofactoren voor middelenmisbruik noemen Kaplan en Sadock (1998) veel ruzie in het gezin, problemen op school, comorbide psychiatrische stoornissen (zoals conduct disorder en depressie), middelengebruik door ouders en leeftijdgenoten, impulsiviteit en op jonge leeftijd beginnen met het roken van sigaretten. Croon (1999) noemt daarnaast het als kind mishandeld of misbruikt zijn. Middelenmisbruik uit zich door verandering in stemming (van depressie tot euforie), in denken (gestoorde concentratie, psychotische symptomen) en in gedrag (ontremming, lethargie, hyperactiviteit, agitatie, somnolentie, overmatige waakzaamheid) (Gunning, 2000).

Geweld door jeugdigen is een ander probleem. Volgens Kaplan en Sadock (1998) neemt geweld door jeugdigen toe en is in Amerika moord de tweede doodsoorzaak bij mensen in de leeftijd van 15-25 jaar. De eerste doodsoorzaak zijn ongelukken, de derde zelfmoord. Gunning (2000) noemt dezelfde doodsoorzaken voor de Nederlandse populatie. In de leeftijdsgroep 15-24 jaar overlijden volgens hem meer adolescenten aan verkeersongevallen, gewelddadige delicten en suïcide dan aan alle andere doodsoorzaken tezamen. Vaak blijkt er daarbij sprake te zijn geweest van alcohol- of drugsmisbruik. De belangrijkste factor in het gebruik van geweld onder adolescente jongens lijkt het opgroeien zonder vader of vaderfiguur.

Ook eetstoornissen vinden vaak hun oorsprong in de adolescentie. Ong (2000) schrijft dat er een piek is in het ontstaan bij de leeftijd van veertien tot negentien jaar. Nelson en Gidycz (1993) geven aan dat vrouwen met een eetstoornis meer ontevreden zijn over hun lichaam dan vrouwen zonder eetstoornis. Als gevolg van de interactie tussen negatieve attitudes ten aanzien van het eigen lichaam en visuele beelden tijdens het vormen van visuele voorstellingen stellen anorexia nervosa patiënten zich hun dunne lichamen dikker voor dan ze in werkelijkheid zijn. Hoe smaller de adolescent, hoe groter vaak de overschatting van het eigen lichaam (Smeets e.a., 1998). Er is daarbij geen sprake van een perceptiestoornis: de waarne-

ming van de lichaamsomvang op zich is intact (Smeets, 1997). Wel is er duidelijk sprake van een gestoorde beleving van het lichaam (Probst, 2001). Volgens hem bestaat er een discrepantie tussen hetgeen deze patiënten zien en hetgeen ze voelen of ervaren. Over het algemeen zouden patiënten goed weten dat ze te dun zijn, maar zich anders voelen. Ook zouden zij goed in staat zijn de lichaamsomvang van andere patiënten juist in te schatten. Molinari (1995) geeft aan dat met name de omvang van buik en bekken wordt overschat. Volgens Walleren collega's (1993) is de overschatting groter als er recentelijk sprake is geweest van seksueel misbruik. In een onderzoek van Probst en collega's (1998) schat ongeveer de helft van de anorexiapatiënten de eigen lichaamsomvang goed in. Degenen die zich overschatten hebben een negatieve lichaamsattitude en een meer 'neurotisch profiel'. Ook Fernandez-Aranda, Dahme en Meermann (1999) vinden geen bewijs voor een perceptiestoornis. Volgens hen is er sprake van een verstoring in de emotionele aspecten van het lichaamsbeeld, wat zich uit in een negatieve lichaamsattitude. Het is onduidelijk of deze negatieve lichaamsattitude een van de oorzaken of gevolg is van de eetstoornis. Eetstoornissen worden beschouwd als ziektebeelden met psychiatrische en ernstige somatische symptomatologie. Een derde vertoont een chronisch beloop. Eetstoornissen komen vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Zowel biologische als psychische en sociale factoren zouden een rol spelen bij het ontwikkelen van eetstoornissen. Toenemend wordt aangenomen dat er sprake is van een biologische kwetsbaarheid. Volgens Beentjes (2002) is in sommige gevallen sprake van een genafwijking. Elf procent van de anorexiapatiënten zou deze afwijking hebben. Bogers (2000) noemt daarnaast culturele factoren. Ook Schoemaker (2002) beschrijft de invloed van maatschappelijke factoren. Probst en Becuwe (2001) stellen slankheid binnen onze cultuur als symbool voor macht, morele superioriteit, zelfontkenning en welbevinden. Magerheid staat voor het schoonheidsideaal, voor succes. Volgens Krantz (1999) dienen de symptomen van eetstoornissen om het gevoel af te scheiden van het lichaam, met name als seksualiteit, trauma of culturele invloeden zorgen voor interne conflicten bij meisjes die worstelen om een eigen identiteit te ontwikkelen. Meisjes die negatief over hun lichaam denken tijdens de puberteit lopen het meeste risico op het ontwikkelen van een eetstoornis. Daarnaast worden onder andere een angstige gehechtheid, ontoereikende zelfregulatie, gepest worden door leeftijdsgenoten, problemen niet kunnen bespreken met ouders en preoccupatie van de moeder met diëten genoemd (Steiner & Lock, 1998). Volgens Dehart, Sroufe en Cooper (2000) is anorexia een vertraagde en zelfdestructieve poging autonomie te verwerven. Te veel controle van de ouders, met name controle over het uiten van gevoelens van boosheid of andere impulsen van het kind zouden hierin een rol spelen. Eetstoornissen worden als een van de moeilijkst te behandelen psychiatrische stoornissen beschouwd (Boelsma, 1998). Vijftien procent overlijdt aan de stoornis, waarvan tweederde aan ondervoeding en een derde aan suïcide (Bogers, 2000). Hoek en Van Furth (1998) schrijven dat het motiveren van deze adolescenten voor behandeling erg moeilijk is doordat zij hun problemen ontkennen. Probst en collega's (1998) geven aan dat de abnormale lichaamservaringen, zowel fysiologisch, cognitief als affectief, essentieel zijn in de behandeling van anorexiapatiënten en om specifieke therapeutische interventies vragen. Rekkers en Schoemaker (2002) gaan hier in hun boek "Gewichtige lichamen" nader op in.

In verschillende onderzoeken worden verbanden gevonden tussen psychopathologie tijdens de adolescentie en aanpassingsproblemen in de jongvolwassenheid. De stabiliteit van de problemen is volgens Ferdinand en Verhulst (1999) aanzienlijk. Volgens hen moeten interventieprogramma's bedoeld om psychopathologie in de volwassenheid te voorkomen dan waarschijnlijk ook worden gericht op kinderen en adolescenten. Ook uit onderzoek van Hofstra, Van der Ende en Verhulst (2000) komt naar voren dat problemen tijdens de kindertijd en adolescentie vaak persisteren tot in de volwassenheid, waarbij adolescenten een grotere stabiliteit van problemen laten zien dan kinderen beneden de twaalf jaar.

Samenvattend is een belangrijke ontwikkelingsopgave waar adolescenten voor staan het leren omgaan met een veelheid aan lichamelijke veranderingen, waaronder de seksuele rijping, wat tezamen met de cognitieve en emotioneel-sociale veranderingen een periode van disbalans tot gevolg kan hebben. Het vormen van een eigen identiteit met een realistisch zelfbeeld en een positief zelfgevoel kan als belangrijkste taak binnen deze periode gezien worden.

Volgens Zijverden (1992) is bij adolescenten het groeiend besef van identiteit nauw verbonden met een verhoogd gevoel voor de lichamelijke verschijning, maar ook voor de lichamelijke eigenschappen en vaardigheden. Motorische vaardigheden en het uiterlijk spelen een belangrijke rol bij de ontwikkeling van het zelfbeeld. Adolescenten met een negatief lichaamsbeeld lopen een grotere kans op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen dan adolescenten met een positief lichaamsbeeld.

Naast psychiatrische stoornissen die hun oorsprong vinden in de kindertijd en doorlopen tot in de adolescentie, is er een aantal psychiatrische ziektebeelden te onderkennen dat op jongere leeftijd niet of nauwelijks gediagnosticeerd wordt, zoals schizofrenie en ernstige stemmingsstoornissen. Rutten (2001, p.54) onderscheidt drie groepen problemen binnen de adolescentie:

- stoornissen die op de kinderleeftijd beginnen en daarna specifieke kenmerken van adolescentieproblemen aannemen;
- stoornissen die specifiek tot de adolescentie beperkt blijven;
- stoornissen die in de adolescentie beginnen en op volwassen leeftijd voortduren of terugkeren.

Verhulst (1991, 2000a) noemt als kenmerkende problemen in de adolescentie toename van drugsmisbruik, suïcide en suïcidepogingen, alcoholisme, eetproblemen en delinquent gedrag. Op zichzelf wordt een deel van deze problemen niet tot de psychiatrische stoornissen gerekend. Zij kunnen daar echter wel voorloper van zijn, als risicofactor of als een comorbide probleem gezien worden. Volgens Verhulst (2000a) krijgt het merendeel van de adolescenten die probleemgedrag vertonen geen professionele hulp. Bij een groot deel van de adolescentenproblemen persisteren deze problemen tot in de jongvolwassenheid (Ferdinand, 1995).

2.7 Conclusies

In dit hoofdstuk 'continuïteit en discontinuïteit in de ontwikkeling' is de invloed van biologische en omgevingsfactoren op de ontwikkeling van het kind aan bod gekomen. Geconcludeerd kan worden dat er binnen de diverse ontwikkelingsdomeinen een verschil is in de relatieve invloed van deze factoren. Binnen het motorische en cognitieve ontwikkelingsdomein spelen biologische factoren een relatief grotere rol dan binnen het emotionele en sociale ontwikkelingsdomein. Tevens kan gesteld worden dat biologische factoren van groter belang zijn op jongere leeftijd. Toch is er geen ontwikkeling mogelijk zonder het samenspel met omgevingsfactoren en is er te allen tijde sprake van een kwetsbare interactie tussen deze beide. Zowel aanleg- als omgevingsfactoren kunnen zich als risicofactoren voor de ontwikkeling manifesteren, als ook als protectieve factoren (Berben, 2000). Bedreigend voor de ontwikkeling is met name een cumulatie van risicofactoren (Garmezy, 1977). Door de aanwezigheid van risicofactoren kunnen problemen ontstaan. Protectieve factoren daarentegen kunnen zorgen dat problemen te voorkomen of te dragen zijn. Risicofactoren zijn in de verschillende paragrafen van dit hoofdstuk aan bod gekomen. Berben (2000) noemt onder andere een laag geboortegewicht, neurologische defecten, depressiviteit van een van de ouders, overmatig alcohol-en/of druggebruik van de ouders, ruzie tussen de ouders, slechte communicatie binnen het gezin en delinquente vrienden. Voorbeelden van protectieve factoren zijn een stabiele persoonlijkheid, een positief zelfbeeld, sociale vaardigheden, affectieve relaties, warme begrijpende ouders, ouders die enig toezicht houden en duidelijke structuur aanbrengen, ondersteunende relaties met volwassenen (anderen dan de ouders), een goede relatie met vrienden en goede schoolprestaties. Binnen diagnostiek zal ook gekeken moeten worden naar protectieve factoren aangezien deze vaak een goede ingang blijken voor behandeling. Met andere woorden: niet alleen de beperkingen, maar ook de mogelijkheden van het kind dienen in kaart te worden gebracht.

Van de vier grote leeftijdsfasen binnen de kindertijd zijn de ontwikkelingsopgaven beschreven, met telkens een korte verwijzing naar de motoriek en het bewegen. Er is een link gelegd naar de kinder- en jeugdpsychiatrie en de kenmerkende problemen van de betreffende leeftijd fase zijn weergegeven. Iedere leeftijd fase kent zijn eigen kwetsbaarheid. Naast problemen die leeftijd- of fasegebonden zijn, kan eenzelfde problematiek op verschillende leeftijden ook anders tot uiting komen. De leeftijd bepaalt vaak

ook de tolerantie van anderen ten opzichte van (afwijkend) gedrag. Het moge uit dit hoofdstuk duidelijk zijn geworden dat binnen elke leeftijdsfase de motoriek en het bewegen een belangrijke rol spelen in het waarmaken van ontwikkelingsopgaven. Soms is de motorische ontwikkeling een ontwikkelingsopgave op zich, dan weer voorwaarde voor het kunnen voldoen aan andere ontwikkelingsopgaven.

Verwijzend naar de titel van dit hoofdstuk kan geconcludeerd worden dat ontwikkeling een continu proces is, waarbinnen discontinuïteit een grote rol speelt. Hoewel de ontwikkeling steeds doorgaat, zijn er veel ontwikkelingsstappen te onderscheiden die dan weer snel, dan weer vertraagd plaatsvinden. Door het precaire samenspel tussen biologische factoren en omgevingsfactoren kan niet van *de* ontwikkeling gesproken worden. Ieder kind ontwikkelt zich op zijn of haar manier, in zijn of haar tempo met zijn of haar eigenaardigheden. Meestal komt het goed en vindt het kind vroeg of laat zijn weg en voelt het zich min of meer thuis in zijn of haar lichaam. Volgens Berben (2000) groeit tachtig procent van de kinderen op zonder al te grote problemen. Soms komt het niet goed en ontstaan er problemen. Heel vaak zijn deze problemen terug te zien in de motoriek, het bewegen en de lichamelijkeheid. Slechts een klein percentage van de kinderen die niet lekker in hun vel zitten komt in de hulpverlening terecht. De kinder- en jeugdpsychiatrie, zeker in haar klinische praktijk, ziet kinderen met de ingewikkeldste, meest samengestelde problemen.

Voor het vervolg van dit onderzoek betekent bovenstaande dat te allen tijde moet worden uitgegaan van het individuele kind. Eén ontwikkelingstheorie volstaat niet. Telkens moet gekeken worden wat er voor elk individuele kind nodig is. Toch is het voor theorievorming en onderzoek noodzakelijk aspecten binnen de ontwikkeling te onderscheiden en 'algemene' ontwikkelingstendensen aan te geven. Dit is voor de normale ontwikkeling binnen dit hoofdstuk gebeurd, waarbij de psychomotorische ontwikkeling en de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk slechts kort aangestipt zijn. Duidelijk is geworden dat de psychomotorische ontwikkeling binnen de normale ontwikkeling een aanzienlijke rol speelt. Verwacht mag worden dat dit binnen de afwijkende ontwikkeling eveneens het geval is. Zoals beschreven zijn veel problematieken op de kinderleeftijd met motoriek, bewegen en lichamelijkeheid verbonden. Aangezien dit onderzoek wil bijdragen aan een systematische psychomotorische diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, verdienen deze onderwerpen nadere aandacht. In het volgende hoofdstuk zal dan ook nader worden ingegaan op de psychomotorische ontwikkeling. In hoofdstuk vier komt vervolgens de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk aan bod.

Hoofdstuk 3 Psychomotorische ontwikkeling

*Movement is my medicine,
It's my meditation, my practise.
It's what I do no matter how I feel.
We were all born to move,
To surrender to the beat.
Your soul is a dancer.
No effort. No judgement.
Pure energy in the moment.
(Gabriëlle Roth, in Gaby van Dillen, 2002)*

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk "continuïteit en discontinuïteit in de ontwikkeling" is de normale kinderlijke ontwikkeling beschreven. Daarbij is zijdelings aandacht besteed aan de psychomotoriek. Het belang van lichamelijke, bewegen en motoriek kwam daarbij duidelijk naar voren. Het is voor dit onderzoek belangrijk een apart hoofdstuk te wijden aan de psychomotorische ontwikkeling, omdat psychomotorische diagnostiek, het onderwerp van dit onderzoek, gebaseerd dient te zijn op gedegen kennis van de psychomotorische ontwikkeling. Belangrijke factoren binnen deze ontwikkeling dienen te worden geïdentificeerd en beschreven. Ontwikkelingsgericht denken vormt daarbij, evenals in het vorige hoofdstuk, de leidraad.

Psychomotoriek heeft betrekking op de lichamelijke bestaanswijze, op het via het bewegen zichtbaar zijn van hoe iemand met zichzelf en zijn omgeving omgaat en hoe hij zichzelf daarbij ervaart. In dit hoofdstuk worden de huidige inzichten in de motorische ontwikkeling, de ontwikkeling van het zelfbeeld en de ontwikkelingspsychologie geïntegreerd.

In dit hoofdstuk wordt de motorische ontwikkeling in algemene termen beschreven. Het valt buiten het bestek van dit onderzoek om de motorische ontwikkeling gedetailleerd, met elke ontwikkelingsstap, weer te geven. Vervolgens wordt de motoriek verbonden met de ontwikkeling van het zelfbeeld. Daarnaast wordt ingegaan op de voor- en nadelen van het beschouwen van de vroege motoriek als indicator voor ontwikkelingsproblemen. Aansluitend worden de motorische ontwikkeling en de ontwikkeling van het zelfbeeld verbonden aan de verschillende leeftijdsfasen, zoals deze in het vorige hoofdstuk ook onderscheiden zijn: de eerste drie levensjaren, de peuter- en kleutertijd, de basisschoolleeftijd en de adolescentie. In elk van de betreffende paragrafen zal aandacht worden besteed aan zowel de normaal verlopende als de afwijkende ontwikkeling en wordt de relatie van de motoriek met de andere ontwikkelingsdomeinen gelegd. Tenslotte zullen conclusies worden getrokken en zal de betekenis van het gevonden voor het verdere onderzoek worden beschreven.

3.2 De motorische ontwikkeling

Ieder kind is uniek en bereikt de mijlpalen van ontwikkeling in zijn eigen tempo. Ontwikkeling betekent zowel kwantitatieve als kwalitatieve verandering in vaardigheden. Ontwikkeling wordt gekenmerkt door continuïteit én verandering, zoals in hoofdstuk twee is beschreven. Verandering kan daarbij miniem en graadueel zijn, maar ook drastisch en fundamenteel (DeHart, Scroufe & Cooper, 2000). Ieder kind gaat door dezelfde grote ontwikkelingsfasen, ruwweg in hetzelfde tijdsbestek. De omgeving speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling en beïnvloedt zowel de timing als de unieke patronen van ontwikkeling. De verschillende ontwikkelingsdomeinen (biologisch-lichamelijk, cognitief en emotioneel-sociaal) zijn nauw verbonden. Veranderingen in hoe kinderen denken gaan bijvoorbeeld samen met veranderingen in hoe kinderen omgaan met anderen en omgekeerd. Kinderen worden beïnvloed door de omstandigheden waarin zij leven, maar zij hebben eveneens invloed op deze omstandigheden (Dehart, Scroufe & Cooper, 2000). Ontwikkeling

vindt altijd plaats binnen meerdere contexten, namelijk de biologische basis van een kind, zijn directe omgeving, de bredere sociale en economische omgeving, de culturele context en de context van het eigen ontwikkelingsniveau en de geschiedenis van het kind.

Motorische ontwikkeling vindt - met name tijdens de eerste levensjaren en de adolescentie - plaats tegen de achtergrond van een enorme fysieke groei. Lichaamsverhoudingen veranderen en verschillende delen van het lichaam groeien op verschillende tijden en met verschillende snelheden. Kinderen moeten leren controle over hun bewegingen te krijgen, terwijl hun lichaam van grootte verandert (Netelenbos, 1998). Aan de motorische ontwikkeling liggen vanuit het ontwikkelingsperspectief bezien vier basisprincipes ten grondslag (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000):

- differentiatie (toename van gerichte vaardigheden);
- cephalocaudale ontwikkeling (controle over de motoriek neemt toe van het hoofd naar beneden);
- proximodistale ontwikkeling (controle neemt toe van centrum van het lichaam naar buiten);
- gezamenlijke rol van rijping en ervaring (veel factoren, zoals hersenontwikkeling, fysieke groei, sensorische en perceptuele vaardigheden, specifieke motorische vaardigheden en motivatie, staan in continue interactie. Hersenontwikkeling en fysieke groei zorgen voor algemene gedragstendenzen. Ervaring is essentieel om deze algemene tendensen uit te laten groeien tot meer verfijnde vaardigheden en om de zich ontwikkelende organisatie van het centraal zenuwstelsel te ondersteunen).

De motorische ontwikkeling wordt door Gallahue en Ozmun (1998, p.3) gedefinieerd als *"... continuous change in motor behaviour throughout the life cycle, brought about by interaction among the requirements of the task, the biology of the individual, and the conditions of the environment"*. Volgens Vermeer en Lankhorst (1997, p.8) werd de motorische ontwikkeling van kinderen tot voor kort nog opgevat als een relatief onveranderlijk proces dat *"... ten gevolge van de rijping van het centraal zenuwstelsel volgens vastgelegde patronen verloopt"*. Tegenwoordig wordt de motorische ontwikkeling steeds meer gezien als een ontwikkeling van patronen van intentionele bewegingen onder invloed van omgevingsfactoren. Touwen (1989) definieert motorische ontwikkeling als: *"...de ontwikkeling van het normale functioneren, dat wil zeggen, de ontwikkeling van houding, grove en fijne motoriek tezamen met het vermogen doeltreffend met deze motorische mogelijkheden om te gaan in het dagelijks bestaan"*. Gedurende de ontwikkeling nemen de coördinatie van en controle over de motoriek toe als gevolg van het rijpende zenuwstelsel. Deze ontwikkeling vindt, zoals aangegeven, plaats van hoofd naar voeten (cephalocaudaal) en van het centrum van het lichaam naar de periferie (proximodistaal). Door de neuromotorische rijping neemt het vermogen tot differentiatie en integratie van motorische en sensorische mechanismen toe. Bij een kleine verstoring in de ontwikkeling heeft het kind een zelfregulerend vermogen waardoor het de achterstand weer inhaalt. Bij aanzienlijke verstoring gedurende de eerste levensjaren is dit zelfregulerend vermogen soms niet in staat de opgelopen ontwikkelingsachterstand te compenseren (Gallahue & Ozmun, 1998).

Er zijn kritische of sensitieve perioden te onderscheiden waarin het kind effectiever en efficiënter een nieuwe motorische taak kan leren. Er is echter sprake van grote individuele variabiliteit in het tijdstip waarop die perioden precies plaatsvinden. Dehart, Sroufe en Cooper (2000) geven aan dat er daarnaast een genetische predispositie is om bepaalde gedragingen relatief gemakkelijk te leren en andere niet. Volgens Wiegersma (1980) zijn er verschillende belemmeringen voor een optimale ontplooiing. Zo kan een kind te vroeg of te laat in contact worden gebracht met bepaalde 'instrumenten', zoals bijvoorbeeld een lepel om mee te eten, wat van invloed kan zijn op zijn autonomie. Te hoge eisen kunnen de wereld voor het kind onhanteerbaar maken, terwijl overbescherming of verwenning maakt dat het kind te laat de gelegenheid krijgt te experimenteren met objecten. Volgens Gallahue en Ozmun (1998) komt uit onderzoek naar voren dat de volgorde van ontwikkeling grotendeels biologisch bepaald is, terwijl de omgeving van grote invloed is op de snelheid en mate van ontwikkeling. Extreme deprivatie (een omgevingsfactor) kan echter ook de volgorde van ontwikkelingsfasen verstoren. Aan de andere kant kan een biologische factor als temperament van het kind van grote invloed zijn op de interactie tussen ouders en kind en zo op de omgevingsfactoren, wat weer van invloed is op zijn ontwikkeling. Er is sprake van een continue wederzijdse beïnvloeding.

Handelen, dus ook motorisch handelen, wordt uitgelokt door informatie uit de omgeving (Vermeer, 1997c). Als individu en omgeving niet op elkaar aansluiten stopt het proces van het ontwikkelen van handelingsmogelijkheden. Wat betreft bewegingen die een expressieve functie hebben schrijft Wiegersma (1980, p.93): *"Voor elke leeftijdsfase bestaan er wat betreft de expressie duidelijke verwachtingspatronen waaraan het kind moet voldoen, willen er geen moeilijkheden in de aanpassing optreden"*. Vermeer (1997c, p.13) benadrukt dat deze afstemming voor sommige kinderen niet vanzelfsprekend is: *"Ingeval van stoornissen in de organische mogelijkheden van het kind kan het kind minder aan: de informatie uit de omgeving is te complex, wat voor hem betekenis heeft zit verstopt in of wordt overheerst door informatie waar hij niets mee kan"*. Deze kinderen hebben, afhankelijk van de aard van hun beperking, vaak moeite zelf de ordening, structuur, veiligheid en voorspelbaarheid in de wereld te zien en te vinden. Met name bij motorische vaardigheden die dienen voor het hanteren van 'instrumenten' die dagelijks in onze cultuur gebruikt worden speelt het milieu een actieve rol. Vaak is er eerst sprake van passief leren (de volwassene leidt de handbeweging van het kind) voordat er sprake is van imitatie. Doordat de volwassene het passief leren vaak begeleidt met spraak, worden klanken verbonden met handelingen. Op den duur kunnen die klanken als symbool herkend worden voor een complexe motorische taak. Het emotionele effect van de verbale activiteiten van de volwassene moet volgens Wiegersma (1980) niet onderschat worden. Het is van grote invloed op de sfeer waarin het motorisch leren van het kind verloopt. De meeste kinderen hebben een combinatie van mogelijkheden tot oefenen, aanmoediging en instructie nodig om zich de fundamentele motorische vaardigheden eigen te kunnen maken (Gallahue & Ozmun, 1998). Vermeer (1997b, p.183) beschrijft het leren als een proces dat loopt van veldsturing naar zelfsturing, van sturing vanuit de omgeving van het kind naar een onafhankelijke uitvoering van een taak door het kind. Vanuit veldobservaties kan volgens hem een continuüm van veldsturing naar zelfsturing worden geconstrueerd, welke zeven niveaus omvat:

- *sturing aan het lichaam*: bij de uitvoering van de beweging is de interventie gericht op delen van het lichaam;
- *sturing door materiaal*: de uitvoering van de beweging wordt gestuurd door de aard/vorm/positie van aangeboden materialen;
- *sturing door ritme, muziek, zang, geluid of toon*: er wordt gebruik gemaakt van ritme, enzovoorts om de uitvoering van de beweging te begeleiden;
- *sturing door organisatie van de omgeving*: de situatie wordt zodanig gearrangeerd dat de uitvoering van de beweging er door wordt geleid;
- *sturing via een voorbeeld*: er wordt een visuele voorstelling van de beweging gegeven;
- *verbale sturing*: er wordt gebruik gemaakt van verbale acties die gericht zijn op de uitvoering van de beweging;
- *vrije exploratie naar aanleiding van een opdracht*: er wordt een opdracht tot bewegen gegeven, de uitvoering is vrij.

Indien veldsturing te lang wordt volgehouden leidt dat volgens Vermeer tot afhankelijkheid en gevoelens van incompetentie. De gevolgen van incompetentiegevoelens komen in de volgende paragraaf aan de orde.

In het bewegen van jongere en oudere kinderen is een verschil in efficiëntie en doelgerichtheid zichtbaar (Roelofsen & Moeijes, 1997). Naarmate het kind ouder wordt zullen bij een normale ontwikkeling de bewegingen vloeiender worden en gemakkelijker en sneller kunnen worden aangepast aan veranderende omgevingseisen. Als dit niet gebeurt is er sprake van een afwijkende ontwikkeling. Milieu-invloeden spelen daarbij een grote rol: *"Van de mate én de kwaliteit van de omgang met het kind zal in hoge mate afhangen of het zich (zeer letterlijk genomen) op zijn motorische activiteiten kan bezinnen"* (Wiegersma, 1980, p.96). Spel waarin kind en volwassene samen betrokken zijn en waarin de uitleg door de volwassene een belangrijke plaats inneemt is belangrijk. Op den duur is het kind dan in staat de essentiële voorwaarden voor het uitvoeren van een eenvoudige taak te ontdekken en te verwoorden. Volgens Wiegersma verklaart dit waarom kinderen uit pedagogisch niet optimaal functionerende gezinnen op bepaalde motorische gebieden een achterstand kunnen vertonen. Bij activiteiten waarbij verschillende motorische strategieën moe-

ten worden afgewogen blijven deze kinderen vaak hangen in een diffuse en globale benadering. Kinderen uit een verwaarlozend milieu worden volgens hem in hun motoriek gekenmerkt door een sterke driftmatige aanzet, een grote bewegingsuitslag en een hoog tempo, waarmee ze de indruk wekken over goede motorische vaardigheden te beschikken. Bij nadere analyse blijkt hoe ongedifferentieerd, vluchtig en onnauwkeurig de motoriek is.

Vanuit het ontwikkelingsperspectief bezien spelen zowel genetische als andere biologische factoren, het gezin, socio-economische en culturele factoren en de ontwikkelingsgeschiedenis een rol in de ontwikkeling van stoornissen. Ontwikkelingsgericht denken integreert verschillende verklaringsmoedellen, zoals het traditionele medische model (welke expliciet analogieën trekt tussen psychische stoornissen en fysieke ziekten), de moderne neurologische en fysiologische modellen (welke focussen op chemische imbalance in de hersenen), de genetische modellen (waaronder het diathese-stress model, waarbij de focus ligt op genetische predispositie), de sociologische modellen (met de nadruk op de sociale context), de gedragsmodellen (met de focus op straf en beloning), de psychodynamische modellen (welke de nadruk leggen op onderliggende gedachten en gevoelens) en de gezinsmodellen (welke ervan uit gaan dat de symptomen van het kind een reflectie zijn van een verstoring in het gezinssysteem) (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Een voorbeeld van een stoornis waarbij de motoriek een opvallend beeld geeft zijn bijvoorbeeld autistische kinderen. De motoriek van deze kinderen is vaak onhandig en het lopen houterig, waarbij de armen niet meebewegen. Veelal komen bewegingsstereotypieën in allerlei vormen voor, zoals het wiegen van de romp en hoofdschudden. Andere motorische eigenaardigheden zijn het lopen op de tenen en het fladderen met de handen. Bij stress nemen deze gedragingen toe.

Samenvattend kan gesteld worden dat ook voor de motorische ontwikkeling geldt dat er gesproken kan worden van een 'discontinue continuïteit'. Motorische ontwikkeling kan worden gezien als een continue verandering in motorisch gedrag, veroorzaakt door de interactie tussen de taakeisen, de biologische aanleg en de omgevingsfactoren. De fasen van ontwikkeling hebben een min of meer vaste volgorde, maar de mate en snelheid van ontwikkeling zijn zeer variabel. De verschillende ontwikkelingsdomeinen zijn nauw verbonden. Het individu is in staat veel verstoringen in de ontwikkeling door het zelfregulerend vermogen op te lossen. Bij aanzienlijke verstoringen in de eerste levensjaren is het soms niet meer mogelijk de opgelopen ontwikkelingsachterstand te compenseren. Bij sommige psychiatrische stoornissen in de kindertijd staan afwijkingen in de motorische ontwikkeling voorop, bij andere stoornissen is het bewegingsbeeld niet opvallend afwijkend. In de tweede helft van dit hoofdstuk zullen voorbeelden van een afwijkende psychomotorische ontwikkeling bij een aantal psychiatrische stoornissen gegeven worden.

3.3 De motoriek en de ontwikkeling van het zelfbeeld

Volgens Vermeer en Lankhorst (1997) is vooruitgang in het leren van vaardigheden door kinderen in hoge mate afhankelijk van de motivatie ertoe. Deze is af te leiden aan de gevoelens van competentie die kinderen ontwikkelen als resultaat van het leren van nieuwe vaardigheden. Gevoelens van competentie worden gezien als motor achter de kinderlijke ontwikkeling. Kinderen die weinig mogelijkheden krijgen om zelfstandig taken uit te voeren hebben weinig gelegenheid gevoelens van competentie te ontwikkelen omdat ze niet zelfstandig succesvol kunnen zijn. Volgens White (1959) wordt spel en exploratie van kinderen vooral gekenmerkt door de behoefte tot het hebben van effect en de neiging greep te krijgen op de omgeving. Het streven naar competentie veronderstelt volgens hem een intrinsiek, biologisch motief: 'effectance motivation'. Een positief resultaat dat het gevolg is van eigen handelen geeft aanleiding tot gevoelens van efficiëntie, controle en plezier/vreugde. Deze gevoelens versterken de 'effectance motivation' en zijn een stimulans tot herhaling en verdere handelingsontplooiing. Als het kind begrijpt welke factoren verantwoordelijk zijn voor succes of falen zal dat het gevoel van controle versterken, wat de basis vormt voor een positieve waardering van en geloof in de eigen mogelijkheden. Inzicht in eigen handelen leidt tot identiteit en een (meer) reëel zelfbeeld (cognitieve integratie). Als het kind voortdurend afkeurende of tegenstrijdige reacties van de omgeving op zijn handelen ontvangt, krijgt het geen inzicht in de factoren die

succes of falen bepalen en ziet het succes eerder als gevolg van toeval, geluk of de invloed van derden dan als gevolg van eigen handelen. Hierdoor ontstaat onzekerheid en een gering vertrouwen in eigen kunnen, wat een externe motivationele oriëntatie doet ontstaan. Het kind laat zich dan vooral leiden door reacties en commentaren uit de omgeving.

Harter (1978) maakt onderscheid tussen de door White genoemde intrinsieke motivatie en de motivatie die voortkomt uit het opvoedings- en socialisatieproces (waarbij de cognitieve ontwikkeling een medierende rol speelt) gedurende de eerste levensjaren, waarbij het kind doelstellingen en evaluatiecriteria internaliseert. Deze laatste vorm van motivatie kan dan omschreven worden als de wens te handelen naar deze (geïnternaliseerde) normen en waarden. In de ontwikkeling van motieven vindt volgens Harter differentiatie plaats. In de eerste fase van de ontwikkeling is de 'effectance motivation' de basis voor gedrag. Harter en Zigler (1974) onderscheiden vier componenten; 'response variation' (de behoefte om op verschillende wijzen hetzelfde resultaat te bereiken), 'curiosity for novel stimuli' (nieuwsgierigheid naar het onbekende), 'mastery for the sake of competence' (de wens tot effectiviteit) en 'preference for challenging tasks' (de voorkeur voor activiteiten die een uitdaging inhouden). 'Effectance motivation' staat aan de basis van twee te onderscheiden vormen van handelen, namelijk exploratief en effectief gedrag. Daarbij gaat volgens Bronsen (1971) aan effectief (doelgericht) gedrag altijd een fase van onderzoek vooraf. In de tweede fase in de ontwikkeling van motivatie is volgens Harter een competente opvoeder-kind relatie van belang. Harter onderscheidt daarbij een evaluatieve, informatieve component en een motivationele, affectieve component. De eerste zou het kind informatie geven over de mate waarin zijn handelen gezien de geldende maatstaven succesvol is, de tweede heeft betrekking op de belangstelling, warmte en acceptatie die het kind als reactie op zijn handelen ontvangt. Als beide positief beoordeeld worden legt dit volgens haar een basis voor een primair gevoel van controle en eigenwaarde. In de derde fase internaliseert het kind volgens Harter de maatstaven waarnaar het handelt en de beoordelingscriteria waaraan het zijn handelen toetst. Het kan dan zelf een oordeel vellen over zijn handelen. In de baby-, peuter- en kleuterperiode zijn de motoriek, emotie en cognitie nog nauw met elkaar verbonden (psychomotoriek). Bij problemen op motorisch niveau is hulp van groot belang voor de ouder-kind interactie en daarmee voor de emotioneel-sociale en cognitieve ontwikkeling (Vermeer & Sleijpen, 1997). Met de differentiatie van de ontwikkelingsdomeinen komt er na het derde levensjaar een onderscheid in de beleving van competentie op de verschillende domeinen. Harter (1978) maakt een onderscheid tussen motorische, sociale en cognitieve zelfwaargenomen competentie. Deze drie dragen bij aan de ontwikkeling van het zelfbeeld en hebben invloed op elkaar via het zelfbeeld.

Volgens Gallahue en Ozmun (1998) speelt de motorische ontwikkeling een faciliterende rol bij de vorming van een positief zelfbeeld, aangezien motoriek en bewegen zo'n centrale plaats innemen in het leven van kinderen. Succeservaringen zijn daarbij van groot belang. Kinderen kunnen op die manier meer leren over zichzelf, hun lichaam en hun bewegingsmogelijkheden. Het verwerven van motorische vaardigheden is een basis voor het opdoen van bewegingservaring en kan via de motorische zelfwaargenomen competentie een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van de zelfwaardering en het zelfbeeld (Vermeer & Sleijpen, 1997). Het lichaamsbeeld is daarbij een onderdeel van het zelfbeeld (Fiddelaar-Pauw, 1997). Gallahue en Ozmun (1998, p.333) omschrijven zelfbeeld als *"An individual's awareness of personal characteristics, attributes, and limitations, and the ways in which these qualities are both like and unlike those of others"*. Zelfwaardering is de waarde die toegekend wordt aan deze percepties. Zelfwaargenomen competentie in een bepaalde (voor het individu belangrijke) situatie is van grote invloed op de werkelijke competentie (het vermogen een taak te volbrengen), het zelfvertrouwen, de zelfwaardering en het zelfbeeld. Het globale zelfbeeld hangt voornamelijk af van de zelfwaargenomen competentie op gebieden die voor het individu belangrijk zijn. Aangezien motoriek zo'n belangrijke rol speelt in het leven van kinderen is de kans groot dat de zelfwaargenomen competentie op dat gebied van grote invloed is op het zelfbeeld: *"... it is reasonable to assume that one of the important components of global self-concept is movement competence and that movement competence plays a crucial role in positive self-esteem development"* (Gallahue & Ozmun, 1998, p.322). Stoornissen in het motorisch

functioneren zullen van invloed zijn op de motorische zelfwaargenomen competentie. Competentie heeft betrekking op praktische bekwaamheden, op het weten dat iets beheerst wordt. Daarvoor is het nodig dat informatie uit de omgeving wordt geselecteerd, zodat een handelingsplan opgesteld kan worden en een handelingssequentie kan starten om het beoogde doel te bereiken en nieuwe plannen geformuleerd kunnen worden op basis van bereikte handelingresultaten (Van der Steen & Vermeer, 1987). Door de steeds veranderende context waarin de handeling plaatsvindt moet de bewegingsuitvoering flexibel en variabel kunnen zijn.



Figuur 2. De ontwikkeling van het zelfbeeld (Vermeer & Sleijpen, vrij naar Gallahue & Ozmun, 1997)

Over de gevolgen van een negatief zelfbeeld schrijven Gallahue en Ozmun (1998, p.326): *"Children who feel bad about themselves and the world they know are not likely to feel better about parts of the world they do not know. As a result, they are often indifferent or fearful about exploring new territory.....A child with a negative self-concept regards unfamiliar experiences with fear"*. Daarnaast hebben zij de neiging te voldoen aan negatieve verwachtingen van zichzelf en anderen, waardoor een negatieve spiraal van falen en verwachten te falen ontstaat.

Vermeer en Veenhof (1997) stellen dat zelfwaargenomen competentie en -verwachting goede voorspellers zijn van toekomstig gedrag en een inschatting kunnen geven van het te verwachten effect van een behandeling. Van Rossum (1997a) geeft aan dat uit onderzoek blijkt dat ook goede presteerders op grond van zichzelf waarmakende voorspellingen in de problemen raken als zij een lage zelfwaargenomen competentie hebben. Daarbij is de zelfwaargenomen competentie sterk afhankelijk van de groep waarmee het kind zich vergelijkt. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat de positieve samenhang tussen zelfwaargenomen competentie en gedrag, zoals die bij 'gewone' groepen proefpersonen gevonden wordt, bij 'speciale' groepen evenwel niet vanzelfsprekend is (Verhagen & Vermeer, 1997). In een onderzoek van Broks en collega's (1999) werd aangetoond dat moeilijk lerende kinderen een significant lagere reële motorische competentie hadden dan leerlingen van de reguliere basisschool. Er bleek echter geen verschil te bestaan tussen de zelfwaargenomen competentie van beide groepen. Daarmee bleek de samenhang tussen de reële motorische competentie en de zelfwaargenomen competentie matig positief voor basisschoolleerlingen, maar niet voor moeilijk lerende kinderen. Volgens Verhagen en Vermeer (1997) worden verschillen in samenhang tussen zelfwaargenomen competentie en gedrag veroorzaakt door de invloed van individueel be-

paalde ontwikkelingskenmerken op de beoordeling van de eigen competentie. Daarbij zijn er meerdere factoren van invloed op het beeld van de eigen competentie. Zo is niet alleen de eigen prestatie van invloed, maar ook de beoordeling van deze prestatie door belangrijk geachte anderen (Harter, 1978). Voor de verschillende competentiegebieden kunnen dit verschillende personen zijn. Daarnaast hangt de beoordeling van de eigen competentie af van de referentie waarmee het kind of de jeugdige zich vergelijkt. Dit kan een specifiek persoon zijn, maar ook een zelf-vergelijking in de tijd of een vergelijking met de leeftijds-norm. Ook de attributionele stijl is van invloed. Personen met een hoge zelfwaargenomen competentie blijken hun successen dikwijls toe te schrijven aan persoonlijke vaardigheden (interne attributie) en hun mislukkingen aan pech, gebrek aan inzet of een externe oorzaak (externe attributie), terwijl personen met een lage zelfwaargenomen competentie hun successen vaak toeschrijven aan geluk of externe oncontroleerbare factoren en hun mislukkingen aan persoonlijke factoren als gebrek aan vaardigheden (Verhagen & Vermeer, 1997). Leeftijd (jonge kinderen zijn geneigd hun competentie te hoog in te schatten) en cultuur kunnen eveneens van invloed zijn.

Volgens Van Rossum (1997a) hoeft interventie niet altijd te leiden tot verbetering van de waargenomen motorische competentie, maar is er vaak wel een vooruitgang te zien in de globale zelfwaardering, de resultante van de zelfwaargenomen competentie op alle gebieden die voor het kind belangrijk zijn. Dit effect kan onafhankelijk zijn van specifieke effecten van de interventie op het motorisch functioneren (Van Rossum & Vermeer, 1995). Klerk en collega's (1997) wijzen erop dat het de vraag is of zelfwaargenomen competentie een stabiele eigenschap is op individueel niveau en dat onder invloed van de situatie het kind zich meer of minder competent kan voelen.

Het lichaamsbeeld is zoals gezegd een onderdeel van het zelfbeeld. Vallaey en Vandroemme (1994) maken, vanuit een cognitieve benadering van lichaamsbeelden, onderscheid tussen lichaamsplan, lichaamsidee en lichaamsbesef. Deze begrippen zijn geïntroduceerd door Kugel (1979a). Vallaey en Vandroemme (1994, p.81) vatten het lichaamsplan op als een neuropsychologische eenheid waarin verschillende deelstructuren samen een gestructureerd geheel vormen. *"De synthese van in aanleg gegeven mogelijkheden (neurologische structuren), verworven motorische schema's, ervaringen, herinneringen, voorstellingen, gevoelens en potentiële mogelijkheden maakt het ons mogelijk zonder voorafgaande beredenering, veelal intuïtief of automatisch, de gepaste lichaamshouding aan te nemen of de juiste beweging uit te voeren"*. Daarbij zou het lichaamsplan zich zowel in de prenatale als postnatale fase ontwikkelen en in feite nooit af zijn. Het lichaamsplan zorgt ervoor dat het kind zijn lichaam onder controle krijgt, zijn eigen lichaam en de mogelijkheden om zelf handelend op te treden ontdekt en daardoor greep op de wereld krijgt. Dit komt tot uiting in een groeiend lichaamsbesef en ik-besef. Uitgaande van deze definitie is bij veel kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie het lichaamsplan onvoldoende ontwikkeld. Bij hen is er geen sprake van intuïtief of automatisch de juiste beweging uitvoeren. Zij hebben onvoldoende controle over hun lichaam en ervaren onvoldoende greep op de wereld. Het lichaamsbesef omschrijven Vallaey en Vandroemme (1994, p.83) als het bewust zijn van het eigen lichaam, het weten hoe het eruit ziet, hoelang de arm is, wat voor en achter is, enzovoorts. Het gaat dus om *"de informatie die de mens heeft via waarneming (heden) of zich kan verwerven via een voorstelling (toekomst) of herinneringsbeeld (verleden) van: zijn lichaam en de stand ervan in de ruimte; de relatieve plaats die zijn lichaam inneemt ten opzichte van de ruimte en de ruimtelijke voorwerpen die hem omringen; zijn lichaamsdelen: vorm, lengte, uitzicht, functie; hun positie ten opzichte van elkaar; hun positie ten opzichte van de ruimte; bewegingen die hij actueel uitvoert; bewegingen die hij wil of kan uitvoeren; richting, intensiteit en uitslag van de bewegingen"*. De basis van het lichaamsbesef wordt al in de eerste levensmaanden gelegd en ontwikkelt zich het hele leven door. Ook hier ervaren kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie vaak problemen. Bij het lichaamsidee gaat het volgens Vallaey en Vandroemme (1994) om het subjectieve oordeel dat de mens zich vormt over de mogelijkheden en grenzen van het eigen kunnen, over de kwaliteiten en eigenaardigheden van het eigen lichaam, over het zich al dan niet aanvaard voelen omwille van het lichamelijk voorkomen en kunnen. Dit oordeel wordt gevormd op basis van kennis van de eigen li-

chamelijke en motorische mogelijkheden en onder invloed van zowel positieve als negatieve waardering door anderen. Ook het lichaamsidee ontwikkelt zich het hele leven en begint al bij de benadering van de baby door de moeder, hoewel dat dan nog niet bewust is. Gezien de problemen bij de ontwikkeling van het lichaamsplan en lichaamsbesef is het lichaamsidee bij kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie vaak negatief of ambivalent gekleurd. Zij ervaren niet adequaat de mogelijkheden en grenzen van het eigen kunnen en zien hun lichaam vaak als iets lastigs, vervelends of beangstigends. Er is nog weinig bekend over welke en hoe psychiatrische stoornissen ingrijpen op de normale ontwikkeling van de psychomotoriek en via de differentiatie van de ontwikkelingsdomeinen tevens op het zelfbeeld.

Samenvattend kan gesteld worden dat de motoriek een faciliterende rol speelt in de ontwikkeling van het zelfbeeld. Het leren van motorische vaardigheden is afhankelijk van de motivatie daartoe, welke weer verbonden is met de zelfwaargenomen competentie. Een kind moet kunnen beoordelen of het resultaat van een activiteit het directe gevolg is van het eigen handelen, voordat er gesproken kan worden van zelfwaargenomen competentie en een ontwikkeling van een reëel zelfbeeld. Dit aspect van de motorische ontwikkeling begint als het kind in staat is de effecten van eigen handelen te overzien, globaal op drie- à vierjarige leeftijd. Kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn vaak niet goed in staat de koppeling tussen eigen handelen en resultaat daarvan te maken. Dit is van invloed op de ontwikkeling van het zelfbeeld. De zelfwaargenomen competentie is een belangrijke voorspeller voor toekomstige effectieve taakvervulling en gevoelens van competentie zijn onlosmakelijk verbonden met de motorische ontwikkeling. Bij onderzoek naar de relevantie van 'zelfwaargenomen competentie' voor gedrag moet rekening worden gehouden met de bredere context. Naast een bepaling van het feitelijk gedrag, bijvoorbeeld met behulp van een motoriekttest, is het zinvol ook het belang van het betreffende domein voor het kind te onderzoeken, aangezien dat bepaalt hoeveel invloed het domein heeft op de vorming van een (positief) zelfbeeld (Van Rossum, Musch & Vermeer, 1999). Angst voor nieuwe ervaringen en de negatieve spiraal van falen is vaak te zien bij kinderen en jeugdigen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hun zelfbeeld is veelal negatief en/of irreëel. Het lijkt daarom belangrijk via de motorische competentie toe te werken naar een meer positief en/of meer reëel zelfbeeld, waardoor de motivatie kan ontstaan tot het leren van nieuwe vaardigheden. Het doel kan zijn de relatie tussen zelfwaargenomen competentie en gedrag te herstellen, door het kind zicht te laten krijgen op oorzaak en gevolg van lukken en mislukken, waardoor het meer greep gaat krijgen op wat er gebeurt en het zich competent kan gaan voelen. Juist omdat bewegen zo'n belangrijke rol speelt in het leven van kinderen is het een mooi aangrijpingspunt om kinderen meer te leren over zichzelf, hun lichaam en bewegingsmogelijkheden en daarmee bij te dragen aan de ontwikkeling van een reëel zelfbeeld.

3.4 De vroege motoriek als indicator voor ontwikkelingsstoornissen

Een vertraagde motorische ontwikkeling wordt vaak gezien als mogelijk symptoom van een onderliggende stoornis, bijvoorbeeld een hersenbeschadiging. Omdat echter de leeftijd waarop motorische mijlpalen worden bereikt nogal uiteen kunnen lopen, hoeft een vertraagde motorische ontwikkeling niet per se te duiden op een onderliggend neurologisch probleem. De normleeftijden die veelal worden genoemd geven slechts een ruwe indicatie. Bij gezonde kinderen kan er meer dan een half jaar verschil zitten in het bereiken van de motorische mijlpalen (Netelenbos, 1998). Hetzelfde geldt voor afwijkend motorisch gedrag: het kan, maar hoeft niet te duiden op een neurologische stoornis. Ook zogenaamde 'soft neurological signs', afwijkende responsen op de opdrachten van motoriek- en sensoriekttests die niet leeftijdsadequaat zijn, worden vaak gezien als mogelijke symptomen van minieme hersenbeschadiging, wat echter lang niet altijd het geval blijkt te zijn (Netelenbos, 1998). Juist omdat motorische afwijkingen vaak worden gezien als indicator van een hersenfunctiestoornis neemt de inschatting van het niveau van motorisch functioneren een belangrijke plaats in bij neurologisch onderzoek. Er zijn daartoe vele motoriekttests ontworpen. De veronderstelde minimale neurologische beschadigingen die de oorzaak zouden zijn van het afwijkende mo-

torisch gedrag zijn echter lang niet altijd aantoonbaar. Het screenen van kinderen op bewegingsachterstand als indicatie voor een pathologische ontwikkeling is dan ook een hachelijke onderneming.

Tettero en Vermeer (1994) geven desalniettemin aan dat de motorische ontwikkeling op jonge leeftijd een indicatie kan geven voor de bewegingsontwikkeling op latere leeftijd. Het 'onhandig zijn' van kinderen op jonge leeftijd is volgens hen op te vatten als een risicofactor voor de motorische ontwikkeling. Zij vinden in hun onderzoek duidelijke significante verschillen wat betreft het ontwikkelen van een voorkeurshand na het derde jaar en het hebben van problemen met werpen en vangen. Met problemen die kinderen kunnen hebben met het zelf aankleden, het onderscheiden van links en rechts, het inkleuren van plaatjes en het niet hebben gekropen op handen en knieën werd een matige samenhang gevonden. Problemen met een aantal van deze factoren kunnen wijzen op een verstoorde motorische ontwikkeling. Tettero en Vermeer (1994) benadrukken dat vanwege de specificiteit van de experimentele groep de resultaten niet te generaliseren zijn naar andere kinderen die problemen hebben met de motoriek, maar dat er wel een basis is om te veronderstellen dat het hebben van problemen met alledaagse motorische handelingen voor de leeftijd van zes jaar een indicator kan zijn voor bewegingsachterstand op latere leeftijd. Vermeer en Sleijpen (1997) maken met betrekking tot stoornissen in de vroege motorische ontwikkeling een indeling naar symptomen afhankelijk van de oorzaak. Zij onderscheiden symptomen die eventueel kunnen wijzen op een bewegingsstoornis ten gevolge van een hersenbeschadiging (onder andere te veel of te weinig bewegen, overprikkelbaarheid, aanhoudende asymmetrie en strekken, stereotiepe houdingen), afwijkende spontane bewegingen en afwijkende houdings- en bewegingsontwikkeling (onder andere het zich vertraagd of in een andere volgorde voordoen van de ontwikkeling van houdings- en bewegingsreacties, vertragingen en versnellingen in de bewegingsuitvoering) en typische piramidaal symptomen (zoals spierzwakte, gebrek aan selectieve spieractiviteit, hyperflexie, hypertonie en pathologische meebewegingen).

Niet iedere afwijking kan vroegtijdig onderkend worden en vroegtijdig onderkennen heeft niet altijd een verbetering van de vooruitzichten voor het kind tot gevolg (Bilo, Voorhoeve & Koot, 1996). Toch kan vroegtijdig opsporen er vaak voor zorgen dat het disfunctioneren wordt beperkt. Motoriek als vroege indicator start reeds voor de geboorte. Volgens Prechtl (1997) geven foetale bewegingen een indicatie of de ontwikkeling van het zenuwstelsel voorspoedig verloopt. Bewegingen van de foetus in de baarmoeder tijdens de laatste drie maanden van de zwangerschap zijn significant gerelateerd aan de postnatale motorische ontwikkeling tijdens het eerste levensjaar. Het is niet bekend in hoeverre deze bewegingen worden bepaald door de motorische capaciteit van de foetus zelf of door de emotionele toestand van de moeder (Netelenbos, 1998). Bilo, Voorhoeve en Koot (1996) noemen naast positieve ook negatieve gevolgen van het vroegtijdig opsporen van afwijkingen in de ontwikkeling. Positief zijn volgens hen de mogelijkheid tot interventie en verbetering van bedreigde functies, waardoor pathologische patronen bij kinderen voorkomen of beperkt kunnen worden, de acceptatie van de handicap van het kind, waardoor onnodige teleurstelling en verdriet bij ouders en verzorgers voorkomen of tot een minimum beperkt worden en de mogelijkheid tot adequate begeleiding van het 'andere' kind en zijn ouders. Als negatieve gevolgen noemen zij de potentiële overwaardering van vermoedelijke signalen, het risico tot overbegeleiding en overbehandeling van vermoedelijk bedreigde kinderen door hulpverleners en onnodige onrust of overbezorgdheid bij ouders en verzorgers op basis van mogelijk onjuist geïnterpreteerde signalen. Hoewel het opsporen van vroege indicatoren van een afwijkende ontwikkeling zeker zinvol kan zijn, is voorzichtigheid dus op zijn plaats. Vroegtijdige opsporing kan er niet voor zorgen dat alle kinderen met een afwijkende ontwikkeling worden behandeld en genezen, noch dat er nauwkeurige voorspellingen kunnen worden gedaan over toekomstige mentale en fysieke vaardigheden.

Het vroeg signaleren van kinderen met een verhoogd risico op een bewegingsachterstand op latere leeftijd is vooral van belang voor die kinderen die daardoor buiten de boot (dreigen te) vallen. *"Als deze kinderen niet in hun bewegen worden geholpen, zal er bij hen een negatief zelfbeeld ontstaan met betrekking tot hun motoriek, waardoor zij zich steeds minder bewegend zullen manifesteren. De achterstand zal zich zo alleen maar vergroten"* (Tettero & Vermeer, 1994, p.35). Volgens Van Rossum (1997a) leidt een primair motorisch probleem gemakkelijk tot secundaire problemen. Daarom is vroegtijdige interventie van

groot belang. In sommige steden in Nederland wordt door Motorische Remedial Teaching (MRT) binnen school en 'Club extra' buiten school, een extra bewegingsaanbod gedaan aan kinderen die door een achterblijvende of afwijkende motorische ontwikkeling buiten de boot dreigen te vallen (Halfwerk, 2001). Het blijkt uit onderzoek dat de motorische achterstand die vaak al op jonge leeftijd kan worden vastgesteld niet 'vanzelf' verdwijnt. 'Clumsy' kinderen zijn vaak pas na langdurig oefenen en met veel moeite in staat een motorische vaardigheid tot op zekere hoogte onder de knie te krijgen. Losse en collega's (1991) geven bijvoorbeeld aan dat de motorische problemen van 'clumsy' kinderen niet alleen stresserend zijn voor de kinderen zelf, maar vaak ook samengaan met onder andere leerproblemen, psychische problemen en gedragsproblemen. Daarbij blijkt dat kinderen hier niet vanzelf overheen groeien. In een tienjarig follow-up onderzoek (Losse e.a., 1991) bleek de meerderheid van de groep later nog grote problemen te hebben. Gevoelens van continu falen komen vaak voor. Interventie lijkt van groot belang, al is er weinig bekend over de lange termijn effecten. Vroege signalering door middel van psychomotorische diagnostiek is daarbij een eerste stap. Kinderen die beperkt zijn in hun bewegen, zijn beperkt in de mogelijkheden tot het opdoen van ervaringen met de omgeving, wat hen in hun sociale ontwikkeling en in de ontwikkeling van kennis van de wereld hindert. Instrumenten voor vroeg-diagnostiek bevatten bijna altijd zowel motorische als mentale componenten, terwijl instrumenten voor de latere ontwikkeling meer domein-specifiek zijn. Door onder andere erfelijke factoren, opvoedingsmilieu, rijpingstempo, etnische factoren, voeding en morfologie kunnen er grote verschillen zijn in het bereiken van de mijlpalen.

Problemen tijdens een bepaalde ontwikkelingsfase staan vaak niet op zichzelf maar volgen uit voorgaande fasen en hebben gevolgen voor volgende fasen. Omdat de problemen van kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie meestal al gedurende de eerste drie levensjaren zijn begonnen (dit geldt vooral voor ontwikkelingsstoornissen van de kindertijd, die ook in de adolescentie een rol kunnen spelen. Verschillende beelden uit de adolescentie kunnen ook ontstaan na een relatief probleemarme kindertijd) is het de vraag in hoeverre differentiatie van de ontwikkelingsdomeinen heeft kunnen plaatsvinden. Bij deze kinderen is er vaak sprake van onvoldoende differentiatie tussen de verschillende ontwikkelingsdomeinen of is de differentiatie disharmonisch verlopen. Voor verschillende bijzondere doelgroepen lijkt het van belang vroegtijdig psychomotorische diagnostiek in te zetten. Bilo, Voorhoeve en Koot (1996) noemen verschillende motorische alarmsymptomen die kunnen wijzen op pathologie, zoals armoede aan bewegingen, gebrek aan initiatief, stereotiepe houding, asymmetrisch bewegingspatroon en tremor bij spontane motoriek. Zij noemen van een aantal specifieke stoornissen vroege motorische signalen. Zo is bij een deel van de kinderen met ADHD (aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornis) al vroeg sprake van bewegingsdrang: deze zuigelingen liggen al nooit stil en tijdens de peuter/kleuterperiode vallen ze op door overbeweeglijkheid, over alles en niets struikelen, ze zijn onrustig, impulsief en hebben een gestoorde coördinatie en sensomotoriek. Ook is er vaak sprake van onwillekeurig meebewegen. Ook bij kinderen met autisme worden door Bilo, Voorhoeve en Koot (1996) vroege motorische indicatoren genoemd: er is vaak sprake van een matig ontwikkelde, houterige grove motoriek en een snelle perfecte beheersing van fijne motoriek. Voelen, tasten, ruiken, likken en proeven zijn belangrijker dan horen en zien en er is vaak sprake van ongevoeligheid of juist overgevoeligheid voor prikkels als kou, hitte en pijn. Deze kinderen hoofdbonken vaak in bed. Vroege indicatoren die volgens Bilo, Voorhoeve en Koot (1996) kunnen wijzen op kindermishandeling zijn vaak ook gerelateerd aan de motoriek en het lichaam. Genoemd worden onder andere een motorische ontwikkelingsachterstand, nerveus gedrag, weinig spontaan spel en geen gevoelens tonen bij lichamelijke pijn.

Samenvattend is het screenen van kinderen op bewegingsachterstand als indicatie voor een pathologische ontwikkeling niet zonder haken en ogen. Omdat de leeftijd waarop motorische mijlpalen worden bereikt aanzienlijk uiteenlopen hoeft een vertraagde motorische ontwikkeling niet te duiden op een onderliggend neurologisch probleem. Desalniettemin kan de vroege motorische ontwikkeling wel een indicatie geven voor de bewegingsontwikkeling op latere leeftijd en kan het vroeg opsporen van een ontwikkelingspathologie ervoor zorgen dat het disfunctioneren wordt beperkt. Een primair motorisch probleem leidt gemakkelijk tot secundaire problemen, waardoor vroegtijdige interventie van belang is. Volgens Hopkins,

Geerdink en De Vries (1993, p.59) is er groeiende interesse voor en erkenning van het belang van onderzoek naar de vroege motorische ontwikkeling en wordt steeds meer aangenomen dat *"... houding en beweging als het ware uiteindelijk de hoofdweg vormen waarlangs mentale, sociale en emotionele vaardigheden in het eerste jaar worden verkregen....De voor de hand liggende implicatie van deze gedachte is, dat het observeren van het repertoire aan spontane bewegingen van het jonge kind een belangrijk middel zou kunnen zijn voor de vroege onderkenning van die kinderen die het grootste risico lopen op latere ontwikkelingsstoornissen"*.

3.5 De psychomotorische ontwikkeling tijdens de eerste drie levensjaren

Bij jonge kinderen (0-3 jaar) hangen de drie domeinen van ontwikkeling, de biologisch-lichamelijke (waaronder de motorische), de cognitieve en de emotioneel-sociale ontwikkeling nog zodanig samen dat van een daadwerkelijk afzonderlijke ontwikkeling binnen deze domeinen nauwelijks sprake is. In deze periode kan zonder meer van de psychomotorische ontwikkeling van het kind gesproken worden. Na het derde levensjaar is de differentiatie tussen de ontwikkelingsdomeinen in de regel dermate vergevorderd dat over psychomotoriek in de strikte zin des woords niet meer gesproken kan worden. In de volgende paragraaf zal hier nader op worden ingegaan.

Er is tijdens de eerste levensjaren een eenheid van ontwikkeling en daarmee een eenheid van beïnvloeding. In deze fase speelt de motoriek een belangrijke rol. Volgens Van Beek, Papousek en Hopkins (1992) is de motoriek van het jonge kind onlosmakelijk verbonden met de emotioneel-sociale ontwikkeling (de interactie tussen moeder en kind) en de cognitieve ontwikkeling (de preverbale communicatie). Hopkins, Geerdink en De Vries (1993, p.52) stellen dat *"... stoornissen in de vroege motorische ontwikkeling verstrekkende gevolgen kunnen hebben voor het geestelijk, sociaal en emotioneel welzijn van het kind en zijn verzorgers"*. Volgens Hopkins, Geerdink en De Vries (1993) is beweging gekoppeld aan perceptie en houding. Wat wordt waargenomen hangt af van de uitgevoerde handeling en andersom. Evenzo bepaalt een actieve houding welke bewegingen mogelijk zijn, terwijl de eigenschappen van bewegingen juist weer beperkingen aan de organisatie van de houding opleggen. Binnen deze koppelingen kan het kind nieuwe mogelijkheden ontwikkelen. De motorische ontwikkeling is volgens hen intrinsiek sociaal van aard. Bij het bereiken van motorische mijlpalen als zitten, kruipen en lopen worden nieuwe transformaties in de ontwikkeling van de communicatie verwacht. Daarnaast schept het volgens hen condities voor de ontwikkeling van cognitieve vaardigheden als objectpermanentie. Als er geen vloeiende taakspecifieke koppeling tussen beweging en houding ontstaat kan dat volgens deze auteurs zorgen voor een communicatieproces dat leidt tot een interactiestoornis, wat de kans op ontwikkelingsstoornissen nog verder vergroot.

Gedurende de eerste drie levensjaren gaat het gedrag van het kind, afhankelijk van zijn ervaringen met verschillende stimuli, langzaam meer differentiatie vertonen en raken perceptie en actie meer geïntegreerd. Perceptie is het proces waarbij de hersenen informatie van de zintuigen interpreteren en betekenis verlenen (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Volgens Simion en Butterworth (1998) maken de aangeboren potenties in interactie met de fysieke en sociale omgeving de ontwikkeling van de vroege perceptie en actie van de baby tot de cognitie en taal van de kleuter mogelijk. Zij stellen dat hoewel aangeboren potenties alleen kunnen worden gerealiseerd in interactie met de omgeving, de ontwikkeling vooral wordt bepaald door processen van toenemende organisatie van het centrale zenuwstelsel. Een beschadiging of disfunctie van het centrale zenuwstelsel betekent een bedreiging voor de totale ontwikkeling van het kind. Naarmate het kind ouder wordt zullen bij een normale ontwikkeling de bewegingen vloeiender worden en gemakkelijker en sneller kunnen worden aangepast aan veranderende omgevingseisen. Bij de gestoorde of vroeg verstoorde ontwikkeling is vaak een gebrek aan differentiatie en integratie zichtbaar in het bewegen en in de motoriek.

Al voor de geboorte begint de ontwikkeling van de zintuiglijke functies (horen, ruiken, zien, proeven, voelen en proprioceptie (het zintuig waarmee informatie verkregen wordt over de positie van de delen van het lichaam), waarbij in de loop van het eerste levensjaar de voorkeur verschuift van distale zintuigen, zoals de tast, naar meer proximale zintuigen, zoals horen en zien (Verhulst, 1991). Aan de hand van de zich ontwikkelende bewegingspatronen van de foetus is het mogelijk om de aanleg, groei en functie van het ze-

nuwweefsel te herkennen (De Boer, 1993). Tegenwoordig wordt ervan uitgegaan dat het ongeboren kind, naast reflexen, al prenataal spontane motorische activiteit laat zien (Vermeer & Lankhorst, 1997). Deze primaire motorische patronen worden als basis gezien voor de motorische ontwikkeling. In het verleden werd gesproken over babyreflexen. Tegenwoordig wordt de voorkeur gegeven aan de term babyreacties of babyresponsen omdat het geheel andere patronen zijn dan de volwassen reflexen, zoals de kniepeesreflex (Netelenbos, 1998). Bij een reflex is sprake van een vaste relatie tussen een stimulus en een respons en de reflex treedt op buiten de wil van het individu (niet-intentioneel). Babyreacties daarentegen worden gekenmerkt door grote variabiliteit in de bewegingsuitvoering, zowel intra- als interindividueel. Ook is de intensiteit van de babyreactie niet afhankelijk van de sterkte van de stimulus en beïnvloedbaar door omgevingsstimulatie (herhaald uitlokken van de reactie dooft de reactie uit). Daarnaast zijn de reacties niet altijd oproepbaar, zoals reflexen dat wel zijn. De mate van alertheid van het kind speelt hierbij een rol. Tenslotte zijn de meeste reacties leeftijdgebonden en te complex van aard om nog tot reflexen gerekend te kunnen worden. Afwijkingen in de babyreacties worden gezien als mogelijke symptomen van stoornissen in de functionele integriteit van het zenuwstelsel. Ook de meer willekeurige bewegingen van baby's kunnen hier inzicht in geven. Een niet-vloeiende, weinig gevarieerde motoriek kan duiden op een afwijkende neurologische ontwikkeling. Dat is iets anders dan dat jonge kinderen bepaalde bewegingen voortdurend herhalen. Deze zogenaamde bewegingsstereotypieën hoeven niet pathologisch te zijn (Netelenbos, 1998). Verondersteld wordt dat het nodig is voor het verwerven van neuromusculaire coördinatie of dat het functioneert als een middel tot zelfstimulatie. Als jonge kinderen erg veel van hun tijd besteden aan deze stereotypieën moet echter, met de nodige terughoudendheid (zie vorige paragraaf), gedacht worden aan hersenbeschadiging.

Er is een duidelijke tijdsvolgorde in het ontstaan van de bewegingspatronen en een duidelijk onderscheidbare aard van deze patronen. Bij de overgang van het pre- naar postnatale leven verandert het bewegingsrepertoire nauwelijks. De meeste van de zich in de foetale periode ontwikkelde bewegingspatronen blijven in de eerste twee maanden na de geboorte nog onveranderd bestaan. Voor de vroege hechting van ouders aan hun kind is het van groot belang dat de ouders zich tijdens die eerste levensmaanden kunnen afstemmen op het ritme van deze foetale gevormde bewegingspatronen (De Boer, 1993). Bij een gezonde foetus zijn de gegeneraliseerde lichaamsbewegingen vloeiend en worden gekenmerkt door variabiliteit in snelheid, amplitude en volgorde waarin de verschillende lichaamsdelen aan de beweging deelnemen. Dit blijft zo tot twee à drie maanden na de geboorte. Bij een problematische zwangerschap en gestoorde foetale ontwikkeling zijn de bewegingen minder vloeiend, minder soepel en sierlijk en veel meer stereotiep. Het karakter van bewegingen kan spontaan zijn, ritmisch, cyclisch, periodiek, in reactie op een prikkel of volgens een vast patroon. Het discriminatievermogen van de zintuigen voor visuele, auditieve, gnostische, kinetische en tactiele prikkels ontwikkelt zich snel. Door de vele herhalingen van de zintuiglijke prikkeling in het dagelijks leven neemt de differentiatie van gevoelens en patroonherkenning snel toe, waardoor het leven meer voorspelbaar en plezieriger wordt (De Boer, 1993). Als er sprake is van een goede afstemming tussen opvoeder en kind, kan het kind zo vat krijgen op zijn gevoelsleven en stemming.

Schaffer (1971) benadrukt dat al ver voordat een kind zich motorische vaardigheden heeft eigen gemaakt, het de beschikking heeft over een goed ontwikkeld perceptueel 'apparaat', waardoor het in staat is informatie te vergaren en te verwerken, maar nog zeer beperkt is in de mate waarin het direct op deze informatie kan reageren. Ook Bremner (1998) benadrukt dat hoewel jonge kinderen de capaciteit hebben de omgeving waar te nemen, er veel moet gebeuren voor deze waarneming kan worden omgezet in bruikbare kennis over de omgeving en gerichte actie. Bloch (1998) beschrijft eveneens dat er vanaf de geboorte relaties bestaan tussen sensoriek en motoriek, maar dat deze nog niet direct actief zijn. Een gestoorde psychomotorische ontwikkeling treft de totaliteit van de persoon. Om de enorme hoeveelheid prikkels die onze zintuigen opnemen tot zinvolle informatie om te vormen is een innerlijk organiserend proces nodig, namelijk de perceptie. De effectiviteit van de perceptie hangt nauw samen met de motorische ontwikkeling. Zodra het kind zichzelf kan verplaatsen is het in staat meer en effectiever informatie over de omgeving te

verzamelen en op deze wijze zijn impliciete kennis te vergroten. Deze kennis wordt expliciet zodra het in combinatie met waarnemingen leidt tot nieuwe acties. Volgens Vallaey en Vandroemme (1994) leert het kind daarmee de hem omringende wereld kennen, begrijpen en ordenen. Perceptie is volgens hen niet aangeboren, maar aangeleerd. Het herkennen van prikkels steunt op vroegere opgedane ervaringen. Een uitgebreide sensomotorische ervaring in de eerste levensjaren is daarom van groot belang. De ontwikkeling van beweging en houding ligt ten grondslag aan de manier waarop het kind zijn informatie uit de buitenwereld haalt en gebruikt. Door actief waar te nemen en te imiteren krijgt het kind steeds meer kennis van zijn eigen lichaam en zijn mogelijkheden. Gallahue en Ozmun (1998) stellen dat rond het eerste levensjaar het proces van differentiatie tussen sensorische en motorische systemen en het proces van integratie van perceptuele en motorische informatie tot een meer betekenisvol geheel plaatsvindt. Bij een kind met een vroeg gestoorde of verstoorde ontwikkeling is vaak een gebrek aan differentiatie en integratie zichtbaar in het bewegen en in de motoriek. Neurologische aandoeningen en zwakzinnigheid manifesteren zich volgens Verhulst (1991) vaak als achterstand in de motorische ontwikkeling. Door de enorme individuele spreiding is het echter moeilijk de grens tussen een normale en een abnormale motorische ontwikkeling aan te geven.

Touwen (1993) onderscheidt vier perioden in de ontwikkeling van de sensomotoriek. In de eerste periode (foetiaal tot 2-3 maanden na de geboorte) ontstaan complexe bewegingspatronen. In de tweede periode (tot loslopen) worden deze bewegingspatronen omgebouwd tot willekeurige motorische functies. Deze periode wordt gekenmerkt door uitproberen en oefenen. Het gaat dan om de aangeboren motorische vaardigheden (in tegenstelling tot de vaardigheden die het kind moet leren). Bij het gezonde kind ontstaan deze vaardigheden als vanzelf. Het kind ontwikkelt verschillende mogelijkheden om een functie uit te voeren en heeft daarmee het vermogen een motorische activiteit tot stand te brengen door middel van verschillende vormen van zenuwstelselactiviteit. Touwen noemt dit de primaire variabiliteit. In de derde periode (tot vier jaar) gaat het kind bepaalde manieren van uitvoeren van motorische handelingen koppelen aan de situatie en zijn behoeften. Functies worden geïntegreerd en geautomatiseerd. Het aanpassingsvermogen van het kind verbetert hierdoor sterk. Touwen spreekt van secundaire of adaptieve variabiliteit. Het kind is efficiënter in zijn doen en laten, wat voorwaarde is voor de vierde periode (tot en met de onderbouw van de basisschool), waarin de motorische vaardigheden ontwikkeld worden. Flavell (1985) beschrijft dat er geleidelijk steeds meer sprake zal zijn van coördinatie en integratie. Zo gaat het kind in de loop van de ontwikkeling zien en horen combineren en draait het zijn hoofd naar de plaats waar geluid vandaan komt. De oog-hand coördinatie is erg belangrijk om de omgeving te kunnen exploreren en erover te leren. Het kind gaat steeds meer interesse tonen in de effecten van zijn handelen op objecten en gebeurtenissen in de buitenwereld. In een volgende fase zal het besef krijgen van oorzaak-gevolg relaties. Intentioneel gedrag ontstaat, evenals imitatie en symbolisch spel begint zich te ontwikkelen.

Sensorische systemen (zien, horen, proeven, ruiken, voelen) zijn zo georganiseerd dat baby's veel aandacht geven aan en leren van mensen, aangezien mensen een rijke bron van juist die auditieve en visuele stimuli zijn, die de aandacht van baby's trekken (DeHart e.a., 2000). Dit vormt de basis voor sociale interactie. Gedurende het eerste levensjaar staan baby's voor de belangrijke taak controle te krijgen over de omgeving. Daartoe moeten ze leren hoe de connectie is tussen hun eigen gedrag en de gevolgen ervan. De omgeving verschaft het kind ervaringen die helpen bij deze ontwikkeling. Kephart, Chaney en Ebersole (1973) benadrukken het ontwikkelen van flexibel gedrag, dat wil zeggen het bereiken van een optimale, creatieve aanpassing aan de omgeving. Het eigen lichaam is een vast referentiepunt in de oriëntatie naar de wereld en in de verwerking van de informatie vanuit die wereld. Het kind moet zich telkens weer aan nieuwe stimuli aanpassen. Normaal gesproken zal het kind deze stimuli actief zelf gaan onderzoeken door sensomotorische interacties, waardoor het meer gaat begrijpen van zijn eigen lichaam en zijn omgeving. Dit is nodig voor het ontdekken van het zelf en de cognitieve groei (Morrison, Pothier & Horr, 1978). Zonder deze ontwikkeling ontstaan er vaak problemen in de relaties met leeftijdgenoten en volwassenen. Van groot belang voor de sensomotorische integratie is volgens Morrison, Pothier en Horr de intersensorische integratie, dat wil zeggen het proces waardoor het kind informatie die het binnenkrijgt door de ene modaliteit

(bijvoorbeeld auditieve) verbindt met informatie uit een andere modaliteit (bijvoorbeeld visuele). De motorische ontwikkeling speelt hierin een belangrijke rol (bijvoorbeeld het hoofd kunnen draaien om te kijken waar het geluid vandaan komt). Bepaalde sensomotorische patronen kunnen onafhankelijk van de omgevingsinvloeden ontstaan, voor andere is stimulatie nodig. Te vroeg stimuleren kan problemen geven. Zo maken zogenaamde loopstoeltjes ('baby walkers') het mogelijk dat kinderen die daar anders nog niet aan toe zouden zijn, loopervaring op doen. Deze vorm van stimulatie kan tegelijkertijd een vorm van deprivatie zijn, omdat het kind door het stoeltje zijn benen niet kan zien en dus geen visuele terugkoppeling krijgt. In een onderzoek van Siegel en Burton (1999) blijken de voordelen van de loopstoeltjes niet op te wegen tegen de nadelen. Doordat het kind dingen kan doen waar het eigenlijk nog niet aan toe is, gebeuren er veel ongelukken.

Volgens Bremner, Slater en Butterworth (1997) lijkt het door de enorme ontwikkeling gedurende de eerste levensmaanden bijna alsof de pasgeboren baby tot een andere soort behoort dan de achttien maanden oude peuter, die grip krijgt op taal en toenemend zelfstandig wordt. Zodra het kind kan kruipen vinden er veel veranderingen in de ontwikkeling plaats. Vroege perceptuele vaardigheden kunnen dan worden gebruikt om eigen actie te sturen en de cognitieve en emotionele ontwikkeling te faciliteren. Hopkins en Butterworth (1997) noemen beweging de motor van ontwikkeling. Veranderingen in de controle en coördinatie van beweging en houding zijn voor de ontwikkeling van essentieel belang. Van Rossum (1982) geeft aan dat kinderen zich vanaf hun geboorte op eigen initiatief en zelfstandig verschillende bewegingsvormen eigen maken. Voor een gezonde bewegingsontwikkeling moet het kind zich geborgen weten en zeker zijn van zichzelf. Volgens Hinde (1978) speelt het gedrag van de moeder een belangrijke rol in het stimuleren van de onafhankelijkheid van het kind. Het eerste jaar kent het kind de wereld vooral door fysieke actie (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Zij exploreren objecten actief door te grijpen, manipuleren en combineren. Gallahue en Ozmun (1998) stellen dat voortdurende ontwikkelingsachterstand het meest schadelijk is tijdens de eerste twee levensjaren. Beperkte mogelijkheden tot bewegen en een deprivatie van ervaringen interfereren met het ontwikkelen van motorische vaardigheden passend bij de leeftijd. De mogelijkheden de opgelopen achterstand later in te halen zijn afhankelijk van de duur en ernst van de deprivatie, de leeftijd van het kind en het individuele genetisch bepaalde groeipotentieel: *"... inadequate nutrition, prolonged stress, inconsistent mothering, or lack of appropriate learning experiences may have a more negative impact on development if they occur early in life rather than at a later stage"* (Gallahue & Ozmun, 1998, p. 52). Wiegersma wijst erop dat door passief motorisch leren niet het bewegingspatroon wordt overgedragen op het kind. Het kind zal na een leiden van de beweging door de volwassene niet direct zelf de beweging kunnen uitvoeren. Als een ouder hierdoor teleurgesteld raakt en de druk opvoert, wijzigt ook de emotionele inhoud en kan het motorisch leerproces tot een kwelling worden. Een kind kan later, als het bij een volwassene een dergelijke didactische houding waarneemt, afweer en ontoegankelijkheid laten zien. Volgens Wiegersma (1980) is het jonge kind vaak nog onbereikbaar voor correcties en hebben ook verbale instructies een gering effect. Bovendien beschikt het kind nog niet over een uitgebreid bewegingsrepertoire, is het vermogen tot analyseren van de eigen bewegingen nauwelijks aanwezig en zal het zeker niet in staat zijn bepaalde aspecten of onderdelen van een bewegingsketen te isoleren en te verbinden met een verbale correctie. Wiegersma (1980) geeft aan dat de mogelijkheden op dit gebied zich pas in de kleuterfase ontwikkelen.

In de Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (1995) worden verschillende stoornissen beschreven waarin de vroege motorische ontwikkeling een rol speelt. Bij ziektebeelden binnen de infantpsychiatrie is steeds sprake van een continuüm van primair biologisch naar primair emotioneel-sociaal met alle interactionele varianten daar tussenin. Een van de op jonge leeftijd voorkomende ziektebeelden is de aanpassingsstoornis, waarbij het kind niet is gekomen tot het bewerkstelligen van een evenwicht in de basisritmen, *"... zoals het voedingsritme, het slaapritme, de periodes van wakker zijn, alert zijn, passief en actief bewegen, plezier in de momenten van actieve interactie met de vertrouwde opvoeders, momenten van onrust of lust en momenten of periodes van huilen van divers karakter (vermoeidheid, honger, pijn, onlust etc.)"* (De Boer, 1993, p.44). Dit kan gebeuren als ouders onvoldoende res-

ponsief en sensitief de behoeften van hun kind onderkennen en daarop inspelen. In de Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (1995) is de aanpassingsstoornis ('adjustment disorder') een aanduiding voor milde, kortdurende verstoringen van de ontwikkeling met een duidelijke oorzaak in de omgeving. Als er sprake is van symptomen ten gevolge van langdurige gezinspatronen of ten gevolge van de interactie tussen constitutionele en motorische patronen en gezinspatronen, of als er sprake is van een zwaar trauma zou gedacht moeten worden aan angststoornissen, stemmings- en relatiestoornissen, regulatiestoornissen of traumatische stress stoornissen. Bij deze stoornissen worden regelmatig problemen in de vroege motorische ontwikkeling waargenomen. Zeker bij de regulatiestoornis is de motorische en sensorische ontwikkeling in de regel al vroeg verstoord, dan wel in de kern gestoord. Ook bij de 'disorders of relating and communicating' levert de motoriek al vroeg problemen op. Er is sprake van ernstige stoornissen in de relatie en communicatie tezamen met stoornissen in de regulatie van fysiologische, sensorische, motorische, aandachts-, cognitieve, somatische en affectieve processen. De voorgestelde term 'Multisystem Developmental Disorder' in plaats van de meer gebruikte 'Pervasive Developmental Disorder' maakt het mogelijk dat problemen in de relatie het gevolg zijn van motorische en sensorische problemen, zoals problemen in het reguleren van, het begrijpen van en het reageren op verschillende prikkels.

Samenvattend moet worden benadrukt dat er bij kinderen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld vrijwel altijd sprake is van een ingewikkelde interactie tussen in de kern van het kind gelegen factoren en omgevingsinvloeden. Daar de menselijke ontwikkeling in het bewegen een kernpunt vindt, is er bij deze kinderen vrijwel altijd sprake van een verstoorde samenhang tussen psychisch en motorisch functioneren. Alle ontwikkelingsperioden zijn belangrijk, maar vroege ervaringen zijn even belangrijk als het fundament van een huis. Basale verwachtingen aangaande zichzelf en de sociale wereld worden tijdens de eerste levensjaren gelegd. Deze verwachtingen zijn leidraad bij latere ontmoetingen met de wereld, kleuren de ervaringen die kinderen zoeken en hoe zij deze interpreteren. Vroege ervaringen zijn echter niet allesbepalend voor de rest van de ontwikkeling en verandering kan altijd plaatsvinden (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000).

Jonge kinderen laten steeds nieuwe motorische gedragingen zien. Oudere kinderen laten vooral veranderingen binnen de bestaande gedragspatronen zien. Omdat de ontwikkelingsdomeinen in deze periode nog sterk samenhangen, kan zonder meer gesproken worden van psychomotoriek. In de bewegingsuitvoering is normaal gesproken veel variatie waar te nemen. Bewegingsstereotypieën hoeven echter niet per definitie pathologisch te zijn. Omdat stoornissen in de vroege motorische ontwikkeling verstrekkende gevolgen hebben voor het geestelijk, sociaal en emotioneel welzijn van het kind en zijn verzorgers, moet dit echter wel altijd zorgvuldig onderzocht worden. Het lichaam is een vast referentiepunt in de oriëntatie naar de wereld en in de verwerking van informatie vanuit die wereld. Een voortdurende ontwikkelingsachterstand is het meest schadelijk tijdens de eerste levensjaren.

3.6 De psychomotorische ontwikkeling tijdens de peuter- en kleutertijd

Na het derde levensjaar is de differentiatie tussen de ontwikkelingsdomeinen bij een normaal verlopende ontwikkeling dusdanig dat er niet meer uitgegaan kan worden van een automatische beïnvloeding van het ene domein vanuit het andere domein. Ontwikkelingsdomeinen moeten apart getraind worden om het kind er verder in te helpen. Volgens Vermeer (1997d, p.1) bestaan er veel mythen over de onderlinge samenhang van de domeinen van ontwikkeling, met als resultaat vele opvoedings- en trainingsprogramma's die beogen door middel van de motoriek psychische functies te verbeteren. *"Theoretisch snijden deze programma's geen hout en ook via empirisch onderzoek wordt de veronderstelling niet bevestigd dat door middel van de motoriek het emotioneel-sociale en het cognitieve functioneren kan worden beïnvloed"*. Pijning (1978) acht de koppeling tussen motoriek en leren bij de preventie of bestrijding van leermoeilijkheden een hachelijke zaak. Ook Van Meel (1991) stelt dat er geen causaal verband bestaat tussen motoriek en het leren van cognitieve vaardigheden en dat bijvoorbeeld motorisch gehandicapte kinderen cognitief goed kunnen functioneren. Hij benadrukt dat cognitieve ontwikkeling niet alleen te maken heeft met de motorische interactie met de

materiële wereld, maar ook met afstemming op en interactie met de ander. Nonverbale middelen als lichaamsbewegingen, handgebaren, mimiek en oogopslag spelen daarbij wel een belangrijke rol. De vraag of verbetering van leerstrategie in het bewegingsonderwijs doorwerkt naar cognitieve leersituaties kan evenmin zonder meer bevestigend worden beantwoord (Pijning e.a., 1993). Volgens Vermeer (1997d) bestaan er na het derde levensjaar nog wel relaties tussen de drie domeinen van ontwikkeling, maar geen causale relaties. Gedurende de ontwikkeling gaan kinderen steeds meer verschillen vertonen op het motorische, het emotioneel-sociale en het cognitieve vlak, waarbij het ene kind meer competent is op het ene en het andere kind op het andere vlak. De veronderstelling dat een kind dat motorisch vaardiger is meer mogelijkheden heeft de wereld te verkennen en dus ook meer mogelijkheden heeft ervaringskennis op te doen, hetgeen zijn cognitieve ontwikkeling ten goede zal komen, is op zich juist, maar het kind heeft daarbij wel weer hulp nodig. Het moet gestimuleerd worden woorden na te spreken, dingen moeten benoemd worden, enzovoorts. Motorische training maakt ontwikkeling op andere ontwikkelingsdomeinen mogelijk, maar het leren van vaardigheden op dat domein moet wel apart in gang worden gezet. *"Van psychomotoriek als causaal proces is bij het ouder wordende kind geen sprake meer"* (Vermeer, 1997d, p.2). Als kinderen onder invloed van zogenaamde psychomotorische trainingsprogramma's emotioneel en sociaal en soms ook cognitief vooruitgaan komt dat dankzij de manier van aanbieden, de interacties, dus dankzij de algehele pedagogische stimulering en niet door de motorische stimulering op zich. Vallaey en Vandroemme (1994) gebruiken de term psychomotoriek, zoals velen, ook voor de periode na het derde levensjaar. Zij benadrukken het belang van het bewegen, niet alleen voor de kinderlijke ontwikkeling, maar ook voor het leerproces. Het bewegend ontdekken van zichzelf en de wereld neemt binnen dit leerproces een belangrijke plaats in.

De periode van twee tot zes jaar is belangrijk voor het verwerven van fundamenteel motorische vaardigheden, dat wil zeggen bewegingsactiviteiten die een integraal en basaal onderdeel vormen van motorische spel- en sportvaardigheden (Netelenbos, 1998). Voor het twaalfde jaar moeten alle volgroeide vormen van fundamenteel motorische taken bereikt worden. Kinderen lijken daarbij reeds op jonge leeftijd tot veel meer in staat dan vaak gedacht wordt. Onder invloed van ervaring en oefening kunnen, zodra het kind het minimale patroon van een motorische vaardigheid eenmaal bereikt heeft, speciale leerervaringen aanzienlijke verbeteringen teweegbrengen. Bij vier- en vijfjarigen nemen de mogelijkheden tot imitatie van betrekkelijk ingewikkelde bewegingsstructuren toe en is imitatie niet langer een automatisme, maar wordt bewust nagestreefd. Volgens Wiegersma (1980) duidt dit op een toename van het lichaams- en bewegingsbewustzijn gekoppeld aan een zich snel voltrekkende motorische differentiatie.

Tussen twee-en-half en vijf jaar gaan kinderen veel vragen stellen om de wereld te begrijpen (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Het redeneren dat in deze periode ontstaat bouwt voort op de sensomotorische vaardigheden uit het eerste levensjaar en het vermogen tot mentale representatie uit het jaar erna. Het gevoel zelfstandig in staat te zijn dingen te doen neemt toe als gevolg van herhaalde ervaringen van succes. Dit vertrouwen wordt ondersteund door motorische vaardigheden, zoals klimmen en het manipuleren van objecten, wat het kind in staat stelt veel dingen zelf te doen. Daarnaast spelen toename in taal en cognitieve activiteiten, een groeiend vermogen om te gaan met uitstel en frustratie en het opkomend vermogen tot inbeelding en fantasiespel een rol. Het kind is beter in staat tot zelfregulatie. De meeste kinderen ontwikkelen in deze periode een positieve zelfwaardering. De persoonlijkheid van het kind wordt stabiel.

De verschillende ontwikkelingsdomeinen ontwikkelen zich in samenhang. Veranderingen binnen één domein hebben directe gevolgen voor de andere domeinen: er is sprake van een continue interactie. Temperament en ervaring worden in deze periode geïncorporeerd in het kind en zijn voorspellend voor later. Zo kan bijvoorbeeld uit de mate van zelfcontrole aan het eind van deze periode een voorspelling worden gedaan over drugsgebruik tijdens de adolescentie (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Verwachtingen ten aanzien van zichzelf en de wereld bepalen voor een groot deel hoe kinderen zich gedragen. Op deze manier creëren zij hun eigen ervaringen en omgeving. Zij benaderen de wereld op basis van wat zij verwachten, waardoor de verwachtingen vaak waar worden gemaakt. Volgens Arendse, Vermeer en Severijnen (1998) is

de zelfwaargenomen competentie bij kinderen specifiek, wat wil zeggen dat kinderen zich niet op alle domeinen van ontwikkeling even competent achten. Jonge kinderen zijn daarbij globaler dan oudere kinderen. Afname van competentieschalen is met name bij jonge kinderen soms moeilijk. Zij hebben vaak veel uitleg nodig en zij antwoorden waarschijnlijk meer op basis van sociale wenselijkheid dan op basis van inzicht in de eigen mogelijkheden.

De psychomotoriek speelt een belangrijke rol bij verschillende psychiatrische beelden. Zo komen bij kinderen met het syndroom van Gilles de la Tourette altijd motorische tics voor, zijn zindelijkheidsproblemen en eetproblemen direct aan het lichaam gekoppeld, terwijl er zelden een lichamelijke oorzaak te vinden is en is er bij separatieangst vaak sprake van lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, miselijkheid en overgeven.

Binnen dit onderzoek zal de term psychomotoriek ook gebruikt worden voor de periode na het derde levensjaar. Dit heeft twee redenen:

- de motorische ontwikkeling speelt ook na het derde levensjaar een belangrijke rol in de cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling. Hoewel er dan geen sprake meer is van causaliteit, is er wel sprake van een voorwaardenscheppende, faciliterende factor, dan wel juist een beperkende, remmende factor. De term psychomotoriek geeft aan dat dit onderzoek betrekking heeft op een breder terrein dan de motorische ontwikkeling op zich. Er wordt uitgegaan van (niet-causale) verbindingen met de overige ontwikkelingsdomeinen;
- bij kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie is de ontwikkelingsdifferentiatie vaak niet goed op gang gekomen. In veel gevallen heeft de differentiatie slechts ten dele plaatsgevonden en is disharmonieus verlopen. Het is dan ook juist bij deze groep de vraag te stellen of er toch geen causale verbanden meer zijn, zoals deze voor het derde levensjaar verondersteld worden. Dit zal per kind verschillen en mag niet zonder meer worden aangenomen. Desalniettemin geeft de term psychomotoriek aan dat er verbanden, al dan niet causaal, tussen de verschillende ontwikkelingsdomeinen zijn.

3.7 De psychomotorische ontwikkeling tijdens de basisschoolleeftijd

De fysieke groei is tijdens deze periode niet meer zo extreem als tijdens de eerdere jaren (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). Met name het denken en voelen van het kind verandert. Vanaf een jaar of acht beginnen kinderen zichzelf te zien in psychologische termen. Dan ontstaat het besef dat wie zij zijn niet alleen is gebaseerd op hun fysieke voorkomen, maar ook op wat ze denken en voelen. In deze periode gaan kinderen zich vergelijken met anderen om hun vaardigheden op waarde te schatten en gaan ze beseffen dat hoe anderen op hen reageren te maken heeft met hun eigen acties. Bedreigingen van de motoriek na het vierde levensjaar betreffen volgens Vermeer en Sleijsen (1997, p.26) niet in eerste instantie de motoriek zelf, *"... maar voorwaarden die de ontwikkeling van gespecialiseerde en cultureel bepaalde bewegingen mogelijk maken:*

- *geen ontwikkeling van gevoelens van motorische competentie en van het geloof in de eigen bekwaamheid om een moeilijker taak uit te kunnen voeren;*
- *ontbreken van sociaal-cultureel bepaalde situaties waarin geleerde fundamentele vaardigheden kunnen worden toegepast om de bij die situaties horende nieuwe motorische vaardigheden te leren;*
- *het ontbreken van sociale 'modellen', bijvoorbeeld vriendjes, rolfiguren, die als identificatiefiguur, als voorbeeld kunnen dienen om nieuwe bij de nieuwe rollen passende motorische vaardigheden te leren."*

In deze en de volgende fase spelen sociale invloeden een grote rol in het ontwikkelen van cultureel bepaalde motorische vaardigheden. Het zich al dan niet eigen maken van bepaalde vaardigheden hangt in hoge mate af van de motivatie ertoe en van de mogelijkheden die de fysieke en sociale omgeving biedt. Motorische ontwikkeling is in deze fase dan ook direct gekoppeld aan de ontwikkeling van het zelfbeeld en aan de identificatie met sociale rollen die van belang worden geacht. Motivatie is afhankelijk van succeservaringen die het kind heeft opgedaan *"een kind zal gemotiveerd zijn weer nieuwe taken aan te pakken of het*

geleerde in een nieuwe situatie toe te passen, indien het een positieve resultaat verwachting heeft opgebouwd op grond van de eerdere leeractiviteiten" (Vermeer & Sleijpen, 1997, p.23).

De verschillende motorische vaardigheden staan relatief los van elkaar: goed in het één betekent niet automatisch goed in het ander (Magill, 1989). Derhalve dient er bewegingsspecifieke training plaats te hebben. Motivatie is van invloed op het begin, het volhouden en de intensiteit van gedrag. Voor maximale prestatie moet het angstniveau niet te hoog of te laag zijn. De mate van angst voor een taak hangt af van het belang van de situatie voor het individu en de onzekerheid van de uitkomst. Het stellen van specifieke doelen is motiverend voor het individu en leidt tot betere prestaties. Volgens Halfwerk (2001) is er in het basisonderwijs steeds minder tijd en deskundigheid om kinderen onder schooltijd te laten bewegen. Ook in de directe woonomgeving kunnen kinderen volgens hem steeds minder spontaan en betekenisvol bewegen. Het is dan ook niet vreemd dat kinderen van deze tijd meer moeite hebben met bepaalde vormen van bewegen. Kinderen met een achterstand in de motorische ontwikkeling hebben behoefte aan individuele aandacht ten aanzien van bewegen. In kleine groepjes kunnen zij hun bewegingsangst overwinnen. Op deze manier kunnen zij (opnieuw) gemotiveerd raken om (weer) te gaan bewegen. Het is van belang dat deze kinderen weer plezier krijgen in het bewegen.

Problemen in de psychomotoriek komen veel voor bij kinderen met psychiatrische stoornissen in deze leeftijd, zoals problemen in de perceptueel-motorische vaardigheden bij DCD (Developmental Coördination Disorder), stereotiepe motoriek, fladderen, geen exploratie, geen reactie op pijn of juist overgevoelig voor prikkels bij een pervasieve ontwikkelingsstoornis en visuo-perceptueel-motorische problemen en overbeweeglijkheid bij ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

3.8 De psychomotorische ontwikkeling tijdens de adolescentie

De adolescentie, welke globaal loopt van twaalf tot achttien jaar wordt, zoals in hoofdstuk twee beschreven, gekenmerkt door vèrgaande veranderingen. De puberteit begint gemiddeld twee jaar eerder bij meisjes dan bij jongens. De timing van de puberteit is erfelijk bepaald en wordt beïnvloed door voeding, stress en lichaamsbeweging. De puberteit is het laatste stadium van de seksuele ontwikkeling die al voor de geboorte begint.

Fysieke en psychologische ontwikkeling gaan nauw samen. Onzekerheid en bezorgdheid over eigen fysieke verschijning komt op deze leeftijd vaak voor. Het cognitieve vermogen over hypothetische situaties te redeneren ontstaat in deze fase. Biologische veranderingen spelen een belangrijke rol (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000). De adolescentie kan onderverdeeld worden in drie perioden: vroege adolescentie (12-14 jaar; met name fysieke veranderingen en veranderingen in de relatie met ouders en leeftijdsgenoten), midden adolescentie (15-17 jaar; toenemende onafhankelijkheid en voorbereiding op volwassen werkzaamheden en verder onderwijs) en late adolescentie (18-jong volwassenheid; voortdurende voorbereiding op volwassenheid).

Adolescenten laten een snelle fysieke groei zien. Deze snelle toename in lengte gaat gepaard met veranderingen in lichaamsvorm en proporties, zoals het krijgen van bredere schouders bij jongens en bredere heupen bij meisjes. Ook structuur en functie van de hersenen veranderen aanzienlijk, met belangrijke gevolgen voor de cognitieve ontwikkeling. Deze biologische veranderingen hebben aanzienlijke invloed op de sociale ontwikkeling. Adolescenten denken niet langer over zichzelf als kinderen en ouders verwachten meer volwassen en verantwoordelijk gedrag van hen. Variaties in de leeftijd waarop de fysieke veranderingen plaatsvinden zijn van grote invloed op hoe adolescenten tegen zichzelf aankijken en hoe zij omgaan met anderen. Volgens Dehart, Sroufe en Cooper (2000) hangt ook het lichaamsbeeld van adolescenten nauw samen met deze timing van lichamelijke veranderingen. In de vroege adolescentie hebben jongens die fysiek meer gerijpt zijn een positiever lichaamsbeeld en ervaren zichzelf als aantrekkelijker dan minder gerijpte jongens. Een van de redenen hiervan is dat jongens door deze fysieke groei een atletisch voordeel hebben door de toegenomen lengte en spiermassa. Voor meisjes daarentegen betekent de fysieke rijping vaak een negatief effect op het lichaamsbeeld, vooral vanwege de toename en herverdeling van vet op het

lichaam. Meisjes die ver voorlopen op hun leeftijdgenoten voor wat betreft de fysieke ontwikkeling nemen zichzelf zelfs negatiever waar dan meisjes die achter lopen op hun leeftijdgenoten. Meisjes met een gemiddelde fysieke ontwikkeling hebben het meest positieve zelfbeeld en vinden zichzelf het meest aantrekkelijk. Dit verschil blijft bestaan tijdens de jaren die volgen: 'vroegrijpe' meisjes zijn eerst langer en zwaarder dan hun leeftijdgenoten en daarna korter en zwaarder, omdat de leeftijdgenoten doorgroeiden, maar niet het lichaamsvet kregen dat bij de puberteit hoort, wat beide bijdraagt aan een negatiever zelfbeeld. De ontwikkeling van borsten lijkt een positief effect te hebben op het lichaamsbeeld. De fysieke veranderingen tezamen met de nieuwe vaardigheid zich in te denken wat anderen denken leiden vaak tot preoccupatie met de uiterlijke verschijning. Concluderend kan gesteld worden dat de fysieke veranderingen tijdens de adolescentie vergaande consequenties hebben voor andere aspecten van het leven van de adolescent.

Het zelfbeeld wordt tijdens de adolescentie meer gedifferentieerd dan het was. In plaats van zichzelf te zien als iemand met bepaalde karaktertrekken die altijd aanwezig zijn, neemt de adolescent nu de situatie mee in hoe hij zichzelf ziet. Ook is er een besef dat hij kan verschillen in diverse relaties, settings en competentiegebieden. Daarnaast wordt het zelfbeeld meer individueel. Jongere kinderen beschrijven zichzelf vaak in termen van gelijkenis met leeftijdgenoten, adolescenten meer in termen van wat hen anders maakt dan anderen. De focus ligt bij adolescenten meer op hoe zij interacteren met anderen. Daarnaast zien zij zichzelf als zelfreflectief, in staat zijnde over zichzelf na te denken en zichzelf te evalueren. Ook zien zij zichzelf als een coherent geheel van diverse maar geïntegreerde delen: er worden diverse aspecten onderscheiden aan het zelf. Verleden, heden en toekomst worden in ogenschouw genomen (Dehart, Sroufe & Cooper, 2000).

De sociale omgeving heeft ook tijdens de adolescentie grote invloed op de motorische ontwikkeling, zowel in het bieden van mogelijkheden tot deelname aan sportieve activiteiten en daarmee het leren van nieuwe motorische vaardigheden, als in het bieden van identificatiefiguren en het 'voorleven' van bewegingsgedrag. Gallahue en Ozmun (1998) benadrukken het belang van sport en fysieke activiteit in de socialisatie van adolescenten en het positieve effect daarvan op het zelfbeeld, evenals op de morele ontwikkeling van jeugdigen. Ook aan het sterke verlangen van deze leeftijdsgroep om bij een groep te horen kan door middel van sport tegemoet gekomen worden.

Bij verschillende stoornissen die vanaf de adolescentie optreden, kan de motoriek een belangrijke rol spelen in de diagnostiek en de behandeling. Zo onderscheiden Krebs en collega's (2000) vijf factoren in het onderzoek naar neurologische soft signs bij schizofrenie en wel 'motor coordination', 'motor integrative function', 'sensory integration', 'involuntary movements or posture' en 'quality of lateralization' (p.245). Ook Kaplan en Sadock (1998) geven bij verschillende stoornissen van de adolescentie de psychomotorische component weer, zoals bijvoorbeeld verstoringen in de lichaamswaarneming en excessieve motorische activiteit bij anorexia nervosa, psychomotorische retardatie, handen wrijven, haartrekken, ineengedoken, blik naar beneden/naar binnen gericht bij depressie; duizeligheid, zweethanden, rusteloosheid, hartbonzen en verhoogde spierspanning bij angststoornissen.

Samenvattend kan gesteld worden dat in deze periode fysieke en psychologische ontwikkelingen nauw samengaan. Het eigen lichaam is vaak reden tot onzekerheid en overbezorgdheid. Variaties in de leeftijd waarop fysieke veranderingen plaatsvinden zijn van grote invloed op hoe adolescenten tegen zichzelf aankijken en hoe zij omgaan met anderen.

3.9 Conclusies

De genetische aanleg bepaalt tezamen met de ontwikkelingsgeschiedenis en de huidige omgevingsfactoren de loop van de ontwikkeling. Er is sprake van een continue interactie tussen deze factoren. Het kind heeft een genetische predispositie om bepaalde gedragingen relatief gemakkelijk te leren en andere niet. Daarnaast zijn er zogenaamde kritische perioden, waarin het kind effectiever en efficiënter een nieuwe motorische taak kan leren. Ik het algemeen kan gesteld worden dat een kind een combinatie van mogelijkheden

tot oefenen, aanmoediging en instructie nodig heeft om zich de fundamentele motorische vaardigheden eigen te maken. De motorische ontwikkeling is van grote invloed op het ontstaan van een reëel, positief zelfbeeld. De motivatie tot het leren van nieuwe vaardigheden hangt samen met de zelfwaargenomen competentie, welke afhangt van de mate waarin het kind zich bewust is van wat leidt tot succes en mislukken.

Het screenen van kinderen op bewegingsachterstand als indicatie voor een pathologische ontwikkeling is een hachelijke onderneming, omdat de leeftijd waarop motorische mijlpalen worden bereikt aanzienlijk uiteenlopen en een vertraagde motorische ontwikkeling niet per se hoeft te duiden op een onderliggend neurologisch probleem. Anderzijds kan het vroeg opsporen van ontwikkelingspsychopathologie er wel voor zorgen dat het disfunctioneren wordt beperkt en secundaire problemen zo veel als mogelijk worden voorkomen. Het bewegen en de lichamelijke spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van het kind. Het lijkt daarom toch zinvol om bij kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, kinderen met een verstoring van of stoornissen in de ontwikkeling, systematisch te kijken naar de psychomotoriek. Wellicht kan op deze wijze meer inzicht verkregen worden in de rol die de motoriek heeft gespeeld in het ontstaan van de ontwikkelingsstoornis, wat de rol is van de psychomotoriek bij de instandhouding van de problematiek en/of wat aangrijpingspunten zouden kunnen zijn voor behandeling. Veel kinderpsychiatrische beelden zijn terug te zien in het bewegen, de lichamelijke en de motoriek. Kaplan en Sadock (1998) noemen bijvoorbeeld verschillende aspecten in de motoriek waar tijdens een kinderpsychiatrisch onderzoek naar gekeken moet worden, zoals activiteitsniveau, coördinatie, onwillekeurige bewegingen, tremoren, te veel bewegen, asymmetrieën in beweging en het kunnen uitvoeren van leeftijdsadequate taken. Psychomotorische diagnostiek omvat meer dan dat en onderzoekt bijvoorbeeld ook de lichaamsbeleving en -attitude, het lichaamsbeeld, het houdingsbeeld en het bewegingsbeeld.

In dit hoofdstuk is het belang van de psychomotorische ontwikkeling benadrukt en is verantwoord waarom binnen dit onderzoek ook in de perioden na het derde levensjaar van psychomotoriek wordt gesproken. Hoewel er na het derde levensjaar geen sprake meer is van causale verbanden of een automatische beïnvloeding van het ene domein op het andere domein, blijven er wel verbanden tussen de verschillende ontwikkelingsdomeinen bestaan. Bovendien is er bij kinderen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld vaak sprake van een gebrekkige differentiatie van de ontwikkelingsdomeinen, waardoor de mate van onderlinge beïnvloeding wellicht groter is dan bij de normale ontwikkeling. Dit hoofdstuk vormt samen met hoofdstuk twee de basis van het ontwikkelingsdenken, zoals dat binnen dit onderzoek gebruikt wordt. De afwijkende ontwikkeling is in deze hoofdstukken kort aangestipt. Omdat dit onderzoek betrekking heeft op de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie zal deze afwijkende ontwikkeling in relatie tot de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie en behandeling nader moeten worden uitgewerkt. Dit zal in hoofdstuk vier gebeuren.

Hoofdstuk 4 Ontwikkelingsproblematiek van kinderen en jeugdigen in het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld

*Put your head on my shoulder baby
Things can't get any worse
Night is getting colder, sometimes...
life feels like it's a curse
(Madonna & Orbit, 1998)*

4.1 Inleiding

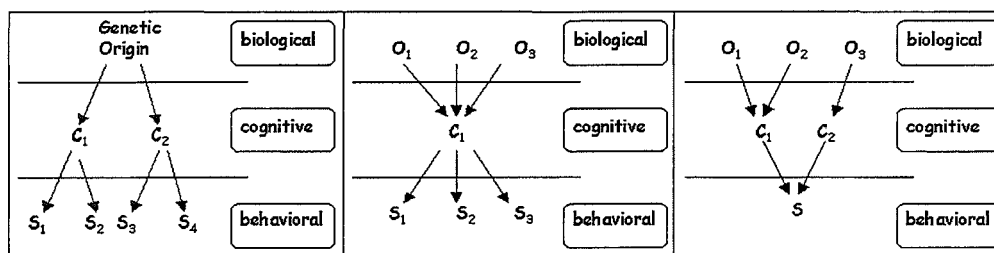
In hoofdstuk twee, continuïteit en discontinuïteit in de ontwikkeling, is de invloed van biologische en omgevingsfactoren op de normale kinderlijke ontwikkeling aan de orde gekomen. Verschillende risicofactoren en protectieve factoren zijn daarbij benoemd. De afwijkende ontwikkeling is slechts kort aangestipt. Het onderwerp van dit onderzoek vraagt om naast de normale kinderlijke ontwikkeling, ook uitgebreider aandacht te besteden aan de afwijkende ontwikkeling, zoals deze binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie zichtbaar wordt. Dit hoofdstuk heeft tot doel de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie relevant kader te voorzien, zodat voor het vervolg van dit onderzoek duidelijk is over welke populatie en welk soort observatie en behandeling wordt gesproken. Op basis van hetgeen in de hoofdstukken twee en drie is beschreven kan worden geconcludeerd dat *de* ontwikkeling niet bestaat. Zelfs bij een normaal verlopende ontwikkeling, dat wil zeggen een ontwikkeling die geen al te grote problemen kent, is er sprake van grote individuele verschillen in de snelheid en mate waarin aan ontwikkelingsopgaven wordt voldaan en mijlpalen worden bereikt. Er moet derhalve altijd individugericht worden gekeken. Voor de afwijkende ontwikkeling geldt dit evenzeer. In het vorige hoofdstuk is de psychomotorische ontwikkeling beschreven. Zoals blijkt uit dit hoofdstuk speelt de psychomotorische ontwikkeling een aanzienlijke rol in zowel de normale als de afwijkende kinderlijke ontwikkeling. Veel kinder- en jeugdpsychiatrische problemen zijn terug te zien in de lichamelijke, de motoriek en het bewegen.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op mogelijke oorzaken van een afwijkende ontwikkeling. Vervolgens wordt aandacht besteed aan fasen binnen de afwijkende ontwikkeling. De betreffende paragraaf is een nadere uitwerking van hetgeen in hoofdstuk twee voor de normale ontwikkeling reeds is beschreven: de discontinuïteit binnen een continue ontwikkeling van het kind. Aansluitend wordt ingegaan op de kinder- en jeugdpsychiatrische doelgroep, met een uitwerking voor de allerkleinsten ('infants'), kinderen en jeugdigen. Daarna wordt de psychomotoriek van de doelgroep belicht. Vervolgens wordt ingegaan op observatie en behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, waarna de plaats van de psychomotorische therapie (PMT) binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt aangegeven. Tenslotte worden conclusies op basis van de voorgaande paragrafen getrokken en zal worden aangegeven hoe dit van belang is voor het vervolg van deze studie.

4.2 Oorzakelijkheid bij psychopathologie

De vraag naar oorzakelijkheid bij psychiatrische stoornissen is ingewikkeld. Bij veel kinder- en jeugdpsychiatrische patiënten is de ontwikkeling in drie of vier ontwikkelingsdomeinen gestoord en/of verstoord. Daaraan kunnen diverse oorzaken ten grondslag liggen. Binnen de klinische kinder- en jeugdpsychiatrie is het dan ook niet mogelijk een of enkele theorieën als leidraad voor diagnostiek en/of behandeling te kiezen. Al die theorieën die in samenhang voor de diagnostiek en/of voor de behandeling van het individu en diens context nodig zijn dienen ter beschikking te staan. Verheij (1995a, p.12) pleit in deze voor een multitheoretisch kader. *"Multitheoretisch is niet lukraak plukken, is geen trial-and-error, is ongelijk aan eclectisch in de zin van kiezen voor wat de professional op dat moment uitkomt. Veeleer staat het voor die theorieën in een werkmodel plaatsen die verklaringskracht bezitten voor en leidraad geven aan een bepaalde praktijk. De theorieën dienen*

complementair aan elkaar te zijn en in uitwisseling te kunnen staan met de praktijk." Bij de beschrijving van de normale ontwikkeling is in hoofdstuk twee eenzelfde standpunt ingenomen. Binnen een werkmodel moet er volgens Verheij (1995a) ruimte bestaan voor vele soorten oorzaken, voor diverse theorieën naast elkaar en moeten ontwikkelingsdomeinen in samenhang en ontwikkeling als geheel beschouwd kunnen worden. Morton en Frith (1995) maken een onderscheid tussen verschillende niveaus binnen werkmodellen. Zij onderscheiden een biologisch, cognitief en gedragsmatig niveau, waarbij het cognitieve vaak als intermediair zou fungeren. Een tweede onderscheid maken zij tussen beschrijvende en causale modellen. Beschrijvende modellen hebben betrekking op een stabiele staat en op één niveau, terwijl causale modellen betrekking hebben op verandering in de tijd en op alle niveaus. Zij wijzen erop dat een correlatie tussen variabelen niet hetzelfde is als een causaal verband. Ook Hay en Angold (1993) wijzen op het belang onderscheid te maken tussen kenmerken die vaak voorkomen voor een bepaalde belangrijke gebeurtenis, maar die niet direct een oorzakelijk karakter hebben en die kenmerken die wel deel uitmaken van het oorzakelijk systeem. Een basaal onderscheid wordt eveneens gemaakt tussen interne en externe oorzaken. Morton en Frith (1995) onderscheiden drie vormen van causale modellen; de A-, de X-, en de V-vorm.



Figuur 3. De A-, X- en V- Causale modellen van Morton en Frith (1995)

Op de aangegeven factoren is ook nog de omgeving van invloed, zowel in de zin van risicofactoren als van protectieve factoren. Het voert te ver hier dieper op deze causale modellen in te gaan. De modellen dienen slechts ter illustratie van de vele mogelijkheden bij de zoektocht naar oorzakelijkheid.

Volgens Hay en Angold (1993) is in de meeste gevallen de oorzaak van een afwijkende ontwikkeling multifactorieel bepaald en bevatten oorzakelijke processen vaak meerdere stappen of fasen. In de volgende paragraaf wordt nader op het begrip fasen ingegaan. Etiologie wordt door Hay en Angold (1993) omschreven als het cluster van factoren dat tot de ontwikkeling van een ziekte leidt. Dit zegt nog niets over het onderliggende proces, de pathogenese. Ontwikkeling kan volgens hen een meer open dan wel meer gesloten karakter hebben, wat inhoudt dat de ontwikkeling meer of minder beïnvloed kan worden door omgevingsfactoren. In hoofdstuk twee werd de invloed van biologische en omgevingsfactoren op de ontwikkeling reeds beschreven. Deze invloed verschilt voor de diverse ontwikkelingsdomeinen en per leeftijdsfase. Daarbij zijn er grote individuele verschillen. Pickels (1993) noemt dat verandering in de blootstelling aan risicofactoren zowel een gevolg als een verklaring van ontwikkeling kan zijn. Volgens Pickels (1993) wordt bij wetenschappelijk onderzoek vaak maar naar één of enkele risicofactoren gekeken en zijn andere onbekend of worden terzijde gelegd. Volgens hem zijn er in de meeste gevallen meerdere risicofactoren die samen een 'voldoende oorzaak' kunnen vormen voor het ontstaan van ziekte. Deze factoren zijn een essentieel en integraal deel van een groter en meer gecompliceerd oorzakelijk proces.

De vraag naar oorzakelijkheid, met alle mogelijke beïnvloedende factoren en fasen in de ontwikkeling is, zoals uit bovenstaande blijkt, bijzonder complex. Schnabel (2000) geeft het sterk vereenvoudigd weer, als hij in zijn artikel over gedragsproblemen memoreert aan woorden van Sanders-Woudstra, die stelde dat alles wat snel groeit kwetsbaar is. Dat wil zeggen dat kinderen in hun ontwikkeling relatief gemakkelijk gestoord kunnen

worden en dat een stoornis op één moment ook de verdere ontwikkeling blijvend kan verstoren. De mogelijke oorzaken van een afwijkende ontwikkeling zijn daarmee zo divers, dat een concrete beschrijving niet mogelijk is. De balans tussen risicofactoren en protectieve factoren, tussen draagkracht en draaglast zijn individueel bepaald en moeilijk te veralgemeniseren. De oorzaak van een afwijkende ontwikkeling is daarmee zelden aan te geven. Het blijft een kwetsbare interactie tussen aanleg- en omgevingsfactoren. Volgens Van Doorn (1995) gaat het daarbij niet om één of meer risicofactoren in het kind of de omgeving, maar om het cumulatieve effect van de interacties tussen risicofactoren in kind en omgeving. Dit werd voor het eerst vastgesteld in een onderzoek van Garnezy (1977). Daarop is dan ook nog de wisselwerking met protectieve factoren van invloed. Hoewel de ontwikkelingsdomeinen elkaar normaliter in positieve zin beïnvloeden, gebeurt dit bij 'multiprobleem' kinderen ook vaak in negatieve zin. Een sterkte/zwakte analyse van het kind op elk van de hoofd-domeinen van de ontwikkeling en op de positieve en negatieve interactie tussen deze domeinen is van groot belang (Verheij, 1993b).

Volgens De Boer (1993, p.22) is recentelijk duidelijk geworden dat *"... in het erfelijk materiaal een tijdscode ligt opgeslagen die bepaalt wanneer bepaalde endogene factoren automatisch tot expressie komen, hetzij in gezonde vorm hetzij in zieke vorm"*. Hij duidt op het belang om datgene wat in aanleg is meegegeven te onderscheiden van wat in de ontwikkeling verworven wordt. Daarbij maakt hij een onderscheid tussen ontwikkelingsproblemen al dan niet van voorbijgaande aard, stoornissen van voorbijgaande aard, langerdurende stoornissen met een bedreiging voor de ontwikkeling, ook op langere termijn en chronische stoornissen met een (levens)lange beperkende invloed (De Boer, 1991b). Wie al vroeg min of meer ernstig probleemgedrag vertoont, heeft een sterk verhoogde kans om ook later ernstig afwijkend gedrag te vertonen. Goffin en Oudhof (1993) pleiten in deze ervoor bij risicokinderen in de breedste zin van het woord aandacht te besteden aan protectieve factoren. Kinderen die hebben blootgestaan aan ontwikkelingsrisico's vragen extra goede zorg, wat hoge eisen stelt aan ouders, om de kwetsbaarheid van het kind te compenseren. Ouders moeten hierin waar nodig begeleid worden. Daarnaast dienen kinderen geholpen te worden bij het verwerken van moeilijke situaties. Daarbij lijkt het wijzigen van de beleving van de situatie net zo belangrijk als het wijzigen van de situatie zelf. Volwassenen waarmee het kind een vertrouwensrelatie heeft zijn voor het kwetsbare kind erg belangrijk. Ze kunnen zorgen voor stabiliteit in de ontwikkeling, omdat ze vaak veel directer en voor langere tijd beschikbaar zijn dan de meeste hulpverleners. Protectieve factoren zouden daarom volgens Goffin en Goudhof (1993) een duidelijke plaats moeten krijgen in de diagnostiek bij kinderen met ontwikkelingsproblemen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de oorzaak van een probleem in de meeste gevallen niet te achterhalen is. Het gaat er telkens weer om de kwetsbare interactie tussen aanleg- en omgevingsfactoren voor het individuele kind in beeld te brengen. In de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk betekent dit dat er gebruik moet worden gemaakt van een multitheoretisch kader, waarin maar zeer beperkt plaats is voor causale modellen. In de meeste gevallen zal slechts een beperkt aantal variabelen dat van invloed is (gewees) op de ontstane problematiek in beeld zijn. Er zal altijd naar (moeten) worden gestreefd met behulp van het multitheoretisch kader tot een zo volledig mogelijk beeld van de werkelijkheid te komen opdat de juiste variabelen focus van behandeling kunnen zijn. Systematische diagnostiek speelt hierbij een cruciale rol (Verhulst, 2000b, Verheij, 2000d). De rol die psychomotorische diagnostiek, mede gezien het belang van de motoriek, het bewegen en de lichamelijkeheid binnen de kinderlijke ontwikkeling, hierin kan spelen is onderwerp van dit onderzoek.

4.3 Ontwikkelingsfasen

Elke ontwikkelingsstap bouwt voort op de vorige fase en wordt geïntegreerd in de fase die erop volgt (Hay & Angold, 1993). Een adequate omgeving is daarbij van groot belang voor een optimale ontwikkeling. Een fase is volgens Pickles (1993) een punt in de ontwikkeling waar een verschuiving plaatsvindt in de relatieve belangrijkheid van verschillende risicofactoren. Vanuit de vorige paragraaf mag verwacht worden dat er eveneens een verschuiving plaatsvindt in de relatieve belangrijkheid van beschermende factoren. Pickles

(1993) geeft aan dat het van belang is verschillende fasen in de normale en afwijkende ontwikkeling te onderkennen. Volgens Piaget (1972) kunnen er individuele verschillen zijn in de snelheid waarmee de verschillende fasen worden doorlopen en welke fase uiteindelijk bereikt wordt, maar is de volgorde waarin de fasen worden doorlopen invariant. Piaget (1972) gaat uit van de interactie tussen kenmerken van het individu en de ervaringen die het individu opdoet in de omgeving. Het discontinue van de ontwikkeling zit volgens Piaget in het verloop in fasen, het continue in het adaptatieproces, dat continu doorgaat en waarin Piaget assimilatie en adaptatie onderscheidt. Bij assimilatie past het kind als het ware het object aan zodat het in zijn cognitieve structuur past. Bij accommodatie daarentegen worden reeds bestaande cognitieve structuren veranderd door zich aan te passen aan nieuwe externe stimuli. Het organisme zou een aangeboren neiging hebben om tot een evenwicht tussen assimilatie en accommodatie te komen. Een geperfectioneerd evenwicht wordt echter gemakkelijk verstoord en behoeft dan opnieuw assimilatie, dan wel accommodatie.

De Boer (1993, p.24/25) omschrijft kinderontwikkelingsfasen als *"...ontogenetische adaptaties aan de omgeving van dat moment en deels ook een preadaptatie voor een volgende fase"*. Iedere fase wordt daarbij gekenmerkt door vijf aspecten;

- de fase moet verschillend zijn van de vorige, anders is er geen sprake van ontwikkeling;
- de fase moet een actieve of passieve adaptatie zijn aan de eisen van dat moment;
- er moeten voorbereidingen getroffen worden voor adaptatie in de volgende fase;
- in iedere fase kan iets mis gaan;
- in iedere fase zijn er kenmerken die adaptief noch preadaptief, maar rudimentair zijn.

Er zijn, volgens De Boer (1993), ontwikkelingen die vanaf het moment dat zij ontstaan blijven bestaan tot het eind van het leven, zoals hartslag en -ritme en bepaalde aspecten van de motoriek (geïsoleerde bewegingen van de ledematen, algehele lichaamsbewegingen, de hik, geeuwen en strekbewegingen van het lichaam), ontwikkelingen die adaptief zijn voor de fase van dat moment, maar verloren gaan in de volgende fase, zoals loopbewegingen van foetus en pasgeborene (hoewel deze in een latere fase weer terugkomen) en ontwikkelingen die voor de aanpassing op dat moment nodig zijn, maar door invloed van binnenuit of van buitenaf worden omgevormd en bruikbaar zijn voor een volgende fase, zoals de foetale ademhalingsbewegingen. Verder zijn er ontwikkelingen die door interne of externe factoren verstoord raken, niet adaptief of preadaptief zijn, maar pathologische ontregelingen zijn, zoals bijvoorbeeld stofwisselingsstoornissen of de ontwikkeling van tumoren. Daarnaast zijn er eigenschappen die geen adaptief karakter hebben, maar rudimentair aanwezig zijn, bijvoorbeeld de aanleg van het wormvormig aanhangsel van de darm: *"De aan de volwassenheid voorafgaande fasen zijn dus transiënte adaptaties van onrijpe organismen met aanleg, eigenschappen of kenmerken die veranderen, die blijven, die ontregelen of verdwijnen"* (De Boer, 1993, p.26).

Samenvattend moet worden geconcludeerd dat binnen de continuïteit van de ontwikkeling diverse fasen te onderscheiden zijn. Binnen elke fase kan er iets mis gaan, wat gevolgen heeft voor de fasen die er normaliter op volgen. Juist omdat er binnen elke fase van ontwikkeling verstoringen kunnen plaatsvinden, is een basale, ontwikkelingsgerichte diagnostiek en behandeling noodzakelijk. Er moet sprake zijn van een terugredeneren naar dat wat er wanneer mis ging in de kinderlijke ontwikkeling. Verderop in dit hoofdstuk wordt hier nader op ingegaan.

4.4 De Doelgroep

4.4.1 Algemeen

Kinderen die voor (dag-)klinische kinderpsychiatrische behandeling in aanmerking komen hebben vrijwel altijd al tijdens de eerste drie levensjaren problemen ervaren. Het gaat in de regel om kinderen met vroege ontwikkelingsproblematiek (Verheij, 1996a). Vaak gaat het om problemen die ondanks goede zorg, ambulante of dagklinische hulp toch blijven bestaan. Niet alleen in oorzaak, ook in verschijningsvorm is er sprake van een samengesteldheid van de problematiek. Verschillende stoornissen kunnen tegelijkertijd en naast en in interactie met elkaar bestaan. Volgens Riddle (1989) zijn dergelijke 'mixed disorders' kenmerkend voor de patiëntenpopulaties van een kinderpsychiatrische kliniek. Comorbiditeit is van invloed op de

diagnose, de prognose en de behandeling. Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie dient volgens Verheij (1995a) ingezet te worden voor de moeilijkste, de samengestelde puzzels en voor die kinderen die enerzijds ernstige, samengestelde problematiek vertonen en anderzijds een behandelingsperspectief hebben. Verheij (1995b) benadrukt dat de kinder- en jeugdpsychiatrische capaciteit selectief moet worden ingezet en gericht moet zijn op 'cure' en niet op 'care'.

4.4.2 Infants

Binnen de infantpsychiatrie staat de bestudering van de wisselwerking tussen aanleg en omgeving en de effecten daarvan op de ontwikkeling van het jonge kind centraal. De relatie tussen vroege ouder-kind interactie en de ontwikkeling van het heel jonge kind is complex en het onderscheid tussen normaal en afwijkend gedrag is moeilijk te bepalen. Het onderzoeken van het temperament van het kind kan belangrijk zijn om op jonge leeftijd risicofactoren te onderscheiden voor het ontwikkelen van psychopathologie. Het ordenen en classificeren van mogelijke ziektebeelden bij het (zeer) jonge kind staat echter nog in de kinderschoenen (Van Daalen, 2000). Toch is de betekenis van de ontwikkeling van het kind van nul tot drie jaar, zoals ook al in hoofdstuk twee beschreven, enorm: *"Neurologische rijping en groei van hersenen en zenuwstelsel, ontwikkeling van pasgeborene tot goed en veilig gehecht kind, van niet-sprekend tot taalvaardig, van passief-afhankelijk tot zichzelf voortbewegend, van onzindelijk tot zindelijk kind, zijn eenmalig en uniek!"* (De Boer, 1991a, p.1). In de theorievorming wordt deze leeftijdsfase ook gebruikt ter verklaring van pathologie op latere leeftijd. Doordat er zoveel gebeurt in korte tijd, is de ontwikkeling gevoelig voor versturende invloeden en ontregeling. Wat betreft het soort relatiestoornissen tussen ouder en kind, die vaak de verwijssreden binnen de infantpsychiatrie vormen, maakt De Boer (1996, p.21) een driedeling:

- *problemen die vooral in het kind zelf gelegen zijn en een stoornis in de persoonlijke en/of relationele ontwikkeling bewerkstelligen;*
- *problemen die vooral in de persoonlijkheid van de ouder(s) gelegen zijn en betekenis hebben of krijgen voor de emotionele en pedagogische ontwikkeling van het kind;*
- *problemen bij zowel kind als ouder(s) die met elkaar interfereren en gezonde groei belemmeren.*

De aard van vroegkinderlijke stoornissen betreft volgens De Boer (1996) een breed scala aan medische, psychologische en psychiatrische problematiek. Ondanks deze grote variëteit aan pathologie is er altijd sprake van ernstige emotionele ontwikkelingsachterstanden, die gepaard gaan met een cognitieve ontwikkelingsachterstand. Daarnaast is het hechtingsgedrag vaak onvoldoende op gang gekomen of verstoord geraakt. Ambulante diagnostiek en hulpverlening en dagklinische observatie en behandeling van tenminste het kind en de primaire opvoeder zijn volgens Verheij (1996c) bij problematiek van het zeer jonge kind de meest geëigende opties. In geval van ernstig tekortschietend ouderschap kan crisisinterventie nodig zijn ter bescherming van het kind. Klinische kinderpsychiatrische behandeling komt bij drie- à vierjarigen in het vizier.

4.4.3 Kinderen

Er zijn volgens Verheij (1996a, p. 50-51) grofweg vier groepen kinderen te onderscheiden binnen de (dag-) klinische kinderpsychiatrie:

- kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis: deze groep vormt ongeveer een derde van de populatie. Voor het echt autistische kind bestaat een eigen circuit;
- kinderen met andere neuropsychiatrische stoornissen omvatten zo'n 10-15 procent van de kinderpsychiatrische populatie: het gaat om stoornissen als niet situatief bepaalde aandachts- en concentratiestoornissen, bijna permanente hyperactiviteit, zeer ernstige ticstoornissen, ernstige disharmonische ontwikkelingsvoortgang waarbij verstandelijke handicap niet uit te sluiten is, enzovoorts;
- kinderen met, wat betreft het verschijningsbeeld, een diversiteit aan psychiatrische problemen die met elkaar gemeen hebben dat er een voorgeschiedenis is van ernstige traumatisering, zoals in geval van verwaarlozing, mishandeling en/of seksueel misbruik: deze groep beslaat ongeveer een derde van de populatie;

- kinderen met meer 'echte' emotionele (internaliserende) problemen beslaan een kwart van de populatie: het betreft dan een diversiteit aan kinderen waarbij temperamentsfactoren, angst, depressie, moeder-kind-hechtingsfactoren, eetproblematiek, pathologisch-symbiotische problematiek en dergelijke een rol kunnen spelen.

Kinderen die psychiatrische behandeling in een kliniek nodig hebben zijn volgens Verheij (1996a) wat betreft hun functioneren binnen elk van de levensdomeinen vastgelopen. Zowel als individu, als binnen het gezin, als met leeftijdgenoten, als op school en op clubs en in vrije tijd zijn er ernstige problemen. Daarnaast betreft het kinderen met een ernstige gestoorde of verstoorde ontwikkeling die tenminste drie, maar vaak vier ontwikkelingshoofddomeinen omvat. Er is dus naast emotioneel-sociale problematiek, eigenlijk altijd sprake van biologisch-lichamelijke en/of cognitieve problematiek.

4.4.4 Jeugdigen

Jeugdpsychiatrie is wat betreft problematiek meer divers dan infant- en kinderpsychiatrie. Verheij (1996c, p.226) schrijft daarover: *"Naast elkaar komen laat ontdekte en vroegtijdig ontdekte, naar chroniciteit neigende kinderpsychiatrische stoornissen, stoornissen voortkomend vanuit de ontwikkelingsfase en voor het eerst tot uiting komende volwassen psychiatrische ziektebeelden voor"*. Naarmate de problemen zich op meer leefgebieden voordoen en de problematiek ernstiger is, wordt er vaker gekozen voor een klinische behandeling (Berben e.a., 1997). Volgens Verhulst (1999) kunnen de meest voorkomende diagnoses bij jeugdigen in Nederland worden samengevoegd tot vijf brede diagnostische categorieën: angststoornis, stemmingsstoornis, gedragsstoornis, middelenmisbruik en overige. Wat betreft de klinische praktijk richt de jeugdpsychiatrie zich volgens Verhulst (2000a) in toenemende mate op de specifieke aspecten die behandeling van ernstige stoornissen in de adolescentie met zich meebrengt. Daarbij zijn er volgens Verhulst nog grote lacunes in wetenschappelijke kennis, bijvoorbeeld ten aanzien van het effect van behandeling, zowel farmacologisch als psychologisch, de determinanten van een stoornis en het beloop van probleemgedrag in de adolescentie. Ruim 35 procent van de jeugdigen heeft volgens Verhulst (1999) één of meer psychiatrische stoornissen. Deze hoeven niet allemaal tot disfunctioneren in het dagelijks leven te leiden. Bijna acht procent van de jeugdigen heeft een psychiatrische stoornis, waarbij het functioneren matig tot ernstig verstoord is. De kwaliteit van diagnostische procedures is van groot belang voor epidemiologisch onderzoek (Verhulst, 1999b) en draagt bij aan het goed inschatten van de mate en ernst van de problematiek.

Samenvattend kan gesteld worden dat er bij deze doelgroep vaak al op jonge leeftijd problemen waren. De leeftijdsfase van nul tot drie jaar is daarbij erg belangrijk. Problemen in deze fase vormen een risicofactor voor problemen op latere leeftijd. Daarbij hangt veel af van de kwetsbare interactie tussen aanleg- en omgevingsfactoren, tussen risicofactoren en protectieve factoren. Bij kinderen binnen deze doelgroep is er vrijwel altijd sprake van zogenaamde 'mixed disorders'; zowel in oorzaak als in verschijningsvorm is de problematiek samengesteld en complex. Er is veelal sprake van comorbiditeit. Altijd zijn meerdere ontwikkelingsdomeinen gestoord of verstoord en is het kind binnen meerdere levensdomeinen vastgelopen. Voor verschillende leeftijdsfasen zijn in hoofdstuk twee karakteristieke problemen beschreven die van voorbijgaande aard kunnen zijn, maar eveneens het begin van of een risicofactor voor een afwijkende ontwikkeling kunnen zijn. Deze doelgroep betreft de groep kinderen waarop dit onderzoek gericht is. Bij deze groep is een systematische diagnostiek belangrijk.

4.5 Psychomotoriek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie

Ontwikkeling vormt de kern van gezond functioneren. Psychopathologie van kinderen omvat per definitie stoornissen van en in de ontwikkeling (Verheij, 1989b). Deze stoornissen resulteren uit de wisselwerking van biologische, cognitieve, emotionele en sociale factoren. Aangezien de problemen bij deze groep vaak al gedurende de eerste drie levensjaren zijn begonnen, de jaren waarin de vier ontwikkelingsdomeinen nog nauw met elkaar verweven zijn, hebben de problemen die deze kinderen ondervinden meestal ook betrek-

king op alle ontwikkelingsdomeinen. Gevoelens van competentie hebben zich, zoals in hoofdstuk drie naar voren kwam, door verschillende oorzaken vaak niet of maar zeer ten dele kunnen ontwikkelen met negatieve gevolgen voor het verdere leren in brede zin. Volgens Touwen (1989) wordt een afwijkende sensomotorische ontwikkeling gekenmerkt door een gebrek aan variabiliteit, dat wil zeggen een teveel aan stereotiep, monotoon bewegen, wat vaak ook housterig, 'clumsy' aan doet. Variatie is een van de belangrijkste kenmerken van ontwikkeling en een stereotiep, voorspelbaar, zich steeds herhalend bewegingsrepertoire wijst op een afwijkende motorische ontwikkeling. *"Om stoornissen goed te kunnen herkennen is het voor de infant-psychiater natuurlijk van belang om de ontwikkeling van motorische functies, spontane reflexen en de zintuigontwikkeling te kennen die voor de ontwikkeling van latere sociale interacties van belang zijn"* (De Boer, 1993, p.30). Volgens De Boer, Bosscher en Stibane (1994) kan lichamelijke inspanning een positief effect hebben op het stereotiepe gedrag. Duur en intensiteit van de lichamelijke inspanning lijken daarbij van belang. Daarbij moet worden opgemerkt dat de positieve bekrachtiging, waarvan gebruik wordt gemaakt bij veel onderzoeken en/of de toename van sociale interacties, eveneens van invloed zouden kunnen zijn op het stereotiepe gedrag.

Volgens Morrison, Pothier en Horr (1978) kunnen afwijkingen in de sensomotorische ontwikkeling soms worden teruggevoerd op een fysiek probleem dat genetisch kan zijn of het gevolg kan zijn van een geboortetrauma of ziekte. In andere gevallen kunnen omgevingsfactoren worden aangewezen als mogelijke oorzaak en wel vroege sensorische deprivatie of verwaarlozing of het onvermogen van het kind zich te hechten aan een volwassene. Kinderen die niet veilig gehecht zijn spelen minder, voelen zich minder agetrokken tot nieuwe voorwerpen en exploreren de nieuwe omgeving minder. Kinderen met afwijkingen in de sensomotorische ontwikkeling zijn volgens Morrison, Pothier en Horr (1978) (onafhankelijk van de etiologie) sensorisch gedepriveerd en ervaren de wereld niet zoals normale kinderen. Zij zijn niet in staat hun ouders op een gebruikelijke manier hun behoeften duidelijk te maken. Ouders reageren daardoor vaak op een voor hen onbevredigende manier, bijvoorbeeld door afwijzing of overbescherming. Aanraking vormt de basis voor de sensomotorische ontwikkeling en het opbouwen van relaties met de ouders. Als het kind de tast niet kan gebruiken zal het problemen ondervinden, zowel in de persoonlijke omgeving als in de wereld van de objecten. Morrison, Pothier en Horr (1978) wijzen erop dat een multidisciplinaire aanpak nodig is. Zij gaan in op de rol die sensomotorische ervaring speelt in de ontwikkeling van psychopathologie en de aanpak van psychopathologie door middel van sensomotorische technieken. Als er bij problemen in de sensomotorische ontwikkeling geen vroegtijdige interventie plaatsvindt, zal dat, gezien de eenheid die de ontwikkelingsdomeinen vormen op jonge leeftijd, invloed hebben op de bredere ontwikkeling, zowel fysiek, cognitief, als emotioneel-sociaal. Zo kan bijvoorbeeld het lichaamsbeeld zich slecht ontwikkelen, evenals het zich kunnen plaatsen in de ruimte en het maken van bewegingsvoorstellingen. Volgens Morrison, Pothier en Horr (1978) laten veel kinderen met problemen in de sensomotorische integratie tevens een afwijkende emotionele ontwikkeling zien. Als voorbeeld noemen zij de kinderen met een pervasieve ontwikkelingsproblematiek en in het bijzonder het autistische kind, dat vaak vroege problemen in de sensomotorische integratie laat zien, evenals achterstanden in het leerproces en emotionele stoornissen. Volgens hen is de sensomotorische integratie basaal voor het hechtingsproces van het kind. Zonder deze integratie is het kind meer kwetsbaar voor stress, terwijl het voor de ouders moeilijker is een dergelijk kind te helpen om te gaan met die stress en een hechtingsproces aan te gaan. Zij wijzen erop dat het preverbaal kind sensomotorische activiteiten nodig heeft om zijn gevoelens van affectie en woede te uiten.

Van grote invloed op het bewegingsbeeld van het kind is ook de motivatie om motorische vaardigheden te ontwikkelen en uit te voeren. Intrinsieke motivatie treedt pas op bij een bepaald niveau van persoonlijkheidsontwikkeling. Bij kinderen met vroege ontwikkelingsstoornissen ontbreekt motivatie soms geheel. Van Doorn en Verheij (1991) brengen met betrekking tot motivatieproblemen bij kinderen met een ernstige kinderpsychiatrische problematiek een gelaagdheid aan: niet gemotiveerd - extern gemotiveerd - intrinsiek gemotiveerd. Indien een kind niet gemotiveerd is, is een extreem voorgestructureerde situatie noodzakelijk. De regie van het kind over zijn eigen gedrag wordt dan overgenomen. In geval van externe motivatie zijn het ge-

voel van eigen competentie en/of natuurlijke exploratiedrang en nieuwsgierigheid niet of nauwelijks tot ontwikkeling gekomen. Het kind is soms te motiveren door de goedkeuring van een belangrijke volwassene of door materiële beloningen. Als er sprake is van intrinsieke motivatie is er wel een elementaire vorm van motivatie aanwezig, maar is deze onvoldoende of zo beschadigd dat hulp van de volwassene nodig is om het kind op basis daarvan te laten functioneren en presteren.

Samenvattend kan gesteld worden dat psychomotoriek en psychopathologie nauw verbonden zijn. Vroeg ingrijpen in de afwijkend verlopende ontwikkeling is van groot belang, zowel omdat het zenuwstelsel dan nog de meeste plasticiteit bezit, als omdat er op jonge leeftijd veel veranderingen en groei bij het kind te zien zijn en bij vroeger interventie opeenstapeling van problemen en secundaire problemen voorkomen kunnen worden. Bij de beoordeling van het bewegingsbeeld is het van wezenlijk belang zicht te krijgen op of het kind het motorisch gezien niet kan of dat de afwijkende of vertraagde motoriek het gevolg is van psychische fenomenen. Vaak zullen deze echter in zekere mate verweven zijn. Toch is het ook dan goed te kijken waar het accent ligt. Soms kan het bieden van structuur bijvoorbeeld voorwaarde zijn om het kind tot vaardigheden te laten komen. Succeservaringen in deze kunnen een positieve bijdrage leveren aan de zelfwaargenomen competentie.

4.6 (Dag)klinische observatie en behandeling

4.6.1 Algemeen

De 'multiprobleem' problematiek vraagt volgens Verheij (1996a) een observatie- en behandelingsteam dat breed in deskundigheid is en uitgaat van een biopsychosociaal denken. Er moet sprake zijn van multidisciplinaire samenwerking, waarbij interdisciplinaire diagnostische en behandelingsvisies moeten ontstaan op kind en gezin (Verheij, 1993b). De kinder- en jeugdpsychiatrie neemt volgens Verheij (2000a) om een aantal redenen een specifieke plaats in binnen de psychiatrie. In de eerste plaats bevindt het kind zich in vergelijking met de volwassenen, in een veel sneller voortgaand ontwikkelingsproces, waarbij de psychiater grondige kennis moet hebben van de ontwikkeling binnen de verschillende ontwikkelingsdomeinen en van de psychopathologie in de verschillende fasen van de kindertijd en adolescentie. Ten tweede brengt het kind een specifieke context met zich mee. Er is sprake van afhankelijkheid doordat derden (mee)beslissen en verantwoording dragen. Ten derde vragen kinderen om specifieke communicatievormen, die afgestemd moeten zijn op zowel het cognitieve als het emotionele ontwikkelingsniveau. Ten vierde moet bij de diagnostiek van verschillende informatiebronnen (kind, ouders, leerkrachten), verschillende informanten (kinder- en jeugdpsychiater, psychodiagnost, orthodidacticus, gezinsdiagnost) en verschillende onderzoeksmethoden (interview, spel, vragenlijst, test en toets) gebruik worden gemaakt. Ten vijfde moet behandeling altijd ingebed zijn in een systemische aanpak. Voor een succesvolle kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling geldt dat er voldoende mankracht en middelen beschikbaar moeten zijn, dat de instelling in de maatschappij geplaats is, dat er voldoende structuur en affectie geboden moet kunnen worden en dat er tenminste één primair en nabij intermenselijk contact met stabiliteit aan ieder kind geboden moet kunnen worden.

Konijn en Verhulst (1997) geven aan dat een eenduidige beschrijving van de problemen bij kinderen vaak lastig is, doordat het kind vaak zelf niet of moeilijk kan aangeven wat het mankeert, waardoor andere informatiebronnen (ouders, leerkrachten, andere volwassenen) moeten worden aangesproken. Deze bronnen spreken elkaar nogal eens tegen. Daarnaast is het probleem van het kind vaak moeilijk te onderscheiden van de invloed van de omgeving, zoals gezinsomstandigheden. Verheij (1995c) geeft aan dat binnen de jeugdzorg en jeugd-GGz vooral gedacht en gewerkt wordt vanuit een ontwikkelingspsychologisch en ontwikkelingspsychopathologisch model. Diagnostiek heeft dan betrekking op vier ontwikkelingshoofddomeinen: biologisch-lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal. Omdat de heterogene samenstelling binnen kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken algemene uitspraken over kindkenmerken onmogelijk maakt, is het van groot belang te kijken naar het individu, naar de stoornissen die zich tijdens verschillende fasen van de ontwikkeling voordoen, maar ook of en hoe de ontwikkeling in negatieve (of positieve) zin door de stoornis beïnvloed wordt.

Een sterkte/zwakte analyse van het kind op elk van de hoofddomeinen van de ontwikkeling en op de positieve en negatieve interactie tussen deze domeinen is volgens Verheij (1993b) van groot belang.

Theorievorming per kind (diagnostiek) moet zo systematisch en planmatig mogelijk verlopen. Volgens Verhulst (2000b) speelt diagnostiek een centrale rol in de klinische praktijk, in wetenschappelijk onderzoek en in onderwijs en opleiding, maar is de belangstelling voor een systematische benadering van het diagnostisch proces in de kinder- en jeugdpsychiatrie pas in de laatste twee decennia waar te nemen. De theorievorming over het individu gaat de hele behandeling door. Van Doorn (1995) stelt dat in de literatuur wordt aangegeven dat longitudinale diagnostiek noodzakelijk is bij kinderen met een combinatie van leerproblemen en ernstige emotionele problemen en/of gedragsproblemen. Van kinderen die worden opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek is al veel bekend, omdat de problematiek zich over jaren uitstrekt en er vaak al verschillende vormen van hulpverlening werden bezocht. Over het algemeen is dan ook slechts aanvullende diagnostiek nodig om tot een totaalvisie op kind en gezin te komen. Ook binnen de diagnostiek staat het biopsychosociale ontwikkelingsdenken centraal (Verheij, 1989a). Daarbij is de bijdrage van meerdere disciplines noodzakelijk. Er moet zicht ontstaan op de hoofdlijnen van ontwikkeling (biologisch-lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal) en op de samengestelde ontwikkelingen (zoals taal, spel en geweten). De diagnostiek moet volgens Verhulst (1995) kwantitatief van aard zijn en rekening houden met het ontwikkelingsaspect. Met kwantitatief bedoelt Verhulst dat het gaat om de mate waarin probleemgedrag afwijkt van de norm. Volgens Verhulst (1996) kunnen psychiatrische stoornissen op de kinderleeftijd en in de adolescentie voor het merendeel beschouwd worden als kwantitatieve afwijkingen van de norm en is er meestal geen sprake van 'circumscripte ziekte-entiteiten'. Van een afwijkende ontwikkeling is sprake als het kind door deze ontwikkeling niet in staat is datgene te doen wat bij zijn leeftijd hoort en het daardoor zijn sociale rol niet kan vervullen. Om te bepalen of gedrag afwijkt van de norm moet rekening gehouden worden met het ontwikkelingsniveau van het kind.

Het doel van diagnostiek als eerste fase in de hulpverlening is het beschrijven en analyseren van problemen met het oog op het opstellen van een plan voor behandeling. Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie zal daarbij vaak sprake zijn van een individualiserende descriptieve aanpak: op een breed front wordt informatie verzameld, er wordt een breed arsenaal aan middelen gebruikt en meerdere theoretische kaders worden naast elkaar gehanteerd. Het is de kunst de informatie die dat oplevert te integreren tot een behandelingsrelevant geheel. Naast het algemeen behandelingsplan bestaan binnen sommige instellingen aparte behandelingsplannen voor de leefgroep, de school, ouderbegeleiding en therapie. Volgens Verheij (1995c) wordt behandelingsplanning steeds meer gezien als de schakel tussen onderzoek en diagnostiek enerzijds en begeleiding en behandeling anderzijds. Juist omdat er vaak sprake is van samengestelde of multifactoriële oorzakelijkheden bij de problemen van kinderen binnen de jeugd-GGz, geven onderzoek en diagnostiek niet zonder meer handvatten voor behandeling. Behandelingsplanning is de vertaalslag tussen onderzoek en diagnostiek enerzijds en begeleiding en behandeling anderzijds: *"... inventariseren en ordenen alleen volstaat niet, maar moet worden omgezet in advies over de behandeling en uitspraken over de prognose tegen de achtergrond van ontwikkelingsmogelijkheden en -onmogelijkheden."* [Verheij, Rietdijk, Van Loon & Van Doorn (1992, p.271)]. De resultaten van onderzoek van diverse monodisciplines zal moeten resulteren in een dynamische totaalvisie op het kind en zijn gezin. De kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek is over het algemeen te complex om binnen de grenzen van een gespecialiseerde discipline begrepen te worden en een multidisciplinaire diagnostiek is vereist. Behandeling moet worden afgestemd op het totaal aan gegevens en in het verlengde van de biopsychosociale diagnostiek. Het is 'individuegericht maatwerk' (Verheij, 1989a). Binnen de meeste kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken wordt ervan uitgegaan dat uit het kinderpsychiatrisch en psychodiagnostisch onderzoek de actuele mogelijkheden en onmogelijkheden van het kind blijken. Observatie in de leefgroep, op school en in therapie geven aanvullende informatie over ontwikkelingsaspecten waar problemen dan wel mogelijkheden liggen. Deze aspecten zullen in de behandeling aandacht moeten gaan krijgen.

Verheij (2000b) geeft aan dat diagnostische arrangementen binnen instellingen vaak star zijn en weinig op elkaar aansluiten. De in hoofdstuk één vermelde ontwikkeling binnen de GGz om zorg op maat te leveren in

de behandeling is volgens hem niet mogelijk zonder flexibiliteit in diagnostische arrangementen. Het diagnostisch specialisme van de kinder- en jeugdpsychiatrie is de biopsychosociale diagnostiek. Omdat wat het kind presteert afhangt van de kinderlijke vermogens, de gepresenteerde stimuli en de context waarbinnen de informatieverzameling plaatsvindt, is een zo compleet mogelijke diagnostiek pas te realiseren als in diverse situaties en op verschillende manieren informatie over kind en gezin wordt verzameld. Ook de psychomotorische therapie (PMT) geeft op die manier informatie over het kind die bijdraagt aan de diagnostiek. Verheij (2000b) pleit voor meer flexibiliteit in diagnostische arrangementen, wat zou kunnen betekenen dat de diagnostische specialisatie van bepaalde medewerkers binnen een polikliniek, dagkliniek of kliniek ook in te zetten is binnen de andere subafdelingen van een instelling als daartoe indicatie bestaat. Hij noemt expliciet dat daarbij te denken valt aan de specifieke diagnostiek die de vaktherapieën met zich meebrengen.

4.6.2 *Infants*

De Boer (1993, p. 18) noemt als taak van de infantpsychiater *"... het onderzoeken, beoordelen en categoriseren van problemen en stoornissen van de mentale gezondheid van kinderen van 0 t/m 3 jaar en de behandeling hiervan binnen een context waarin biologische, neurologische, somatische en sociale aspecten mede worden gewogen"*. Van Daalen (2000) geeft aan dat diagnostiek en behandeling van het jonge kind zeer specifiek zijn, met name vanwege de beperkte taalontwikkeling. De beoordeling van het jonge kind vindt dan ook plaats op grond van andere gedragskenmerken, die onder andere tot uitdrukking komen in spel, in interactie met anderen, in de motoriek, in de non-verbale communicatie, in stemming, in de mate van nieuwsgierigheid en in de mate van activiteit. Daarnaast kunnen de ouders een informatiebron zijn. Naast deze diagnostische en curatieve aspecten zijn er volgens De Boer (1993) ook preventieve aspecten. Volgens hem is de levensperiode van nul tot zes jaar vaak van grote, zo niet doorslaggevende, betekenis voor de latere persoonlijkheidsontwikkeling. Omdat naast erfelijke en biologische bagage jonge kinderen niet los te zien zijn van hun omgeving vindt infantpsychiatrische behandeling meestal plaats in aanwezigheid van de ouders, tenminste gedurende een of meerdere dagdelen (De Boer, 1996). De zuigeling en peuter hebben een hem omringende en betrouwbare primaire opvoeder nodig en bij kinderpsychiatrische problematiek moet deze verzorgende en opvoedende dyade in ogenschouw genomen worden (Verheij, 1996c).

4.6.3 *Kinderen*

In de dagbehandeling van kinderen met psychiatrische problematiek moet volgens Van Loon (1996a, p.31) aan twee voorwaarden voldaan worden, wil de dagbehandeling een kans van slagen hebben:

- het kind moet het aankunnen om in elk geval in twee verschillende milieus te functioneren. Dit impliceert dat kinderen moeten beschikken over een zekere mate van vitaliteit, van vermogen tot zelfbescherming en van impulscontrole;
- er moet samenwerking kunnen ontstaan tussen de behandelingseenheid en het gezin. Het gezin moet over voldoende draagkracht beschikken om de dagelijkse gang van zaken in het gezin onder invloed van de problematiek van het kind aan te kunnen.

Er is in de regel geen verschil in ernst van de problematiek van kinderen in de dagkliniek en de kliniek. Het verschil zit volgens Van Loon in de mate waarin het thuismilieu nog ondersteunend kan zijn. Daarbij zouden in dagbehandeling kinderen met een voorgeschiedenis van ernstige verwaarlozing of mishandeling ontbreken (Verheij, 1996c). Kinderpsychiatrische dagbehandeling is volgens Van Loon (1996a) bedoeld voor kinderen met ernstige psychiatrische problematiek, die een dermate gecoördineerde, intensieve en multidisciplinaire aanpak nodig hebben dat deze ambulant niet geboden kan worden. Voor ouders is kinderpsychiatrische dagbehandeling vaak minder stigmatiserend dan dag-en-nachtbehandeling en er ligt minder nadruk op al dan niet vermeend eigen falen, daar zij een grote rol in de opvoeding houden. Dagbehandeling kan ook dienen om kind en gezin voor te bereiden op een klinische opname of als ondersteuning na een klinische behandeling. Ook kan het dienen als observatieplaats voor die kinderen op wie ambulant onvoldoende zicht ver-

kregen kan worden. Het gaat dan om kinderen met een ingewikkelde interactie tussen in de kern van het kind gelegen problematiek en omgevingsinvloeden (Van Loon, 1996a).

Met betrekking tot klinische kinderpsychiatrische behandeling noemt Verheij (1996b) vier criteria voor observatie en behandeling en wel de ernst wat betreft het niveau van functioneren binnen elk van de levensdomeinen, de ernst wat betreft de verstoorde of gestoorde ontwikkeling ('multiproblem' kinderen), de onderzoekbaarheid of behandelbaarheid en de kwaliteit en kwantiteit van de vereiste deskundigheid (multidisciplinaire observaties moeten tot interdisciplinaire visies leiden, terwijl de behandeling gericht moet zijn op het individu en diens gezin). Ambulante hulpverlening heeft bij deze kinderen niet volstaan of er wordt met grote waarschijnlijkheid verondersteld dat deze niet zal volstaan. Verheij (1996b) schrijft dat in tegenstelling tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, waar het voornamelijk draait om in de persoonlijkheidsontwikkeling of -opbouw aspecten bij te sturen, te corrigeren en/of toe te voegen, het in de (dag)klinische praktijk gaat om kinderen bij wie dat niet volstond of zal volstaan, daar hun persoonlijkheidsontwikkeling verstoord is of in de kern gestoord is zodat renoveren, restaureren en/of vanaf de basis opbouwen nodig is. Soms zelfs is de hoogst haalbare optie de gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling een zo aangepast mogelijk verloop te laten krijgen, zoals bij kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

De behandeling binnen de (dag)klinische kinderpsychiatrie is erop gericht gevoelens van gehechtheid, veiligheid en intimiteit te bevorderen, waarbij ritme, regelmaat, repertoire, responsiviteit en reciprociteit de basisbestanddelen vormen. Vaste rituelen, routines en anticipaties op wat komen gaat maken overgangen tussen de verschillende activiteiten gemakkelijker. Regelmaat in de zin van een vaste reeks zich herhalende activiteiten, maakt het leven voor de kinderen meer voorspelbaar, waardoor gevoelens van veiligheid kunnen ontstaan en een gezonde emotionele ontwikkeling op gang kan komen. Het scala aan gedragsmogelijkheden en probleemoplossend vermogen, het repertoire, is bij kinderen met ernstige psychopathologie vaak armoedig en ontoereikend. Door het benoemen van angsten, gevoelens en gedachten kan het kind uiteindelijk meer vat gaan krijgen op zijn binnenwereld en door het aanbieden van andere oplossingsmogelijkheden van conflicten krijgt het een groter psychisch repertoire. Er is sprake van ontwikkeling zolang dit repertoire gevarieerder wordt. Bij sommige kinderen blijft het echter stereotiep door genetische of biologische factoren of doordat psychosociale factoren remmend werken. De leefgroepwerkers moeten voortdurend responsief, dat wil zeggen emotioneel beschikbaar zijn voor de kinderen. Reciprociteit heeft betrekking op de wederkerigheid, die uiteindelijk kan ontstaan door het consequent bieden van de vier eerder genoemde "R's".

4.6.4 Jeugdigen

In jeugdpsychiatrische dagbehandeling worden over het algemeen jeugdigen opgenomen met een even ernstige psychopathologie als die in klinische jeugdpsychiatrische behandeling. De inschatting van de draagkracht van het gezin is evenals bij kinderbehandeling volgens Van Loon (1996b) van doorslaggevend belang voor de beslissing tot dagbehandeling, dan wel dag-en-nachtbehandeling. Het betreft jeugdigen die vaak al meerdere jaren hulpverlening achter de rug hebben, waarbij duidelijk is geworden dat deze niet volstond of zou gaan volstaan. Zij zijn vastgelopen met zichzelf, met hun ouders, broers en zusjes, vrienden en vriendinnen en op school (Van Loon, 1996b). Het komt voor dat er voor dagbehandeling gekozen wordt als opstap naar een klinische behandeling, als ouders en jeugdige daar nog niet aan toe zijn. Ook kan de dagbehandeling dienen als observatieperiode. De behandeling van jeugdigen brengt vaker crisissituaties met zich mee dan de behandeling van kinderen, waarvoor bij voorkeur een overgang naar een klinische dan wel gesloten afdeling mogelijk moet zijn (Van Loon, 1996b). Vaak zijn de jeugdigen die in dagbehandeling komen in emotioneel-sociaal opzicht veel jonger dan hun kalenderleeftijd aangeeft en gaan zij in behandeling omdat volwassenen dit nodig vinden. 'Pubergedrag' is vaker kopieergedrag dan gedrag dat werkelijk ten dienste staat van het tweede separatie-individueelproces. De problematiek is vaak niet alleen toe te schrijven aan de ontwikkelingsfase. Zoals al eerder aangegeven zijn de problemen vaak al tijdens de eerste drie levensjaren ontstaan. Volgens Van Loon

(1996b) kunnen het aanpassingsvermogen van het gezin en/of het kind, dan wel ondervanging binnen het speciaal onderwijs ervoor gezorgd hebben dat de jeugdige het tot dan toe vol kon houden. Deze oude aanpassingsmechanismen zijn niet meer toereikend als de overgang naar de middelbare school wordt gemaakt, de puberteitsverschijnselen hun intrede doen, er hogere eisen worden gesteld aan de sociale omgang en de psychologische veranderingen inherent aan de adolescentie hun intrede doen. Aangeboren dan wel verworven kwetsbaarheden bij de jeugdige liggen ten grondslag aan de problemen. Een goede werkrelatie met de ouders is een vereiste om tot een succesvolle behandeling te komen. De ouders kunnen hun kind een gevoel van vertrouwen in de behandeling meegeven en het loyaliteitsconflict voor de jeugdige verminderen.

Wat betreft de klinisch psychiatrische behandeling van jeugdigen maakt Duyx (1996) onderscheid tussen acute (gesloten) opname-units, kortdurende behandeling en langdurende behandeling. Klinische behandeling zou vooral geïndiceerd zijn bij psychiatrische stoornissen waarbij de draagkracht van het gezin overschreden is. De ernst van de symptomen bepaalt daarbij of er gekozen wordt voor een open dan wel een gesloten afdeling. Volgens Verheij (1996c) is 'long-term-behandeling' van bepaalde psychotische adolescenten en van ernstig gedragsgestoorde (antisociale) jeugdigen soms een noodzaak. Persoonlijkheidsstoornissen moeten volgens Duyx (1996) slechts kort klinisch behandeld worden en bij voorkeur dagklinisch, omdat dan een sterker beroep wordt gedaan op de gezonde capaciteiten van de jeugdigen en regressie minder in de hand wordt gewerkt.

4.7 PMT binnen de (dag)klinische observatie en behandeling

De leefgroep vormt de kern van de behandeling, waarbij de individuele therapieën worden gezien als noodzakelijke en specifieke katalysatoren voor de kinderlijke ontwikkeling (Van der Meijden-Van der Kolk & Verheij, 1984). Verheij (1997b) pleit ervoor om het begrip therapie duidelijk af te scheiden van even waardevolle, maar duidelijk in doelstelling hiervan verschillende activiteiten, zoals verduidelijkende of steunende gesprekken, creatief bezig zijn, bewegingsoefeningen, gymnastiek, muziekoefeningen enzovoorts. In therapie staan het leren van vaardigheden en het greep krijgen op de verwarde emotionele wereld centraal (Van der Meijden-Van der Kolk, 1982). De verschillende soorten therapie binnen een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek, zoals psychomotorische-, creatieve-, muziek- en psychotherapie streven met een ander medium hetzelfde doel na. Op de kind- (en gezins)gerichte stafvergaderingen moet worden bekeken of individuele therapie geïndiceerd is voor het desbetreffende kind en welk medium het meest wenselijk is (De Boer & Verheij, 1989). De therapeutische relatie moet een vertrouwensrelatie kunnen gaan worden, waarbinnen probleemverwerking kan plaatsvinden als dat nodig is en de ontwikkeling gestimuleerd wordt. Binnen PMT zijn bewegingsarrangementen waarin ordening, structuur, continuïteit, ritme en herhaling aanwezig zijn, met name in het begin van de behandeling, belangrijk. In die periode is de therapie niet zozeer gericht op verandering als wel op het tot stand komen van deze vertrouwensrelatie, dan wel een vertrouwde relatie en op de manier waarop het kind de therapie ervaart. Daarnaast heeft zij ook een diagnostisch aspect. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het kind zal de PMT-er kijken naar de motorische vaardigheden van het kind, de manier van bewegend omgaan met de ander en de dingen, het openstaan voor de therapeutische situatie, het kunnen verblijven in de ruimte en de gerichtheid op de therapeut (Aendekerk, 1987).

Om helder te houden wat therapie is en wat niet, wordt er in veel kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken voor gekozen dat therapeuten geen activiteiten ondernemen in de leefgroep of in de school. De PMT-er kan wel ingezet worden om bewegingsoefeningen te geven in de eigen accommodatie, maar dit wordt naar het kind toe dan geen therapie genoemd. Als er sprake is van therapie, impliceert dit volgens Verheij (1997b) dat er gewerkt wordt in het verlengde van onderzoek en diagnostiek en vanuit een behandelingsplan. Het bevorderen van de ontwikkeling en/of het leren in een specifieke, methodisch gehanteerde context met een specifiek middel staat in dat geval centraal. De PMT-er onderscheidt zich van de andere disciplines binnen de kliniek door de specifieke accommodatie, de kenmerkende professionalisering van de therapie en van de therapeut en de specifieke appels die van de therapievorm en van de aangeboden bewegingsarrangementen, uitgaan. Daarbij moeten keuzen gemaakt worden in waar de therapie zich op richt. Aangezien therapie meestal slechts één of

enkele uren per week plaatsvindt, kan de therapeutische beïnvloeding zich niet op alles richten. Het kind verblijft in verhouding veel meer uren in de leefgroep of het gezin en het onderwijs. Derhalve dient de therapie zich op een specifiek deel van de behandeling te richten, waardoor zij als katalysator kan fungeren. Dit moet in de therapie-specifieke behandelingsplanning naar voren komen. Daarin dienen de wijze waarop de behandelingsdoelen door middel van attitude, middelen en strategieën nagestreefd worden, geëxpliciteerd te worden.

Oudshoorn en collega's (1995, p.70) benadrukken dat spel bij uitstek de uitdrukkingswijze is van het kind en dat het door spel meer van zijn innerlijke drijfveren en conflicten zal laten zien dan door te praten. Dit geldt met name voor kinderen tot negen jaar. Een kinderpsychiatrisch onderzoek wordt door hen omschreven als *"... een ontmoeting waar beide partijen zich ongemakkelijk bij voelen. Het kind voelt zich angstig, verlegen of geremd (wanneer het een internaliserend kind betreft) of heeft ronduit weerzin tegen zo'n onderhoud (wanneer het een externaliserend kind betreft). De onderzoeker camoufleert zijn ongemakkelijke gevoel door een lange reeks van buiten geleerde vragen af te vuren. Wanneer hij hier al te gepreoccupeerd mee is, mist hij belangrijke wenken die het kind in woord of gedrag geeft"*. Hoewel de schrijvers aangeven dat deze beschrijving enigszins overdreven is, geeft het kernachtig het probleem van 'pratende diagnostiek' aan. Spel vervult volgens Oudshoorn en collega's verschillende functies in het onderzoek van het kind: het is een signaal dat de bedoelingen goed zijn, dat de onderzoeker bereid is over te schakelen op de golfenlengte van het kind en dat het kind de wijze van communiceren bepaalt en de onderzoeker hierin volgt. Dat betekent overigens niet dat het kind alles bepaalt: de onderzoeker geeft wel opdrachten en bepaalt grenzen. Naarmate het kind ouder wordt kan het gesprek een centralere plek gaan innemen in de diagnostiek, maar spelend communiceren gaat de meeste onderzoekers beter af dan pratend.

In aansluiting op de diagnostiek geldt voor therapie dat er een behandelingsplan geformuleerd dient te worden. Verheij (1995c, p.8) geeft daarover het volgende aan: *"Het spanningsveld tussen kunst en kunde, tussen gevoel (of creativiteit) en kennis, ligt vaak ten grondslag aan weerstand tegen therapieplanning en tegen uitgewerkte therapieplannen. Ik ben van mening dat het mogelijk is zonder dat het creatieve proces, de kunst (zonder welke geen therapeutisch proces mogelijk is) geschaad wordt om voor elke individuele, groeps- of gezinstherapie een therapieplan te maken. Problemen en indicaties, daaruit voortvloeiende behandelingsdoelen en daaraan ten grondslag liggende hypothesen zijn, evenals daartoe noodzakelijke attitudes, middelen en strategieën, mijns inziens te formuleren"*. Daarbij dient het therapieplan afgestemd te zijn op het algemeen behandelingsplan. Volgens Verheij (1995c) is behandelingsplanning te gebruiken als een kwaliteitsbewakend proces en als een evaluatie-instrument.

Samenvattend kan gesteld worden dat bewegen en lichamelijkeheid voor het jonge kind middelen vormen om zich te uiten en contact te maken met de wereld om zich heen. Er zijn verschillende psychiatrische stoornissen die al vroeg in de ontwikkeling zichtbaar worden in de motoriek, het bewegen en de lichamelijkeheid. Maar ook in de adolescentie speelt het bewegen en de lichamelijkeheid een dermate grote rol dat systematische psychomotorische diagnostiek toegevoegde waarde heeft. Het lijkt dan ook een logische stap de (psycho)motoriek systematisch mee te nemen in de algehele diagnostiek van kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Tot op heden is dit echter niet het geval.

4.8 Conclusies

De laatste jaren is een 'interactionele visie' op ziekte en het ontstaan ervan ontwikkeld (Verhulst, 1996). Vanuit deze visie worden ook psychiatrische aandoeningen beschouwd als multifactorieel bepaald, waarbij individuele, genetisch bepaalde kenmerken, biologische en niet-biologische omgevingsinvloeden elkaar wederzijds beïnvloeden: *"Zowel vanuit de klinische praktijk, als vanuit onderzoek wordt aangegeven dat kinderen met ernstige emotionele problemen en/of gedragsproblemen [die behandeld worden in (semi-)residentiële instellingen] vooral opvallen door de ernst en complexe samengesteldheid van de problematiek en niet zozeer door specifieke diagnoses en classificaties. De problemen die het kind heeft zullen meestal niet beperkt zijn tot de emotionele en sociale ontwikkeling"* (Van Doorn, 1995 p.9).

Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat psychiatrische stoornissen op de kinderleeftijd en in de adolescentie persistent zijn en tot in de volwassenheid tot disfunctioneren kunnen leiden. Dit geldt voor agressieproblematiek (Verhulst, 1999; Konijn & Verhulst, 1997), maar ook voor internaliserende problematiek (Heijmens Visser, 2002). De mate van stabiliteit is groter voor externaliserend gedrag dan voor internaliserend gedrag (Heijmens Visser, 2002). Slechts een deel van de kinderen met ontwikkelingsproblemen komt in de hulpverlening terecht. Van deze kinderen worden alleen diegenen met de ingewikkeldste, meest samengestelde problematieken binnen de (dag)klinische kinder- en jeugdpsychiatrie gezien en behandeld. De klinische kinder- en jeugdpsychiatrische doelgroep bestaat uit 'multiproblem' kinderen die ernstig in hun ontwikkeling zijn bedreigd. De klinische kinderpsychiatrische behandeling dient individu-specifiek te zijn, daar bij 'multiproblem' kinderen binnen de verschillende ontwikkelingsdomeinen nauwelijks generalisatie mogelijk is (Verheij, 1993b). 'Op maat gesneden' behandelingsplanning, gebaseerd op het individuele levensverhaal en toegespitst op een individuele sterkte/zwakte analyse van alle ontwikkelingsdomeinen is noodzakelijk (Witznitzer, 2000). Binnen de klinische kinderpsychiatrie moeten keuzen gemaakt worden welke deelaspecten het beste kunnen worden aangepakt om de ontwikkeling te beïnvloeden, omdat het onmogelijk is al de tekorten en problemen aan te pakken. Het gaat om die aspecten die als cruciaal binnen de ontwikkeling van het kind gezien worden te beïnvloeden. De oorzaak van de problemen zal daarbij zelden in beeld zijn. Het betreft in de regel een veelheid aan factoren, die de draagkracht-draaglast balans doen doorslaan. Elke fase in de ontwikkeling brengt eigen risico's met zich mee. Multidisciplinaire diagnostiek is noodzakelijk. Behandeling dient gebaseerd te zijn op deze diagnostiek en een multitheoretisch denkkader. Er is vrijwel altijd sprake van 'mixed disorders', waarbij meerdere ontwikkelingsdomeinen gestoord of verstoord zijn en het kind in meerdere levensdomeinen is vastgelopen. De infant-, kinder- en jeugdpsychiatrie zijn uniek. Zij vraagt om een ontwikkelingsgerichte diagnostiek en behandeling met aandacht voor de context en de afhankelijkheid van het kind van derden. Er zijn specifieke communicatievormen nodig die aansluiten bij het kind. Diverse informatiebronnen moeten worden aangesproken en er dient gebruik te worden gemaakt van meerdere informanten. Een systemische aanpak is in de meeste gevallen noodzakelijk.

De lichamelijke, het bewegen en de motoriek spelen vaak een rol in de problematiek van deze doelgroep. Kinderen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld laten vaak een onveilig bewegingsbeeld zien en hebben veelal moeite met het maken van overgangen van de ene naar de andere situatie. Problemen met de zelfregulatie worden zichtbaar in het bewegingsbeeld: deze kinderen hebben weinig controle over hun impulsen en zijn heel direct in het uiten van emoties of uiten deze juist niet of nauwelijks of op een inadequate manier. Ook problemen bij het ordenen en herkennen van interne en externe prikkels komen regelmatig voor, wat hen erg angstig kan maken. Vaak zijn zij overalert en proberen alles onder controle te houden of zij overschreeuwen zichzelf en doen juist die dingen waar zij eigenlijk bang voor zijn. De separatie-individuatie fase is vaak maar zeer ten dele of op onveilige basis doorlopen, waardoor het kind nog onvoldoende een autonoom persoon is geworden. De toename van de egosterkte heeft door alle vroege problematiek meestal nog niet of nauwelijks plaatsgevonden. Deze kinderen zijn nog erg afhankelijk van de ordening, structuur, beveiliging en voorspelbaarheid van de volwassene. Vaak ondervinden zij problemen in het contact met leeftijdgenoten en kunnen ze zich niet of nauwelijks inleven in de gevoelens van anderen. In veel gevallen is er sprake geweest van een gebrek aan afstemming tussen de eisen en verwachtingen uit de omgeving en het temperament van het kind. Niet altijd is er een vloeiende taakspecifieke koppeling ontstaan tussen beweging en houding, waardoor het communicatieproces is verstoord. Door onveilige hechting spelen deze kinderen vaak minder, voelen zij zich minder aangetrokken tot nieuwe voorwerpen en exploreren zij de nieuwe omgeving minder. Soms heeft het kind onvoldoende gebruik kunnen maken van de tast, waardoor de sensomotorische ontwikkeling en het opbouwen van relaties met de ouders niet goed op gang is gekomen.

Therapie werkt als katalysator binnen het geheel van de behandeling. PMT kenmerkt zich daarbij door de specifieke accommodatie, de appels die ervan uitgaan en de professionalisering van de therapeut. Omdat veel psychiatrische stoornissen al vroeg in de ontwikkeling tot uiting komen in het bewegen, de lichamelijke en de motoriek zou PMT een belangrijke rol kunnen spelen binnen de kinderpsychiatrische diagnostiek. In het

verlengde hiervan kan een therapieplan bijdragen aan de kwaliteit van behandeling en maakt het evaluatie hiervan mogelijk. Systematische psychomotorische diagnostiek en behandeling hoeven kunst noch kunde van het vak in de weg te staan en dragen bij aan een betere professionalisering.

Onderzocht moet worden of het een meerwaarde heeft deze observaties een meer systematisch karakter te geven en voorafgaand aan de behandeling, dat wil zeggen in de diagnostische fase, te laten plaatsvinden. Voordat dat mogelijk is, moet eerst tot een omvattend theoretisch kader voor psychomotorische diagnostiek gekomen worden. Ten behoeve daarvan zal in het volgende hoofdstuk de stand van zaken binnen en enkele conceptuele modellen met betrekking tot PMT worden weergegeven.

Hoofdstuk 5 Psychomotorische therapie

*Moving our bodies is one way
to help move our minds
just as, in turn,
our thoughts and feelings
can alter our use of our bodies
(Hays, 1999)*

5.1 Inleiding

In hoofdstuk twee is ingegaan op de normale kinderlijke ontwikkeling, waarbij tevens per leeftijdsfase mogelijke problemen in de ontwikkeling zijn aangegeven. In hoofdstuk drie is de psychomotorische ontwikkeling als belangrijk onderdeel van de kinderlijke ontwikkeling nader belicht. Vervolgens is in hoofdstuk vier dieper ingegaan op de afwijkende ontwikkeling, waarbij de plaats van psychomotorische therapie (PMT) binnen de (dag)klinische observatie en behandeling is aangegeven. In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de PMT. Dit is noodzakelijk omdat het gedachtegoed van de PMT een belangrijke bijdrage dient te leveren aan het theoretisch kader van dit onderzoek. Psychomotorische diagnostiek, het onderwerp van dit onderzoek, dient immers aan te sluiten bij dit gedachtegoed, zodat het voor PMT-ers begrijpelijk en hanteerbaar zal zijn. Het conceptuele kader van de PMT bestaat echter niet. Een algemeen aanvaard theoretisch kader voor de PMT ontbreekt. In dit hoofdstuk zal hier nader op in worden gegaan. Vervolgens komt PMT bij kinderen en jeugdigen aan bod, waarna mogelijke indicaties voor PMT en PMT-doelen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling worden belicht. Tenslotte zullen conclusies worden getrokken en gevolgen voor het verdere onderzoek worden beschreven.

5.2 Het gebrek aan een eenduidig conceptueel kader voor psychomotorische therapie

Een van de minder sterke kanten van PMT is dat een eenduidig conceptueel kader ontbreekt. Er is sprake van een wirwar van filosofische en theoretische concepten, die ten dele wetenschappelijk onderbouwd zijn, maar als geheel geen conceptuele basis vormen. Onder de vlag van PMT worden veel verschillende werkwijzen gehanteerd, die allemaal op de een of andere wijze gebruik maken van lichaams- en/of bewegingsgeoriënteerde interventies, maar die onderling sterke conceptuele verschillen vertonen (De Lange, 1998, 2001, 2002). Dit hangt onder meer samen met de geschiedenis van het vakgebied. Vanaf de jaren dertig tot aan de jaren zestig ontwikkelde de bewegingstherapie zich vrijwel uitsluitend binnen het kader van de inrichtingspsychiatrie en werd bijna alleen met groepen chronische patiënten gewerkt. Pedagogische principes stonden daarbij centraal. PMT was daarmee nog geen therapie, maar kon aan de behandeling van patiënten bijdragen door hen in contact te brengen met andere mensen en de omgeving ('bewegen als relatie'). Na de Tweede Wereldoorlog werd professionalisering van het beroep nagestreefd door de ontwikkeling van vakspecifieke concepten, die de PMT-er zou onderscheiden van andere disciplines zoals de psycholoog, de fysiotherapeut en de gymnastiekleraar. Zowel kaders vanuit de lichamelijke opvoeding, vanuit de wetenschappelijke benaderingen van het menselijk bewegen als filosofische benaderingen van het menselijk lichaam speelden hierin een rol (De Lange, 1998, 2001, 2002). In de zoektocht naar wat PMT therapeutisch kon maken, is in eerste instantie een gedragstherapeutisch element toegevoegd ('bewegen als gedrag'). Het 'leren', bijvoorbeeld het leren omgaan met de omgeving, stond daarin centraal. In de praktijk werd tot dan toe vooral gebruik gemaakt van werkvormen uit de lichamelijke opvoeding, gymnastiek en sport, die al dan niet aangepast werden aan de doelgroep. In de jaren zeventig van de vorige eeuw was er sprake van een opkomst van lichaamsgerichte en symbolische therapieën, waaronder bijvoorbeeld de bio-energetica, Gestalttherapie, relaxatie- en Pesso-therapie. Diverse inzichten vanuit psychotherapeutische stromingen werden daarin geïntegreerd. Dit bracht een derde conceptueel kader met zich mee, dat prima in het tijds-

beeld paste ('bewegen als lichamelijkheid'). Dit was mogelijk omdat PMT inmiddels een positie innam in de multidisciplinaire behandelingsteams. Omdat de therapie nu naast bewegingsgeoriënteerde methoden ook lichaamsgeoriënteerde methoden omvatte, werd de naam bewegingstherapie vervangen door psychomotorische therapie, waarvan bewegen en lichamelijkheid de kernbegrippen waren.

Vanaf de jaren tachtig zijn er vele pogingen gedaan PMT aan de hand van deze kernbegrippen te definiëren. Daarbij staat niet het methodisch handelen centraal, maar het aangrijpingspunt van de interventies. De begrippen bewegen en lichamelijkheid krijgen daarbij diverse omschrijvingen, welke geen helderheid geven over de werkwijzen binnen het veld van de PMT, maar eerder dienen als afbakening naar andere beroepsgroepen toe. PMT is daarmee geen eenduidige en nauw omschreven vorm van hulpverlening. Probst en Bosscher (2001) geven aan dat PMT over de hele wereld is ingeburgerd, maar dat er grote verschillen zijn in niveau van opleiding, doelgroepen en inhoud. Volgens Fahrenfort (1986, p.VII) betreft PMT *"een verzameling methoden en technieken, die met elkaar gemeen hebben dat de mens in zijn lichamelijke bestaanswijze als ingang van therapeutische interventie wordt gekozen"*. Anders gezegd is binnen PMT het specifieke, individuele bewegen als ook de lichamelijkheid het aangrijpingspunt voor het therapeutisch handelen. PMT gaat uit van een eenheid tussen lichaam en geest en integreert het motorische, cognitieve, emotionele en sociale aspect. Vermeer en Bosscher (1984, p.5) geven als definitie van psychomotorische therapie *"De professionele hantering van het menselijk bewegen en de met het bewegen verbonden lichaamsbeleving met het oog op verbetering of instandhouden van het handelen van mensen die in hun ontwikkeling in de meest brede zin van het woord en/of hun dagelijks bestaan vastgelopen zijn of dreigen vast te lopen"*. Uitgangspunt hierbij is dat uit het bewegen van een persoon kan worden afgeleid hoe deze met zijn omgeving omgaat en hoe hij zichzelf daarbij ervaart. Als de ontwikkeling stagneert of niet goed verloopt en er problemen bestaan in de relatie met de omgeving, zal dit ook tot uiting komen in het bewegingsgedrag, waar dan het aangrijpingspunt voor PMT ligt (Bosscher, 1980; Gordijn e.a., 1975). Daarmee is PMT fundamenteel iets anders dan fysiotherapie, dat zich richt op het behandelen van stoornissen in de anatomisch-fysiologische voorwaarden tot bewegen. PMT kan zich wel richten op het functionele bewegen, maar het accent ligt met name op emotioneel-sociale problemen die in het bewegen zichtbaar worden. Volgens Luyeringk en Oosterhuis (1998) is het voornaamste verschil tussen fysiotherapie en PMT dat de fysiotherapeut gericht met het lichaam bezig is, terwijl de PMT-er de patiënt in relatie tot zijn omgeving observeert en behandelt. In het beroepsprofiel psychomotorisch therapeut (NVPMT, 1995) wordt gesteld dat PMT het behandelen van mensen met psychische problemen is, door middel van interventies gericht op de lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituaties. *"Het doel van psychomotorische therapie (PMT) is gedragsverandering tot stand te brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen"* (p.9). PMT wordt derhalve gezien als een vorm van behandeling voor psychosociale problematiek in de ruimste betekenis van het woord. Van andere therapeutische disciplines onderscheidt PMT zich door het gebruik van specifieke bewegingsactiviteiten (interventies), namelijk het construeren en manipuleren van bewegingssituaties en bewegingsarrangementen met een therapeutisch doel. Zodoende krijgen patiënten de mogelijkheid tot het opdoen van leerervaringen en correctieve emotionele belevingen. Vaak spelen fysieke fitheid, motorische vaardigheden, motorische competentie en lichaamssignalen een rol binnen de PMT, van waaruit al dan niet rechtstreekse effecten op het psychisch welbevinden worden verwacht (Bosscher, 1991, 1996; Knapen e.a., 1996, Reitsma, 1996). Er zal echter altijd moeten worden ingespeeld op de individuele patiënt en diens subjectieve belevingsaspecten (Van de Vliet, Knapen, Van Coppennolle, Joos & Pieters, 1996).

Volgens Probst en Bosscher (2001) zijn er tegenwoordig vier grote stromingen te onderscheiden binnen de PMT; het biofysische model, het intrapsychische model, het gedragsgeoriënteerde model en het fenomenologische model. Het biofysische model gaat ervan uit dat het verbeteren van de algemene somatische toestand van de patiënt de psychopathologie ook gunstig zal beïnvloeden. Het intrapsychische model is gericht op onbewuste processen, ik-versterking of verdedigingsmechanismen. Het gedragsgeoriënteerde model richt zich voornamelijk op het waarneembare bewegingsgedrag. In het fenomenologische model ten slotte staat de relatie mens-wereld centraal. Heden ten dage is geen van de genoemde kaders meer bepa-

lend voor de PMT. De verschillende kaders zijn ook niet goed in één omvattend conceptueel kader onder te brengen. PMT-ers in deze tijd doen dan ook veelal pragmatisch datgene wat hen goed lijkt. Het doet geen recht aan de genoemde conceptuele kaders om één kader als uitgangspunt te nemen voor dit onderzoek. Bovendien hanteert de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, zoals beschreven in hoofdstuk vier, een multitheoretisch kader. Een keuze welke van de genoemde conceptuele PMT-kaders binnen deze setting gehanteerd moet worden, is daarmee niet wenselijk: alle kaders moeten immers beschikbaar zijn. Als de genoemde PMT-kaders vergeleken worden met de theorieën die gebruikt worden binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, kan het fenomenologische model ('bewegen als relatie') bijvoorbeeld geplaatst worden in het systemisch denken, het gedragsgeoriënteerde model ('bewegen als gedrag') in het gedragstherapeutisch denken, het intrapsychische model ('bewegen als lichamelijkheid') in het psychodynamisch denken en het biofysische model binnen het traditionele medische model, welke expliciet analogieën trekt tussen psychische stoornissen en fysieke ziekten. Al deze theorieën dienen ter beschikking te staan voor een goede diagnostiek en behandeling.

Een oplossing om tot een overkoepelende ordening te komen kan zijn de genoemde kaders los te laten en PMT te ordenen aan de hand van de werkwijze van de PMT-er. De hierboven genoemde omschrijvingen hebben gemeen dat ze het veld van PMT naar buiten toe afbakenen. Ze zeggen echter nog niets over de methodische werkwijzen binnen PMT zelf. Zoals beschreven werd PMT tot de jaren zestig vooral gezien als pedagogische activiteit. Pas vanaf de jaren zeventig zien publicaties het licht waarin PMT-ers vanuit psychotherapeutische modellen het therapeutisch handelen binnen PMT beschrijven. Volgens De Lange (1998, 2001a,b,c) blijft het bij aanzetten. Pas vanaf eind jaren tachtig wordt de werkwijze van PMT meer systematisch uitgewerkt. Zo maakt Fahrenfort (1984, 1986) een onderscheid tussen bewegingsgeoriënteerd en lichaamsgeoriënteerd werken. Volgens Fahrenfort (1984) richt bewegingsgeoriënteerde therapie zich voornamelijk op de buitenwereld, met inbegrip van het intermenselijke hier en nu. Activiteiten die hij tot deze categorie rekent zijn bijvoorbeeld een teamsport in de zaal, een sportief duel, een motorische vaardigheid en dansen of ritmisch bewegen. Lichaamsgeoriënteerde therapie richt zich op het innerlijk, speciaal de lichaamsbeleving en emoties, soms met het accent op het verleden. Tot deze categorie behoren allerlei oefeningen die betrekking hebben op ademhaling, spierontspanning, aanraking, nonverbaal contact en massage. Fahrenfort (1986) duidt dit verschil ook wel aan met 'meer belevings- en ervaringsgericht' (lichaamsgeoriënteerd) versus 'meer actiegericht' (bewegingsgeoriënteerd). Volgens Blom (1994a) staat binnen de bewegingsgeoriënteerde therapie het betrekkingaspect centraal, terwijl binnen de lichaamsgeoriënteerde therapie het inhoudsaspect op de voorgrond staat. Binnen de bewegingsgeoriënteerde methode wordt het bewegen gezien als manier van omgaan met anderen, naast bijvoorbeeld spreken en waarnemen. Uitgangspunt is dat mensen in de manier waarop zij bewegen uiting geven aan stemming, gevoelens, gedachten, enzovoorts. Van der Klis (1994) wijst er echter op dat het accent op inhoud of betrekking niet zozeer afhangt van de activiteit, als wel van hoe de therapeut ermee omgaat. Volgens Blom (1994b) appelleert het ene soort activiteiten echter meer aan bepaalde communicatieve aspecten dan het andere. Emck (2001) geeft aan dat de meeste PMT-ers gebruik maken van zowel bewegingsgeoriënteerde, lichaamsgeoriënteerde als symbolische methodieken, zelfs binnen één therapiesessie. Het beroepsprofiel (NVPMT, 1995) benadrukt dat de aangeboden bewegingsarrangementen geen vanzelfsprekende intrinsieke betekenis hebben. *"Het therapeutisch proces komt niet op gang door het doen van activiteiten op zichzelf, maar door de wijze van aanbieden door de psychomotorisch therapeut, de betekenis die de patiënt geeft aan de aangeboden activiteiten en de interventies door de psychomotorisch therapeut."* (p. 35).

Een onderscheid dat beter past bij dit denken vanuit de therapeut en de patiënt dan het onderscheid gericht op grond van de werkwijzen zoals Fahrenfort die maakt, is het onderscheid dat Petzold (1981, 1987, 1990) maakt tussen functiegericht, ervaringsgericht en conflictgericht werken. Dit onderscheid is niet zozeer gericht op de werkwijzen, maar meer op wat de therapeut beoogt te bewerkstelligen bij de patiënten. Daarmee past dit uitgangspunt meer bij een therapeutische context. Onder functiegericht handelen wordt het voorwaardenscheppend bewegen verstaan. De stimulering van de bewegingsontwikkeling en de uit-

breiding van vaardigheden staan voorop. Dit handelen is binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie meestal niet het hoofddoel en vindt alleen plaats als het in het belang is van de totale behandeling en het de ontwikkeling bevordert. Volgens Petzold (1990) heeft de 'Übungszentriert-funktionale Modalität' als doel de functioneel 'juiste' ademhaling, beweging en houding te bevorderen. Ervaringsgericht handelen is erop gericht dat tussen het kind en de therapie als totaal (ruimte, materialen en therapeut) een 'bewegende communicatie' plaatsvindt (Van der Meijden-Van der Kolk & Verheij, 1984). Het zelfgevoel van het kind kan zo worden versterkt en het kind kan een positieve relatie gaan ervaren met het eigen lichaam en de omgeving, waaronder ook de therapeut. Het kan zichzelf gaan ervaren als iemand die het waard is er te zijn en die in staat is positieve ervaringen in de omgeving te bewerkstelligen. Dit handelen is basaal en vormt de basis voor een vertrouwensrelatie. Volgens Petzold (1990) is de 'Erlebniszentriert-agogische Modalität' erop gericht te komen van 'ik heb een lichaam', tot 'ik ben mijn lichaam'. Conflictgericht handelen tenslotte beoogt het bewegen te gebruiken als expressiemiddel voor gevoelens, gedachten en ervaringen met betrekking tot de actuele (problematische thuis-) situatie en/of met betrekking tot vroegere (traumatische) ervaringen. Daarbij kan het kind in de kwaliteit van het bewegen, in het lichamelijk contact, in de nabijheid en in de kracht van de bewegingen aangeven wat het beleeft (De Boer & Verheij, 1989). Petzold (1990) geeft aan dat de 'Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität' zich bezig houdt met spierspanningen en specifieke lichaamshoudingen die uitdrukking geven aan en het gevolg zijn van traumatische ervaringen.

Binnen het beroepsprofiel (NVPMT, 1995) wordt onderscheid gemaakt tussen een strategie waarin 'oefenen' centraal staat, een strategie met als sleutelwoord 'structureren' en een strategie met als kern 'ontdekken'. Bij de oefenende strategie worden door de PMT-er duidelijke structuren aangereikt, waarbinnen de patiënt oefenend geconfronteerd wordt met lichaamservarings- en bewegingssituaties. Het vergroten van waarnemings-, bewegingsvermogen en gedragsrepertoire staat centraal. Doel is het contact krijgen en in contact blijven met de omgeving en het eigen lichaam. Binnen de structurerende behandelstrategie leert de patiënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Denken, voelen en handelen zijn daarbij verweven. Gaandeweg leert de patiënt zelf structureren, zodat hij niet afhankelijk blijft van de structuur van de PMT-er. De ontdekkende strategie is gericht op onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten die verwijzen naar traumata. Naast het ontdekken, uiten en benoemen van deze conflicten, neemt het integreren van de ervaringen in het bestaan van de patiënt een belangrijke plaats in. De overgangen tussen de strategieën zijn min of meer glijdend. Binnen elke strategie doet de patiënt lichaamservaringen op en neemt hij deel aan bewegingssituaties die passen bij zijn problematiek. Niet iedere strategie is echter geschikt voor elke patiënt. Zo maakt bijvoorbeeld een beperkte ego-sterkte de patiënt minder geschikt voor de ontdekkende strategie. De strategieën kunnen zowel op individueel als op groeps-, of systeemniveau worden gehanteerd. Het onderscheid dat Fahrenfort maakt tussen bewegingsgericht en lichaamsgericht werken kan volgens de NVPMT binnen elk van deze drie modaliteiten aangebracht worden. De keuze welke methodiek gebruikt wordt valt dan binnen het grotere onderscheid van wat de therapeut beoogt te bereiken bij de patiënt. De omschrijvingen in het beroepsprofiel van de NVPMT zijn niet onomstreden (Emck, 1996, 1997b, Van der Meijden-Van der Kolk, 1997). Volgens Emck (1996) is het handzaam de genoemde strategieën te verbinden met drie psychologische referentiekaders, namelijk het leertheoretisch kader (oefengericht), het cliënt-centered kader (ervaringsgericht) en het psychodynamisch kader (conflictgericht), waarmee de indeling op de lijn zit van Petzold: oefengericht-functioneel, ervaringsgericht-stimulerend en conflictgericht-ontdekkend. Volgens Van der Meijden-Van der Kolk (1997, p.22) is 'oefenen' geen aparte strategie, maar past binnen de strategieën structureren en ontdekken. *"Het zijn voorwaardenscheppende interventies om te komen tot een psychomotorisch therapeutisch proces"*. Momenteel wordt gewerkt aan een herziening van het beroepsprofiel.

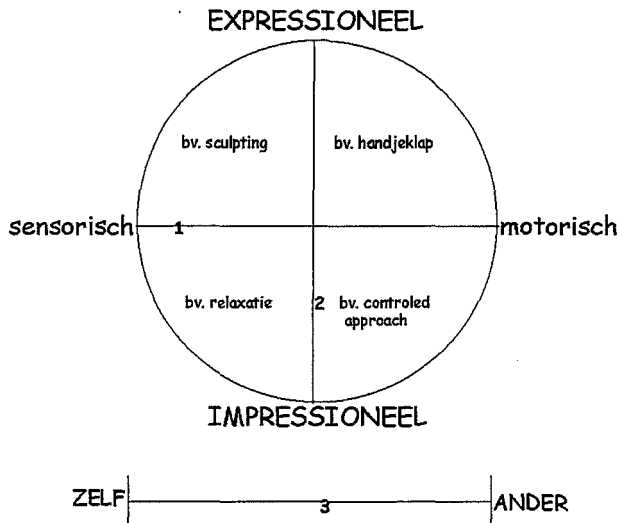
Eenzelfde uitgangspunt, een ordening aan de hand van wat de therapeut beoogt te bewerkstelligen bij de patiënt, wordt gehanteerd in de recente ontwikkeling van producten (een verzameling van methodieken, welke bij een bepaalde problematiek tot resultaat moeten leiden; zie ook hoofdstuk één) ten behoeve van PMT (Van Hattum, Van Houten & Hutschemaekers, 2000). Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen

vijf zogenaamde 'prototypische werkvormen': steunend (gericht op het creëren van ontspanning en veiligheid en het handhaven van het evenwicht), pragmatisch-structurend (herstel van evenwicht en beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis), directief-klachtgericht (gericht op klachtenreductie, kortdurend), focaal-inzichtgevend (doel is inzicht en verwerking van een specifiek probleem) en inzichtgevend-plus (uiteindelijk doel is geleidelijke persoonlijkheidsformatie). Deze indeling is gebaseerd op het werken met volwassenen en komt niet geheel overeen met de ordening van Petzold. Toch lijken de prototypen steunend en pragmatisch-structurend in grote lijnen overeenkomsten te vertonen met functiegericht werken, directief-klachtgericht met ervaringsgericht werken en focaal-inzichtgevend en inzichtgevend-plus met conflictgericht werken.

Binnen de PMT, onder andere binnen de voortgezette opleiding voor PMT-ers, wordt nog altijd gezocht naar een eenduidig overkoepelend theoretisch kader. Volgens Emck (2001, p.2) is de aard van PMT duidelijk: *"... een experiëntiële therapievorm, waarbij de therapeut de situatie zo arrangeert dat de cliënt specifieke ervaringen kan opdoen"*. Volgens haar passen binnen deze ervaringsgerichte therapie ook de conflictgerichte en oefengerichte benaderingen, zoals deze hierboven werden genoemd. *"De essentie is echter de ervaring: er wordt ter plekke iets gedaan en dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gedrag, gedachten en gevoelens"*. De betekenisverlening aan deze ervaring is daarbij essentieel voor het therapeutisch karakter. Om de beoogde richting van verandering in gedrag en beleving te kunnen duiden zijn volgens Emck nieuwe ordeningsprincipes nodig. Zij onderscheidt daarin drie dimensies, te weten actie (inactiviteit versus activiteit), expressie (impressionaliteit versus expressionaliteit) en interactie (individualiteit versus interactionaliteit). De dimensie 'actie' heeft betrekking op de mate van lichamelijke activiteit en verwijst naar de fysieke kant van bewegen en lichamelijkeheid, de dimensie 'expressie' refereert aan het beïnvloeden van de aandachtsfocus en verwijst naar psychologische aspecten als waarnemen, voelen en associëren en de dimensie 'interactie' betreft de mate van interactie met andere mensen en beschouwt bewegingsgedrag vanuit een sociale invalshoek. Elke methodiek of interventie is volgens haar in dit licht te beschouwen. Hekking (2002) gebruikt om dit zelfde onderscheid aan te geven drie assen: de as 'sensorisch-motorisch' verwijst naar fysieke modaliteit (lichamelijkheid en bewegen), de as 'expressioneel-impressioneel' verwijst naar de psychologische modaliteit (emotie en cognitie) en de as 'zelf-ander' verwijst naar de sociale modaliteit (betrokkenheid op zelf en ander).

Het ordeningsprincipe van Emck en Hekking (2002) is gebaseerd op twee uitgangspunten, namelijk 'bewegen en lichamelijkeheid als relationeel gegeven' en de eerder genoemde 'experiëntiële benadering van therapie'. Daarbij geven zij aan dat deze uitgangspunten geen keurslijf mogen worden en waar zinvol kunnen worden aangevuld met biomechanische en/of inspanningsfysiologische referentiekaders en dat er eveneens vanuit psychodynamisch of gedragstherapeutisch kader interventies gedaan kunnen worden. Binnen dit ordeningsprincipe gaat het om de mate van betrokkenheid en de wijze van betrokkenheid van de patiënt op zichzelf en zijn omgeving. Emck (2002) benadrukt dat experiëntieel in deze zin niet staat tegenover gedragstherapeutisch of psychoanalytisch, maar dat de directe ervaring als uitgangspunt genomen wordt. Daarbinnen kan men accenten leggen op de beleving, het gedrag of innerlijke conflicten (ervaringsgerichte, oefengerichte en conflictgerichte strategieën).

Op basis van het bovenstaande moet worden geconcludeerd dat vooralsnog het onderscheid dat Petzold aanbrengt het meest omvattend is en daarmee als leidraad wordt genomen voor het vervolg van dit onderzoek. Aan het onderscheid dat Petzold maakt, kunnen de eerder genoemde theoretische concepten worden gekoppeld, zowel die uit de geschiedenis van PMT als die uit het multitheoretisch kader van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Zo heeft functiegericht werken het leren van bepaalde vaardigheden als doel en is daarmee gekoppeld aan 'bewegen als gedrag' en het gedragstherapeutisch gedachtegoed. Bij ervaringsgericht werken staat de relatie meer centraal. Ervaringsgericht werken is daarmee gekoppeld aan 'bewegen als relatie' en het systemisch denken. Binnen het conflictgericht werken gaat het om onderliggende, in het lichaam opgeslagen, gevoelens, gedachten en ervaringen. Daarmee is het conflictgericht werken gekoppeld aan 'bewegen als lichamelijkeheid' en het psychoanalytisch denken.



Figuur 4. Ordening van methodieken op basis van drie assen (Emck & Hekking, 2002)

Het vierde, door Probst en Bosscher genoemde, biofysisch kader kan waarschijnlijk het best begrepen worden onder het functiegericht werken, aangezien het ervan uitgaat dat een verbeteren van de algemene somatische toestand de psychopathologie gunstig zal beïnvloeden en binnen het functiegericht werken een 'juiste' ademhaling, beweging en houding centraal staan. Het onderscheid dat Fahrenfort maakt tussen bewegingsgericht en lichaamsgericht werken kan als mogelijke methode binnen elk van de drie door Petzold genoemde modaliteiten worden toegepast. In de praktijk zal echter binnen de functiegerichte modaliteit met name (doch zeker niet uitsluitend) bewegingsgericht gewerkt worden. Binnen de ervaringsgerichte modaliteit zal vaak sprake zijn van een combinatie van bewegingsgericht en lichaamsgericht werken en binnen de conflictgerichte modaliteit zal het accent over het algemeen liggen op lichaamsgerichte werkvormen, hoewel bewegingsgeoriënteerde vormen zeker mogelijk en zinvol kunnen zijn. Emck (2002) acht overigens het onderscheid tussen lichaamsgerichte en bewegingsgerichte methodieken onhoudbaar, aangezien bewegen lichamelijke impliceert en ook bij werkvormen uit het bewegingsonderwijs individuele, impressionele en sensorische accenten kunnen worden aangebracht. Het onderscheid dat Emck en Hekking (2002) maken tussen de dimensies actie, expressiviteit en interactie, kan eveneens als accent binnen elk van de drie modaliteiten worden aangebracht. In het algemeen lijkt het accent binnen de functiegerichte modaliteit vaak te liggen op de dimensie 'actie', binnen de ervaringsgerichte modaliteit op de dimensie 'interactie' en binnen de conflictgerichte modaliteit op de dimensie 'expressiviteit'.

5.3 Psychomotorische therapie bij kinderen en jeugdigen

Zoals in hoofdstuk drie is benadrukt, ontwikkelen kinderen zich voornamelijk spelend en bewegend. Gordijn en collega's (1975) stellen dat het kind de wereld leert kennen door zich erin te bewegen. Daarbij gaat de ontwikkeling van het bewegen vooraf aan en is deze voorwaarde voor de ontwikkeling van het spelen (Steggink, 1988, 1997). PMT is dan ook ongelijk aan speltherapie. Er kan wel binnen PMT gebruik worden gemaakt van spelvormen, maar het voornaamste middel blijft het bewegen en de daarmee gepaard gaande lichaamsbeleving. Volgens Bloem (1981, p. 8) moeten kinderen worden gestimuleerd tot *"het bewegend ontmoeten van de wereld der objecten en de mede-subjecten om hem heen"* ...om het zo te brengen tot *"die bezielde vanzelfsprekendheid in het bewegen, die een garantie is voor het zich veilig voelen in een omgeving, die steeds*

weer nieuwe opdrachten voor het kind inhoudt". Passend bij de fase van ontwikkeling pakt het kind die uitnodigingen van zijn omgeving op waaraan het zich kan ontwikkelen. Door aan te sluiten bij het kind dat zich bewegend en spelend ontwikkelt, kan de therapeut juist dat bewegen en spelen gebruiken als aangrijpingspunt en omgangsvorm van therapie (Van der Meijden-Van der Kolk, 1988). Het kind kan zich geaccepteerd en veilig gaan voelen, waardoor een therapeutisch proces mogelijk wordt waarin het kind zich kan uiten en begrepen kan worden. Hierbij is allereerst acceptatie en bevestiging van groot belang. De therapeut moet openstaan voor het kind met zijn probleemgedrag. Consequent zijn met betrekking tot regels en afspraken is belangrijk om een gevoel van vertrouwen en veiligheid mogelijk te maken. Alleen dan zal het kind steeds meer van zijn gevoelens durven laten zien. Dit zal bij jonge kinderen vooral nonverbaal en op onbewust niveau in het bewegen en spelen gebeuren. De therapeut moet proberen het kind in zijn beleavingswereld te begrijpen vanuit zijn bewegingsgedrag en van daaruit doelen opstellen voor PMT. Door de omgeving te structureren en te manipuleren kunnen bewegingssituaties gecreëerd worden waarin het kind ervaringen zal opdoen en waaraan het zich kan ontwikkelen. Dit komt overeen met het ervaringsgericht werken uit de vorige paragraaf. Tevens kan het kind zo de mogelijkheid worden geboden zich te uiten, waarmee het mogelijk is problemen te verwerken (Van der Meijden-Van der Kolk, 1988; De Boer & Verheij, 1989), wat aansluit bij het conflictgericht werken. In zijn manier van bewegen laat het kind zien hoe het in relatie staat tot zichzelf en tot de omgeving. De geblokkeerde of vertraagde ontwikkeling van kinderen met vroege ontwikkelingsproblematiek is van grote invloed op de wijze waarop zij zich verhouden tot hun omgeving, dus ook op hun bewegend omgaan met de omgeving. Het bewegen wordt binnen PMT gezien als expressiemogelijkheid van gevoelens, gedachten en ervaringen. Kinderen kunnen in hun bewegen uiten wat met woorden vaak (nog) niet lukt. Het verwoorden van gevoelens en gedachten is voor veel kinderen te moeilijk of te bedreigend, wat verbale psychotherapie als behandelingsvorm minder geschikt maakt. Het bewegen is in dat geval een beter aangrijpingspunt om te werken aan de problematiek van het kind (Van der Meijden-Van der Kolk, 1988; Verheij, 1993a). Met het bewegen drukt het kind zijn bedoelingen uit. Emotionele problemen, problemen in de omgang met anderen, traumatische ervaringen en andere problemen kunnen in het bewegingsgedrag van het kind tot uitdrukking komen.

Naast de veelheid aan problemen die in het bewegingsgedrag tot uitdrukking kunnen komen, kan het bewegen zelf ook een probleem vormen voor het kind. Als de motoriek achterblijft bij die van leeftijdgenoten heeft dat grote gevolgen. Op straat, op school en bij de reguliere sportvereniging kunnen deze kinderen geen aansluiting vinden, waardoor het spelplezier verloren kan gaan. Hierdoor bestaat de kans dat de kinderen in een vicieuze cirkel terecht komen: de achterblijvende motoriek zorgt ervoor dat zij minder gaan bewegen, waardoor de motorische achterstand nog groter wordt. Door veel individuele aandacht en extra bewegingslessen (bijvoorbeeld via Motorische Remedial Teaching en bewegingsactiviteiten buiten school via 'Club Extra') kan een groot deel van deze kinderen (70 procent) binnen twee jaar alsnog aansluiting vinden bij sportverenigingen (Kluiters, 1999). In dit geval is er sprake van functioneel-oefengericht werken. Aansluiten bij de individuele mogelijkheden en niet bij de prestaties is daarbij voorwaarde. Zo moeten zelfvertrouwen en plezier in het bewegen terug gaan komen. Volgens Kluiters (1999) is het toenemende aantal kinderen met een motorische achterstand toe te schrijven aan de maatschappelijke ontwikkeling dat weinig kinderen nog buiten spelen. Volgens Evers (2001) ontwikkelen kinderen die weinig buiten spelen hun motorische vaardigheden minder goed, waardoor zij vaak ernstiger letsels oplopen bij ongelukjes. Al jaren geleden constateerde Kugel (1979b) dat de Westerse samenleving kinderen steeds minder uitdaging tot bewegen biedt en dat de ontwikkeling daardoor verstoord kan raken. Kegel, Van Veldhoven en Vermeer (2000) beschrijven een extra bewegingsprogramma voor kinderen met motorische achterstand. Hieruit blijkt dat ouders van mening zijn dat hun kind er motorisch beter van wordt en een toenemend aantal kinderen zich aansluit bij een sportclub. De bewegingsachterstand die er nog is, lijkt voor de meeste kinderen geen probleem meer. De kinderen hebben meer plezier in het bewegen en het zelfvertrouwen is volgens de ouders toegenomen. Tevens kunnen de kinderen beter met stress omgaan. Volgens deze ou-

ders wordt in de praktijk de plaats van het kind vaak bepaald door wat het kan op het schoolplein of in de gymzaal.

Zoals beschreven kan het bewegen zowel doel als middel zijn binnen PMT bij kinderen. Dit heeft verschillende werkwijzen als gevolg. In het eerste geval zal een functiegerichte benadering gehanteerd worden, in het tweede geval een ervaringsgerichte of conflictgerichte benadering. In het algemeen kan gesteld worden dat PMT zich zelden alléén op de achterblijvende of afwijkende motoriek richt. De daarmee samengaande problemen als gebrek aan zelfvertrouwen, weinig bewegingsplezier en het moeilijk aansluiting kunnen vinden bij leeftijdgenoten zijn in dat geval binnen PMT vaak eveneens aangrijpingspunt voor behandeling. Meestal wordt PMT begonnen met ervaringsgericht handelen, waarbij het opdoen van nieuwe en positieve ervaringen in de bewegingssituaties voorop staat (Van der Meijden-Van der Kolk & Verheij, 1984; Petzold & Metzmacher, 1987). Het kind zal gevoelens van trots en blijdschap gaan ervaren en zal meer gaan herhalen en experimenteren om zijn mogelijkheden uit te breiden. Het is belangrijk dat binnen PMT gevoelens van (opnieuw) falen vermeden worden (Van der Meijden-Van der Kolk, 1988). Als de situatie voldoende veilig en vertrouwd is voor het kind, kan op deze fase een fase van conflictgericht handelen volgen, waarbij aan intrapsychische problemen gewerkt kan worden. Het kind moet dan wel over enig zelfinzicht beschikken (Van der Meijden-Van der Kolk & Verheij, 1984; Petzold & Metzmacher, 1987).

In de adolescentie treedt volgens Emck en Smit (2000) een breuk op in de continuïteit van de kenmerken van het lichaam, de houding en het bewegen. Aan het lijf zijn de gevolgen van de interactie tussen aanleg en levensgeschiedenis af te lezen. In het bewegen komt de al dan niet geslaagde afstemming op de omgeving naar voren. Dit kan per moment en context verschillend zijn. Hoewel de meeste adolescenten zelf een manier vinden om met hun veranderende lichaam, beleefde lichamelijke en bewegen om te gaan, is dat voor diegenen met een psychiatrische stoornis vaak een probleem. Veel psychiatrische stoornissen gaan, zoals in de vorige hoofdstukken al naar voren kwam, samen met stoornissen in de psychomotoriek. Daarnaast hebben deze adolescenten vaak minder goed ontwikkelde copingstrategieën om de bij de ontwikkelingsfase horende problemen op het gebied van lichamelijke en bewegen het hoofd te bieden. Specifieke hulp in de vorm van PMT kan dan geïndiceerd zijn. Daarbij is het belangrijk te onderkennen dat lijf en leden niet alleen tot last zijn, maar dat voor veel adolescenten het lichaam en de bewegingsmogelijkheden ook juist een houvast zijn waarop zij kunnen terugvallen in moeilijke tijden (Emck & Smit, 2000). Binnen PMT worden samen met de adolescent werkpunten geformuleerd, waarna specifieke bewegingssituaties worden aangeboden om met deze werkpunten te oefenen en nieuwe ervaringen op te doen. De processen bij verschillende problematieken en verschillende individuen kunnen sterk verschillen, maar hebben met elkaar gemeen dat positieve bewegingservaringen worden benut bij het opdoen van nieuwe ervaringen en het oefenen van ander gedrag. Evenals bij kinderen is bij adolescenten het bewegen op zich, de motoriek, meestal niet het hoofdprobleem, maar vaker een bijkomende last. De behandeling zal zich dan ook niet op de motoriek per se richten, maar op de daarmee gepaard gaande problemen. Daarbij past de therapeut de situatie zo aan dat er specifieke gedragingen en belevingen opgeroepen worden. Deze zogenaamde contextmanipulaties zijn de basis voor PMT. Het is echter van even groot belang woorden te (laten) geven aan het gedrag en de belevingen (Emck & Smit, 2000). Deze reflectie op eigen gedrag is noodzakelijk om de ervaringen in PMT te kunnen benutten in het dagelijks leven.

Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt aldus aansluiting gezocht bij de positieve bewegingservaringen die het kind heeft opgedaan. Er wordt gezocht naar activiteiten waar het kind affiniteit mee heeft. In de therapie zal vaak sprake zijn van een mengvorm van bewegingsgeoriënteerde, lichaamsgeoriënteerde en symbolische technieken, waarbij over het algemeen in de kinderbehandeling de bewegingsgeoriënteerde methoden meer op de voorgrond zullen staan, daar deze meer aansluiten bij de belevingswereld van het kind. Binnen een therapeutische context worden activiteiten aangeboden die aansluiten bij lichamelijke opvoeding, gymnastiek, dans en recreatiesport (Emck & Smit, 2000). Ook bij adolescenten wordt voor bewegingsarrangementen gekozen die zoveel mogelijk aansluiten bij hun belevingswereld. *"Kortom, de psychomotorische therapie bij jeugdigen is zo gewoon als mogelijk en zo bijzonder als noodzakelijk"* (Emck

& Smit, 2000). De therapeut die met kinderen werkt moet de kunst verstaan aan te sluiten bij hun beleavingswereld en tegelijkertijd zelf in de volwassen positie blijven. PMT kan daarbij veel verschillende vormen aannemen en variëren van een eenvoudig balspel tot het gebruik maken van een indoor klimwand (Dijk, 1999) en inline skates (Emck, Van der Hoogen & Smit, 1997). Daarbij moet de activiteit altijd de mogelijkheid bieden therapeutische interventies te plegen of in adolescententaal: 'De activiteit kan een manier zijn om aan je problemen te werken'. Individuele werkpunten en, in geval van groepstherapie, thema's uit de groep moeten derhalve binnen de activiteit aan bod kunnen komen. De therapeut zorgt er voor dat binnen de activiteit de problematiek van het kind naar voren komt.

PMT met kinderen kan plaatsvinden in verschillende settings. Binnen dit onderzoek wordt PMT binnen de GGZ beschreven. PMT kan ook plaatsvinden binnen de revalidatie, kinderscherming, jeugdhulpverlening of een algemeen ziekenhuis (Mendelsohn, 1999). PMT kan individueel plaatsvinden, of in groepen met partners (relatietherapie), met ouder en kind of binnen gezinnen. Blom (1994a) gaat er bijvoorbeeld van uit dat problemen binnen gezinnen zichtbaar worden in de nonverbale interactie, in het bewegingsgedrag. Bij voornamelijk verbale therapie is volgens hem de kans groot dat de gezinsleden zich tijdens de therapie anders gedragen dan zij thuis doen. Om het gebruikelijke patroon zichtbaar te krijgen, moet het gezin tot handelen worden gebracht. Patronen worden dan in het hier en nu geactualiseerd. Het nonverbale karakter maakt volgens hem dat mensen vaak spontaan reageren, minder op hun hoede zijn en verdedigingsmechanismen minder een rol spelen. Van der Klis (1994) stelt echter dat ook in bewegingsactiviteiten uitdrukkingen van gêne, geslotenheid, wantrouwen en ongemakkelijkheid aanwezig zijn en dat het niet altijd eenvoudig is deze te doorbreken. Volgens Blom (1994b) komt dit echter beduidend minder vaak voor. Omdat er geen eisen worden gesteld aan introspectieve vermogens, is de drempel voor therapie wat dit betreft laag. Praten achteraf over de activiteit wordt wel belangrijk gevonden, omdat het duidelijk kan maken wat er speelt. Daarmee kan de visie op de problematiek veranderen. In de kennismakingsfase is invoegen en 'de taal van het gezin' leren begrijpen erg belangrijk (Draaijer, 1998). Door steun en zorg en het steeds weer op zoek gaan naar positieve manieren van omgang gaat het gezin zich veilig voelen binnen PMT. Door bij de problematiek passende activiteiten te kiezen, wordt herkenning van de problemen beoogd en wordt het gezin uitgedaagd op zoek te gaan naar alternatieve oplossingen. PMT met gezinnen is nog geen algemeen goed binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hoewel het veel relevante informatie kan geven en duidelijke handvatten voor behandeling kan bieden, bestaat PMT binnen de meeste klinieken uit individuele en/of groepstherapie.

5.4 Indicaties en doelen binnen de PMT met kinderen en jeugdigen

Binnen de PMT-literatuur worden vele soorten indicaties onderscheiden, zoals bijvoorbeeld *"het ontbreken van en/of niet onderkennen van gevoelens, het niet adequaat kunnen uiten van gevoelens, angstig gedrag, het ontbreken van een positief zelfbeeld, geen of te weinig zelfvertrouwen, slechte contactname, het ontbreken van of te weinig basisvertrouwen, het ontbreken van of te weinig vertrouwen in volwassenen, gebrekkige lichaamsbeleving, het ontbreken van lichaamsacceptatie, negatieve beleving van zichzelf, isolement van het kind, niet met andere kinderen kunnen samenspelen, gespannenheid, niet kunnen genieten van spel en bewegen op kinderlijk niveau, onvermogen zich verder te ontwikkelen door verkramping en/of angst, geen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor eigen handelen en een slecht ontwikkelde sensomotoriek"* (Steggink, 1988, p. 29). In deze indicaties wordt over het algemeen weinig ordening aangebracht, wat leidt tot ondoorzichtige opsommingen. Van der Meijden-Van der Kolk en Verheij (1984) brengen wel een ordening aan en onderscheiden twee soorten indicaties. Ten eerste de *positieve indicatie*, waarbij het bewegen zich ondanks de problematiek van het kind positief heeft kunnen ontwikkelen. De stoornissen zijn dan vooral op andere gebieden te zien, bijvoorbeeld op het emotionele of het sociale vlak. Het bewegen is een sterke kant van het kind en kan worden aangegrepen voor therapeutisch handelen. De Boer en Verheij (1989) schrijven dat het kind zich door middel van het bewegen direct en handelingsgericht en vaak impulsief, ondoordacht en onbewust kan uiten. Als het kind zich veiliger gaat voelen, kan het zich in zijn belevingen en zijn totale

functioneren meer bewust worden. Bij een positieve indicatie zal er vooral ervarings- en/of conflictgericht gewerkt worden. Ten tweede de *negatieve indicatie*, waarbij het bewegen nadelen heeft ondervonden van de problematiek van het kind. De bewegingsontwikkeling is vastgelopen of vertraagd. Dit kan van invloed zijn op de kennis van het lichaamsschema en de lichaamsbeleving van het kind. Binnen PMT kan het kind in een veilige en vertrouwde omgeving opnieuw bewegingservaringen opdoen. Bij een negatieve indicatie zal er vooral functie- en/of ervaringsgericht gewerkt worden.

Emck (2001, 2002) kiest voor een geheel andere benadering van indicaties. Globaal gesproken acht zij PMT geïndiceerd als de problematiek zich uit in het bewegingsgedrag en de bewegings- en lichaamservaring of als de problematiek bij uitstek te vertalen is naar bewegingsgedrag, bijvoorbeeld innerlijke conflicten die door middel van bewegen en lichaamservaring op symbolische wijze tot uiting kunnen worden gebracht. Voor wat betreft de problematiek die zich uit in het bewegingsgedrag en de bewegings- en lichaamservaring zijn er volgens haar vier hoofdgroepen te onderscheiden, welke op zijn te vatten als kernproblematieken. Hiervoor geldt dat de psychopathologie zich uit in specifieke regulatieproblemen die op het niveau van bewegen en lichamelijke sterk naar voren komen. Zij onderscheidt daarbij problemen in de regulatie van *stemming* (bijvoorbeeld een stemmingsstoornis bij kinderen of een bipolaire stoornis bij een adolescent), problemen in de regulatie van *angst en spanning* (bijvoorbeeld een posttraumatische stress stoornis, separatieangst bij kinderen of dwangklachten), problemen in de *lichaamsbeleving* (in regulatie van lichamelijke gevoelens, bijvoorbeeld een somatoforme stoornis, eetstoornis, seksueel misbruikte kinderen of genderidentiteitsstoornis) en *chaos en onrust* (problemen in de regulatie van prikkels en gedrag, bijvoorbeeld een autisme spectrum stoornis, ADHD, psychose of gedragsstoornis).

In het licht van de voorgaande keuze om PMT te beschrijven aan de hand van het conceptueel kader 'functiegericht-ervaringsgericht-conflictgericht' werken, kan tot een overkoepelend onderscheid in indicatiegebieden gekomen worden. Er kunnen in dat geval drie indicatiegebieden onderscheiden worden:

- *Er is sprake van een afwijkende motorische ontwikkeling.* Hieronder vallen dan de negatieve indicatie van Van der Meijden-Van der Kolk en Verheij (1984), een slecht ontwikkelde sensomotoriek van Steggink (1988) en voor een groot deel de problemen in de regulatie van prikkels en gedrag van Emck (2001). In aansluiting op deze indicatie zal met name functiegericht worden gewerkt. Het vergroten van waarnemings-, bewegingsvermogen en gedragsrepertoire staat centraal.
- *Er is sprake van een gebrek aan zelfvertrouwen en positieve ervaringen met het eigen lichaam en de omgeving.* Hieronder vallen dan ten dele de positieve indicatie van Van der Meijden-Van der Kolk en Verheij (1984) het ontbreken van een positief zelfbeeld, geen of weinig zelfvertrouwen, het ontbreken van of te weinig basisvertrouwen, het ontbreken van of te weinig vertrouwen in de volwassene, het ontbreken van lichaamsacceptatie, negatieve beleving van zichzelf, niet met andere kinderen kunnen samenspelen en het niet kunnen genieten van spel en bewegen op kinderlijk niveau van Steggink (1988) en een deel van de problemen in de regulatie van lichamelijke gevoelens van Emck (2001, 2002). In aansluiting op deze indicatie zal met name ervaringsgericht gewerkt worden. Het experimenteren met gedragsalternatieven en de effecten van deze alternatieven op het eigen gedrag in relatie tot de omgeving staat centraal.
- *Er is sprake van een actuele problematische situatie of vroegere traumatische ervaringen, die in de lichaamshouding en/of spierspanning zijn opgeslagen, dan wel waarvan wordt verwacht dat onderliggende gevoelens, gedachten en ervaringen het best via het bewegen kunnen worden geuit.* Hieronder vallen dan het andere deel van de positieve indicatie van Van der Meijden-Van der Kolk en Verheij (1984), het ontbreken of niet onderkennen van gevoelens, het niet adequaat kunnen uiten van gevoelens en geen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor eigen handelen van Steggink en ten dele de problemen in de regulatie in stemming en in de regulatie van angst en spanning van Emck. In aansluiting op deze indicatie zal met name conflictgericht gewerkt worden. Het ontdekken, uiten en benoemen van conflicten en het integreren van de ervaringen in het heden staan daarbij centraal.

Het is zeer goed mogelijk dat een bepaalde problematiek zich binnen meer dan een van de genoemde indicatiegebieden manifesteert. Zo kunnen bijvoorbeeld problemen in de regulatie van prikkels en gedrag ook vallen onder gebrek aan zelfvertrouwen en positieve ervaringen met het eigen lichaam en de omgeving en is dan een ervaringsgerichte in plaats van een functiegerichte werkwijze meer passend. Er zal dan een keuze moeten worden gemaakt welk deel van de problematiek prioriteit moet krijgen in de behandeling. Dit moet leiden tot voor het individu passende behandelingsdoelen. Voor verschillende kinderen zullen daarbij andere werkwijzen worden gevolgd. Zo zal het ene kind vooral behoefte hebben aan duidelijkheid en structuur, terwijl een ander kind juist moet leren zijn emoties betekenis te geven (Aendekerk, 1993). Het is voor therapie belangrijk expliciete, betekenisvolle en realiseerbare doelen te stellen (Simons, 1997b). Behandelingsdoelen dienen te worden geformuleerd in een voor het kind begrijpelijke taal die aansluit bij de beleveningswereld. Evenals bij het benoemen van mogelijke indicaties voor PMT worden in de literatuur vele verschillende opsommingen met PMT-doelen beschreven. Over het algemeen zijn ook deze opsommingen weinig geordend en overlappen verschillende opsommingen elkaar ten dele. In de lijn van dit hoofdstuk kunnen ook de verschillende uit de literatuur bekende behandelingsdoelen worden geordend naar de indeling 'functiegericht-ervaringsgericht-conflictgericht'. Om een te grote reductie te voorkomen, welke zou kunnen leiden tot onherkenbaarheid in het veld, zijn de uit de literatuur bekende behandelingsdoelen in eerste instantie samengevat tot zeven clusters van doelen:

1. *aanvaarden van het eigen lichaam*, ontwikkelen van een positieve lichaams- en zelfbeleving, contact met het eigen lichaam bevorderen, psychosomatisering tegengaan;
2. *ontwikkelen van plezier in het bewegen*, motiveren tot en actieve deelname aan activiteit, angstgevoelens verminderen, zich veilig voelen stimuleren, ontspanning bevorderen;
3. *ontwikkelen van een adequaat lichaamsbesef*, kennis van het eigen lichaamsschema verbeteren, het leren ontdekken van aan de realiteit aangepaste eigen mogelijkheden in motorisch kunnen;
4. *motorische achterstand verminderen*, oog-handcoördinatie verbeteren, ontwikkelen van ruimtelijke en lichaamsoriëntatie, het stimuleren van de sensomotorische ontwikkeling, waardoor prikkels van buitenaf (visueel, tactiel, auditief) en van binnenuit (pijn, vermoeidheid, enzovoorts) beter waargenomen, herkend en geïntegreerd kunnen worden;
5. *zelfcontrole verbeteren*, meer greep krijgen op het 'impulsieve' in de motoriek, reguleren van een teveel of een tekort aan energie, zelfbeheersing, gericht zijn op de situatie, concentratievermogen bevorderen, het verhogen van de frustratiedrempel, leren omgaan met winnen en verliezen;
6. *zich (emotioneel) durven uiten*, zelfvertrouwen stimuleren, assertievere houding bijbrengen, expressiviteit en spontaniteit verbeteren;
7. *het ontwikkelen van een samenspel* tussen therapeut en kind, sociaal gedrag stimuleren, relaties leren aangaan.

In grote lijnen kan gesteld worden dat de clusters drie, vier en vijf vallen onder indicatie één (er is sprake van een afwijkende motorische ontwikkeling) en zijn gekoppeld aan een functiegerichte benadering. De clusters één, twee en zeven vallen onder indicatie twee (er is sprake van een gebrek aan zelfvertrouwen en positieve ervaringen met het eigen lichaam en de omgeving) en zijn gekoppeld aan een ervaringsgerichte benadering. Cluster zes valt onder indicatie drie (er is sprake van een actuele problematische situatie of vroegere traumatische ervaringen, die in de lichaamshouding en/of spierspanning zijn opgeslagen, dan wel, waarvan wordt verwacht dat onderliggende gevoelens, gedachten en ervaringen het best via het bewegen kunnen worden geuit) en is gekoppeld aan een conflictgerichte benadering.

Vaak worden verschillende van deze (sub)doelen binnen PMT gecombineerd tot een overkoepelend doel. Bijvoorbeeld binnen een sociale vaardigheidstraining kan via spelen, bewegen, praten en oefeningen gericht op het waarnemen van de eigen gevoelens de sociale weerbaarheid van kinderen worden getraind en kunnen zij leren luisteren naar hun lichaamssignalen en intuïtie. Afhankelijk van het kind zullen verschillende doelen binnen de vaardigheidstraining aan bod komen (Kool, 2000). Daarbij is het altijd van belang naast aandacht voor de negatieve ervaringen en 'zwakke' kanten van een kind, aandacht te besteden aan de ster-

ke kanten en ontwikkelingsmogelijkheden. Het werken aan diverse doelen kan in verschillende fasen van het therapeutisch proces plaatsvinden. Het accent van de doelen kan daarbij per fase wisselend zijn. Aendekerk en Verheij (1989) onderscheiden vijf fasen in het therapeutisch proces van kinderen met gedragsstoornissen en agressiviteit, met daaraan gekoppeld fundamentele behoeften van het kind. In het begin van de behandeling staat het creëren van een vertrouwensrelatie centraal. Het kind heeft behoefte aan ordening en structuur en aan herhaling en continuïteit. In de volgende fase worden problemen herkend en geanalyseerd. In deze fase is er vaak sprake van behoefte aan bewondering en positieve bevestiging, naast behoefte aan het uiten van boosheid en zich afzetten tegen de therapeut. In de daarop volgende fase wordt uitleg gegeven en ontstaat inzicht in problemen. Het kind kan in deze fase een behoefte aan nabijheid, affectie en koestering gaan laten zien, die het vaak tot dan toe overdekt heeft. Er is behoefte aan zowel vasthouden als loslaten, aan nabijheid zoeken en afstand nemen. In aansluiting hierop volgt een fase waarin verandering centraal staat. In deze fase, waarin het versterken van de ego-functies en van een positief zelfgevoel een belangrijke rol spelen, toont het kind behoefte aan autonomie en relaties met anderen aan te gaan. Tenslotte volgt een fase waarin de therapeutische relatie beëindigd wordt. Verleden en heden worden in deze fase aan elkaar gekoppeld, waarbij het kind vaak weer gedrag uit eerdere fasen laat zien. In deze fase moet er ruimte zijn ambivalente gevoelens te uiten. De te onderscheiden fasen worden door verschillende PMT-ers binnen de verschillende settings, werkend met verschillende doelgroepen, soms anders ingedeeld en benoemd. Zo gebruikt Aendekerk (1994) voor kinderen met een aan autisme verwante stoornis drie fasen: de fase van ordenen en structureren, gevolgd door de fase van herkennen en tenslotte de fase van integreren. Krot en Maurer (1995) gebruiken in de behandeling van gezinnen vijf fasen, te weten de informatie uitwisselingsfase, het werkoverleg, de medebehandelaarsfase, de fase van medepatiënt en de resocialisatiefase. In grote lijnen zijn echter altijd wel bovenstaande thema's te herkennen: wennen, herkennen, begrijpen/erkennen, veranderen, integreren en afscheid nemen.

In het kader van het stellen van indicaties en behandelingsdoelen stelt Emck (1995) dat niet de diagnostische categorie, waarbinnen een kind geïnclassificeerd is, leidend moet zijn voor de in te zetten behandeling, maar het goed observeren van bewegingsbeeld, lichaamsbeeld en houdingsbeeld. De koppeling van lichaamssignalen, gevoelens en belevingen aan het hier en nu en aan de omgeving zijn een belangrijke start in de behandeling van kinderen. Op deze manier kan het vertrouwen in het eigen lichaam hersteld worden en wordt het weer een plek om te bewonen, te accepteren, te bewonderen. Het kind kan meer de baas worden over zijn impulsen, gaat prikkels en gevoelens herkennen en een plaats geven. Zij kunnen zich gaan ontspannen en kiezen voor dingen die fijn zijn. Langzamerhand kan er meer greep ontstaan op de eigen persoon en kan het kind meer autonoom gaan handelen. Waren zij voorheen afhankelijk van externe structuur, ordening en beveiliging, nu kunnen zij dit stukje bij beetje over gaan nemen en zichzelf gaan reguleren, ordenen en structureren. Vanuit het betere contact met zichzelf dat op deze manier ontstaat, kan in veel gevallen een start worden gemaakt met het inleven in de gevoelens van anderen. In sommige gevallen zal dit 'aangeleerd gedrag' blijven, in andere gevallen kan het worden geïnternaliseerd. Zodra het kind zich meer veilig voelt in het eigen lichaam, durft het vaak ook meer naar buiten te treden en de omgeving, op veilige basis, te exploreren. Soms kan in het verlengde daarvan worden gewerkt aan het een plaats geven van traumatische ervaringen in het verleden, in andere gevallen zal de aandacht op het hier en nu gericht blijven, met af en toe een voorzichtige blik in de toekomst.

5.5 Conclusies

In de geschiedenis van PMT zijn verschillende conceptuele kaders 'leidend' geweest. Ordening van PMT aan de hand van het doel van de therapie, zoals aangegeven door Petzold (1981, 1987, 1990) en gekoppeld aan theoretische kaders uit zowel de kinder- en jeugdpsychiatrie, als de geschiedenis van PMT lijkt binnen dit onderzoek het meest bruikbaar.

Functiegericht, ervaringsgericht en conflictgericht werken kunnen daarbij naast elkaar of volgend op elkaar worden aangewend. Per kind zal het accent daarin verschillen. Het onderscheid tussen de drie

modaliteiten en de bijbehorende indicaties en behandelingsdoelen is niet altijd even duidelijk te stellen en in vele gevallen zal er sprake zijn van een zekere overlapping. Toch is het ten behoeve van een theoretisch denkkader van belang een ordening aan te brengen, opdat PMT niet blijft steken in ongeordende 'rijtjes', maar zich als een professionele therapievorm kan profileren, met voor PMT kenmerkende indicatiegebieden en bijbehorende behandelingsdoelen. In het volgend schema wordt de ordening zoals deze in dit hoofdstuk is aangebracht, nog eens kort weergegeven.

Overkoepelend (Emck, 2002): PMT is een experiëntiële therapie in die zin dat de directe ervaring als uitgangspunt genomen wordt. De therapeut arrangeert de situatie op zodanige wijze dat de cliënt specifieke ervaringen kan opdoen.			
Modaliteit (Petzold)	<i>Functiegericht</i>	<i>Ervaringsgericht</i>	<i>Conflictgericht</i>
Historisch PMT-kader	Gedragsgeoriënteerd model ('bewegen als gedrag')	Fenomenologisch model ('bewegen als relatie')	Intrapsychisch model ('bewegen als lichamelijkheid')
KJP denkkader	Gedragstherapeutisch denken	Systemisch denken	Psychodynamisch denken
Indicaties	Afwijkende motorische ontwikkeling	Gebrek aan zelfvertrouwen en positieve ervaringen	Actuele problematische situatie of vroegere traumatische ervaring
Doelen	Cluster 3 (adequaat lichaamsbesef), 4 (motorische achterstand verminderen) en 5 (zelfcontrole verbeteren)	Cluster 1 (aanvaarden eigen lichaam), 2 (ontwikkelen plezier in bewegen) en 7 (ontwikkelen van samenspel)	Cluster 6 (zich (emotioneel) durven uiten)
Methodiek (Fahrenfort)	Met name (doch niet uitsluitend) bewegingsgeoriënteerd	Zowel bewegings- als lichaamsgeoriënteerd	Met name (doch niet uitsluitend) lichaamsgeoriënteerd
Dimensie (Emck)	Met name (doch niet uitsluitend) 'actie'	Met name (doch niet uitsluitend) 'interactie'	Met name (doch niet uitsluitend) 'expressiviteit'
As (Hekking)	Met name (doch niet uitsluitend) gericht op de as 'sensorisch-motorisch'	Met name (doch niet uitsluitend) gericht op de as 'zelf-ander'	Met name (doch niet uitsluitend) gericht op de as 'expressioneel-impressioneel'

Figuur 5. Ordeningskader PMT

Het biofysisch PMT-model, dat past binnen het traditionele medische model, is in dit kader niet nader uitgewerkt, maar kan het best worden geschakeld onder het functiegericht handelen. De genoemde methodieken (Fahrenfort), dimensies (Emck) en assen (Hekking) kunnen in principe allemaal onder elk van de drie modaliteiten van Petzold worden geplaatst. In bovenstaand schema worden dan ook slechts de accentverschillen weergegeven. Het moge duidelijk zijn dat de aangegeven accentverschillen mede afhankelijk zijn van de voorkeuren van de PMT-er voor bepaalde werkwijzen. Binnen de functiegerichte modaliteit kunnen ook lichaamsgerichte interventies worden gedaan, evenals bewegingsgerichte interventies zeer bruikbaar kunnen zijn binnen de conflictgerichte modaliteit. Hetzelfde geldt voor de genoemde doelen en

indicaties. Vaak ligt een cluster doelen op de grens van twee modaliteiten. Zo kan bijvoorbeeld het aanvaarden van het eigen lichaam (cluster 1) voortkomen uit een gebrek aan positieve ervaringen en vragen om een ervaringsgerichte benadering, maar evengoed kan het een gevolg zijn van vroegere traumatische ervaringen die vragen om een conflictgerichte benadering. De ordening naar de modaliteiten van Petzold is op strategisch niveau, de ordening van methodieken en dimensies betreft mogelijke werkvormen daarbinnen. Binnen elke modaliteit is het mogelijk met het model van Emck en Hekking (zie figuur 4) een arrangement op maat te maken. Het model van Petzold dient daartoe over het model van Emck en Hekking heen te worden gelegd. Dit behoeft nadere uitwerking, die niet binnen het kader van dit onderzoek past.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat de veel gebruikte term nonverbale therapie niet passend is voor de PMT, aangezien er veel belang wordt gehecht aan het benoemen van ervaringen en belevingen, waarmee reflectie optreedt. De huidige term vaktherapie dekt volgens Emck en Smit (2000) in die zin beter de lading: op vakkundige wijze worden nonverbale en verbale interventies ingezet als voorwaarde om tot behandelingsresultaat te komen. Echter vaktherapie is geen inhoudelijke, maar een beleidsmatige term en dekt in die zin de lading niet. De ordening die in dit hoofdstuk is aangebracht wil een bijdrage vormen aan het theoretisch kader, waarop het vervolg van dit onderzoek is gebaseerd. Tezamen met de voorgaande hoofdstukken vormt het de basis voor een referentiekader voor psychomotorische diagnostiek. In het volgende hoofdstuk zal dit kader nader worden uitgewerkt. Het is noodzakelijk een dergelijk kader neer te zetten om alle aspecten met betrekking tot de psychomotoriek een plaats te kunnen geven zonder in ongeordende en ondoorzichtige opsommingen te vervallen.

Hoofdstuk 6 Een kader voor systematische psychomotorische diagnostiek

*Hoe mooi het leven is
Leer je niet door ernaar te kijken
Of door erover te praten
Alleen de rijkdom, de complexiteit
De armoede en de eenvoud
Die ons leven doormaakt
Moet je met je lichaam
Moet je door te bewegen
Aanvoelen en inschatten
Ervaren en ondergaan
Zo diep
Dat je lijf zelf
Er deel aan krijgt
(Marc Litière, 2001, p.61.)*

6.1 Inleiding

Om psychiatrische stoornissen goed in beeld te krijgen moet de diagnostiek zo systematisch en planmatig mogelijk verlopen. De rol van psychomotorische diagnostiek daarbinnen wordt vaak verwaarloosd, ondanks het feit dat er, zoals in de vorige hoofdstukken naar voren is gekomen, verschillende psychiatrische stoornissen zijn die al vroeg in de ontwikkeling zichtbaar worden in de motoriek, het bewegen en de lichamelijkeheid. Voor een goede behandelingsplanning, op basis van een zo compleet mogelijke diagnostiek, lijkt het noodzakelijk, naast systematisch testen en toetsen op het cognitieve domein en op het emotioneel-sociale domein, ook systematisch de psychomotoriek te onderzoeken. Dit kan door middel van bewegingsobservaties, (psycho) motorische tests en/of vragenlijsten. Het is echter niet eenvoudig alle aspecten met betrekking tot de psychomotoriek te vatten binnen een systematische diagnostiek. Daarvoor is een omvattend kader nodig. Coster en Haley (1992) benadrukken dat het voor ontwikkelingsdiagnostiek nodig is een conceptueel model te hebben waarin alle relevante aspecten die invloed op de ontwikkeling kunnen hebben te plaatsen zijn. In dit hoofdstuk worden de eisen aan een dergelijk wetenschappelijk referentiekader geëxpliciteerd en worden de mogelijkheden en beperkingen van de DSM-IV, de ICD-10 en de ICIDH, als uitgangspunt voor een dergelijk kader, aangegeven. Aansluitend wordt nader ingegaan op de ICIDH in combinatie met het biopsychosociale ontwikkelingsdenken, wat leidt tot een samengesteld referentiekader. Vervolgens wordt de vertaalslag gemaakt naar een te ontwerpen PsychoMotorisch Diagnostisch Construct, opdat het referentiekader praktisch bruikbaar wordt. Tenslotte worden de conclusies van dit hoofdstuk en de gevolgen voor verder onderzoek weergegeven.

6.2 Een wetenschappelijk kader

Gallahue en Ozmun (1998, p.78) noemen als belangrijkste functie van een theoretisch model: "... to integrate existing facts, to organize them in such a way as to give them meaning." Als definitie van een theorie geven zij (1998, p.79): "A theory is a group of statements, concepts, or principles that integrate existing facts and lead to the generation of new facts". Voor het vervolg van dit onderzoek is het van groot belang een conceptueel kader te ontwikkelen dat als uitgangspunt kan dienen voor systematische psychomotorische diagnostiek en daarmee een bijdrage kan leveren aan zowel de ordening en integratie van bestaande kennis, als ook de generatie van nieuwe kennis.

Volgens Vermeer (1997a, p.127) moet aan een wetenschappelijk referentiekader ten behoeve van de hulpverlening een aantal eisen worden gesteld:

- er moet sprake zijn van een filosofie over de onderlinge relatie tussen de aard van de biologische stoornis en het gedrag;
- er moet een plaats zijn voor het gezichtspunt dat menselijk gedrag onderhevig is aan ontwikkeling;
- de rol van factoren die van invloed zijn op ontwikkeling moet aangeduid kunnen worden.

Bij het ontwikkelen van een referentiekader moet rekening worden gehouden met het feit dat de klinische populatie heterogeen is, waardoor het moeilijker is een conceptuele basis te vinden van waaruit het totaal wordt beschreven dan bij de meer exacte wetenschappen: *"Abstracties zijn vaak gericht op deelaspecten, terwijl de manier waarop alle aspecten op elkaar inwerken aan beschrijving ontsnapt"* (Van Doorn & Van den Dungen, 1998, p.4). Integrerende en generaliserende conclusies zijn daardoor moeilijk. Juist omdat conceptuele kaders waarmee de complexe werkelijkheid kan worden benaderd vaak ontbreken, zijn problemen moeilijk tot hun determinanten te herleiden. Binnen de psychiatrie worden de classificatiesystemen DSM-IV (APA, 1994) en ICD-10 (WHO, 1992) gebruikt als referentiekader. Classificatie heeft betrekking op iedere vorm van systematische ordening van individuen in groepen. Classificatie is met name nodig voor wetenschappelijk onderzoek en ten behoeve van beleidsdoelstellingen, zoals wereldwijde registratie en financiering van zorg. Diagnostiek daarentegen probeert het individuele toestandsbeeld in kaart te brengen, zowel hetgeen het individu deelt met anderen, als ook waarin het zich van anderen onderscheidt. Systematische psychomotorische diagnostiek is gericht op dit individuele toestandsbeeld. Volgens Verhulst (1999b) zijn DSM-criteria niet geschikt om te bepalen of een individu in het dagelijks leven disfunctioneert. Classificatiesystemen, zoals de DSM-IV en ICD-10, zijn hoogstens bruikbaar als onderdeel van diagnostiek in ruimere zin. Verhulst (2000b) geeft aan dat beide classificatiesystemen zijn gebaseerd op principes van de medische taxonomie, waarbij stoornissen of syndromen worden beschreven aan de hand van een aantal typische kenmerken behorend tot een bepaalde categorie, opdat een zogenaamde formele diagnose kan worden toegekend. Een bezwaar is dat psychiatrische fenomenen zich meestal niet eenduidig laten onderbrengen in scherp omschreven en goed van elkaar afgrensbare klassen. Zeker de vaak brede problematiek van kinderen kan niet adequaat worden weergegeven in DSM-IV of ICD-10 termen (Konijn & Verhulst, 1997). Het classificeren volgens DSM of ICD wordt dan ook 'diagnose in engere zin' genoemd (Verhulst, 2000b). Diagnose in ruimere zin betekent het onderzoeken of vaststellen van de oorzaak of de aard van een toestand, situatie, probleem of bepaald fenomeen, tezamen met een inschatting van de therapeutische mogelijkheden. In de klinische praktijk wordt diagnostiek over het algemeen in ruimere zin gehanteerd. Dit geldt ook voor psychomotorische diagnostiek. Voor het inzetten van een behandeling is meer informatie nodig dan een classificatie. Verhulst stelt diagnostiek in ruimere zin gelijk aan biopsychosociale diagnostiek.

Om te komen tot een referentiekader waarin alle aspecten met betrekking tot de psychomotoriek een plaats kunnen krijgen, is een beschrijvend systeem op een ander niveau dan de DSM-IV en de ICD-10, die beide gericht zijn op syndromen, nodig. Daarom is onderzocht of de ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) in combinatie met het biopsychosociale ontwikkelingsdenken als uitgangspunt kan dienen. De ICIDH is complementair aan de ICD-10 (International Classification of Diseases) en gericht op het functioneren dat samenhangt met ziektebeelden. De ICIDH gaat er van uit dat de classificering van ziektebeelden en stoornissen van belang is voor klinische en publieke gezondheidszorg, maar dat deze classificatie niet toereikend is om de functionele status van een individu te omschrijven en de verschillende behoeften van het individu in kaart te brengen. Gezondheidsproblemen in de breedste zin van het woord hebben zowel medische als sociale gevolgen. Het doel van de ICIDH is een uniforme 'taal' en een gemeenschappelijk kader te verschaffen voor de beschrijving van het menselijk functioneren als een belangrijk aspect van gezondheid. Het wil een wetenschappelijke basis vormen voor het begrijpen en bestuderen van functioneren in relatie tot gezondheid. De ICIDH biedt een mogelijkheid de individuele combinaties van kenmerken van een individu binnen verschillende dimensies vast te leggen, maar het classificeert deze specifieke combinaties niet, zoals bijvoorbeeld binnen de DSM-IV gebeurt. Op welke dimensie de gebruiker de nadruk legt is niet van belang. De meeste professionals blijken hun kerngebied te hebben op de overgang tussen twee dimensies (Newsletter, 2000, nr.3). Binnen de revalidatiegeneeskunde

wordt bijvoorbeeld gewerkt met het RAP (revalidatie-activiteitenprofiel), dat op basis van de ICIDH is ontwikkeld. Volgens Jelles, Van Bennekom en Lankhorst (1993) betreft het een instrument dat beperkingen in de vorm van waarneembaar gedrag registreert evenals 'ervaren problemen'. Daarmee richt het instrument zich op de dimensies beperking en handicap (deze begrippen worden verderop in dit hoofdstuk nader omschreven).

Het gebruik van de ICIDH heeft in vergelijking met de DSM-IV en de ICD-10 enkele voordelen, maar ook nadelen. Een overeenkomst is dat de ICIDH net als de DSM-IV en de ICD-10 een hulpmiddel is voor het vastleggen van diagnostische informatie en voor het uitwisselen van informatie met collega's en verwijzers (Halbertsma, 1995a). Doordat met behulp van de ICIDH het actuele functioneren van het individu in kaart wordt gebracht, kan de behoefte aan therapie, verzorging en ondersteuning met behulp van de ICIDH beter duidelijk worden gemaakt dan met de DSM-IV en de ICD-10. De GAF-score die in de DSM-IV wordt gebruikt om iets te zeggen over de mate waarin iemand in zijn sociaal functioneren gestoord is, is zo globaal dat zij niet te gebruiken is in behandelingsplannen. Op basis van de ICIDH kunnen wel individuele behandelingsprogramma's worden opgesteld. Door verandering in de tijd te meten kan ook het effect van behandeling worden geëvalueerd. De ICIDH is geen kant-en-klaar instrument, maar kan als een raamwerk worden opgevat dat voor specifieke hulpverleningsdoeleinden verder ontwikkeld dient te worden (Frenkel & Schuurman, 1992). Een tweede voordeel is dat de ICIDH de paramedische disciplines beter representeert. De ICIDH is bijvoorbeeld ook voor fysiotherapeuten goed bruikbaar. Als derde voordeel wordt aansluiting bij aanverwante zorgvelden, zoals de revalidatie en de zorg voor verstandelijk gehandicapten, gemakkelijker. Door binnen de verschillende zorgvelden een gemeenschappelijke basistaal te hanteren wordt het eenvoudiger te communiceren. Het revalidatieveld bijvoorbeeld komt in verschillende opzichten overeen met het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld: de problematiek is complex, er wordt gewerkt in multidisciplinaire teams, belemmerende en faciliterende factoren moeten worden onderkend, er moet worden gekomen tot een kernprobleem en gezamenlijke behandelingsdoelstellingen dienen te worden afgestemd op de ontwikkelingsmogelijkheden en opvoedingssituatie van het kind of de jeugdige. Bij een doorplaatsing van een kind van het ene naar het andere zorgveld hoeft op deze manier niet alle onderzoek opnieuw plaats te vinden en kan gebruik gemaakt worden van de reeds bekende (psychomotorische) informatie. Een nadeel van het gebruik van de ICIDH is dat de terminologie voor werkers binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld, in het bijzonder de psychomotorisch therapeuten, in eerste instantie verwarrend kan zijn, doordat deze niet gebruikelijk is.

Om de aansluiting met het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld te waarborgen is onderzocht of het biopsychosociale ontwikkelingsdenken kan worden gecombineerd met de ICIDH tot een referentiekader voor dit onderzoek. Het biopsychosociale ontwikkelingsdenken gaat ervan uit dat het leven begint met een biologische kern, van waaruit de lichamelijke, cognitieve en emotionele ontwikkeling starten. Deze ontwikkelingsdomeinen beïnvloeden elkaar onderling en vormen de basis voor de sociale ontwikkeling. Koppeling aan een denken waarin ontwikkeling en ontwikkelingspathologie centraal staat is nodig, omdat dit in de ICIDH ontbreekt. Hiermee wordt tevens de koppeling naar syndroomgerichte classificatie, zoals die plaatsvindt met behulp van de DSM-IV en de ICD-10, mogelijk. In het referentiekader dat op deze manier ontstaat zijn eveneens de door Vermeer (1997a) omschreven eisen terug te vinden. In de volgende paragraaf wordt de combinatie van de ICIDH met het biopsychosociale ontwikkelingsdenken nader uitgewerkt.

6.3 De ICIDH en het biopsychosociale ontwikkelingsdenken; een referentiekader

Volgens Halbertsma (1995) is de internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (de ICIDH) van de World Health Organization (WHO) een classificatie die een brug vormt tussen medische en sociale aspecten van gezondheidsproblemen. Binnen deze classificatie wordt het begrip 'stoornis' gedefinieerd als iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie. Een 'beperking' wordt gedefinieerd als iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering. Een 'handicap' wordt gedefinieerd als een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of beperking welke de normale rolvervulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht en

sociaal-culturele achtergrond) begrenst of verhindert. De ICIDH gaat uit van een reeks gebeurtenissen in de tijd, maar niet van een causale opeenvolging (Netelenbos, 1998). Afgezien van evidente gevallen, zoals in geval van hersenbeschadigingen, is het in de meeste gevallen (zoals bleek uit hoofdstuk drie) ook niet mogelijk bij motorische problemen een relatie te leggen tussen een stoornis en de afwijkende motorische prestatie. Mede afhankelijk van de eisen die de omgeving stelt zal een neurologische afwijking al dan niet leiden tot een afwijkend gedragsbeeld. De ICIDH schrijft geen specifieke relaties voor tussen de dimensies, ziekte en omgeving. Hoe deze relaties gedefinieerd worden is afhankelijk van het doel van de gebruiker (Newsletter, 2000, nr.2). Halbertsma en collega's (1998) benadrukken dat de ICIDH geen meetinstrument is, maar een aantal termen omvat om een beschrijving van de functionele staat van het individu te geven.

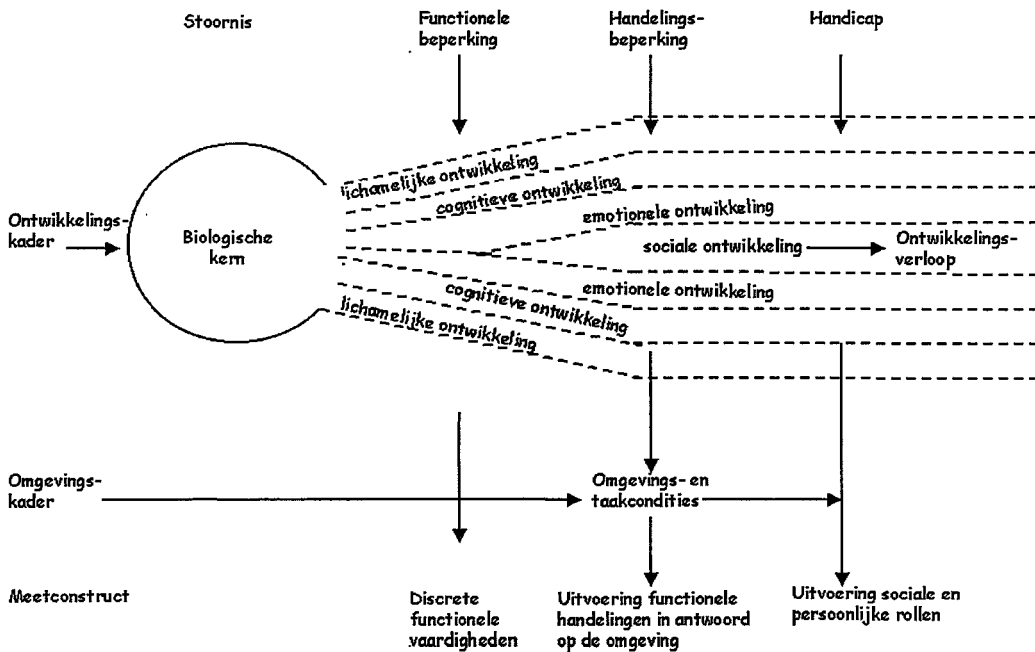
Elk van de drie classificaties van de ICIDH kan afzonderlijk worden gebruikt. Zo gebruiken fysiotherapeuten vooral de classificatie 'stoornissen' en ergotherapeuten vooral de classificatie 'beperkingen'. Volgens Graets en Broekhuizen (1994) biedt de ICIDH binnen de logopedie duidelijkheid in de keuze van diagnostiek en therapie. Deze kan zowel gericht zijn op stoornis-, als op beperking- of op handicapniveau. Een patiënt kan bijvoorbeeld uitbehandeld zijn op stoornisniveau, terwijl op de dimensies van de beperking en de handicap nog belangrijke resultaten te behalen zijn. Gemeenschappelijk aan de toepassing van de ICIDH voor verschillende terreinen is dat het gaat om gezondheidsproblemen in relatie tot het dagelijks leven. Volgens Van der Plaats (2000) is de ICIDH van belang voor alle beroepsgroepen in de zorgsector die met elkaar moeten samenwerken rond een cliënt. Belangrijke problemen die verband houden met ziekte hebben volgens haar vooral te maken met de kwaliteit van leven, met participatie en met hoe ondersteunend de omgeving is.

Halbertsma (1995) wijst erop dat de ICIDH niet zonder meer bij kinderen te gebruiken is, omdat het ontwikkelingsaspect in geen van de drie classificaties aanwezig is. Bij elke beperking moet worden nagegaan of het kind iets niet kan vanwege een stoornis of omdat het er te jong voor is. De 'International Task Force on Children, Youth and Disabilities' heeft als doel het verwerkkelijken van de toepasbaarheid van de ICIDH bij kinderen en jeugdigen. Focus is de rol van beperkingen op de ontwikkeling van het kind van 'infancy' tot adolescentie, waarbij rekening wordt gehouden met fysieke, sociale en psychologische aspecten van de omgeving, evenals met gezin, verzorging, school en de gemeenschap. Leeftijdsverschillen moeten in acht worden genomen voor wat betreft lichaamscontrole/coördinatie, symbolisch spel en spel met leeftijdgenoten, leren, vriendschappen en kind/gezin interacties. (Newsletter, 1998, nr. 1+2). Het is de vraag of de normale gemiddelde ontwikkeling als norm genomen moet worden of de gemiddelde (bij een bepaalde stoornis te verwachten) afwijkende ontwikkeling.

Om het ontwikkelingsaspect een plaats te geven binnen het model van de ICIDH werd door Coster en Haley (1992) het begrip 'functionele beperking' tussen het stoornisniveau en het beperkingniveau geïntroduceerd. Volgens Vermeer (1997a) wordt het daarmee mogelijk op de dimensie van de beperking onderscheid te maken tussen discrete vaardigheden en geïntegreerde functionele activiteiten of handelingen. Op deze manier worden zowel ontwikkelings- als omgevingsaspecten van de gedragsbeperkingen van kinderen verenigd. Deze twee fundamentele aspecten ontbreken bij de oorspronkelijke vorm van de ICIDH. Functionele diagnostiek meet in dit model de beperking of het gebrek aan vermogen om dagelijkse activiteiten uit te voeren zoals dat zou passen bij de leeftijd, cultuur en opleiding van het kind. Om in verschillende leefmilieus (school, thuis, met leeftijdgenoten) leeftijdsadequaat te kunnen functioneren moet een kind beschikken over een bij zijn leeftijd passende set van vaardigheden op motorisch, cognitief en sociaal gebied. Volgens Vermeer (1997a) bestaat daarbij een spanningsveld tussen de biologische stoornis enerzijds en de sociaal-cultureel bepaalde waardering van de gevolgen van de stoornis anderzijds. Er zijn veel factoren van invloed op het vermogen zinvolle dagelijkse activiteiten te kunnen uitvoeren. Een onderzoek van Black, Hess en Howard (2000) geeft bijvoorbeeld aan dat peuters in gezinnen met lage inkomens achterblijven in hun motorische en psychische ontwikkeling. Coster en Haley (1992) benadrukken dat zowel persoonskenmerken (zoals leeftijd, geslacht en temperament) die de prestaties beïnvloeden, als risicofactoren van het kind en de omgevingsfactoren en sociale factoren in één model voor diagnostiek moeten worden meegenomen.

In het biopsychosociale ontwikkelingsdenken hebben bovengenoemde factoren eveneens een plaats. Immers, de kinderlijke ontwikkeling wordt mede bepaald door omgevingsfactoren en kinderlijke behoeften verschillen duidelijk per ontwikkelingsfase. Bij de omschrijving van ontwikkeling (Verhulst, 1991) en in relatie tot aangeboren factoren (De Boer, 1993) wordt, evenals binnen de ICIDH-2, onderscheid gemaakt tussen structuur en functie. De omschrijving van Touwen (1989) betreffende de motorische ontwikkeling sluit ook bij de ICIDH aan als hij de ontwikkeling van de motoriek relateert aan het vermogen doeltreffend met deze motorische mogelijkheden om te gaan in het dagelijks bestaan. Zoals in hoofdstuk twee beschreven, is er sprake van een afwijkende ontwikkeling als het kind door deze ontwikkeling niet in staat is datgene te doen wat bij zijn leeftijd hoort en als het kind daardoor zijn sociale rol niet kan vervullen. Ook dit sluit aan bij de ICIDH-begrippen. Bij kinderen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld is er over het algemeen sprake van 'open problematiek'. Meerdere ontwikkelingsaspecten zijn tegelijkertijd verstoord en verstoren elkaar onderling. Er is sprake van een meervoudige oorzakelijkheid. Verheij (1998b) geeft aan dat naarmate het kind jonger is en de problematiek ernstiger, de kans op samengestelde problematiek toeneemt, aangezien de ontwikkelingsdomeinen elkaar onderling in aanzienlijke mate beïnvloeden. Daarnaast wordt de ontwikkeling beïnvloed door de sociale context waarin het kind verkeert. Deze invloed kan zowel stimulerend en/of corrigerend als interfererend en/of verstorend zijn. Het biopsychosociale ontwikkelingsdenken is in de voorgaande hoofdstukken reeds aan bod gekomen en wordt derhalve hier niet verder uitgewerkt.

Om tot een overkoepelend referentiekader te komen voor systematische psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld lijkt het zinvol de eerder beschreven modellen van Coster en Haley (1992), Vermeer (1997a) en Verheij (1998b) te combineren. Op deze manier worden de dimensies van de ICIDH gekoppeld aan het ontwikkelingsgericht denken. Daarmee wordt het mogelijk psychomotorische problemen binnen verschillende dimensies en verschillende ontwikkelingsdomeinen een plaats te geven.



Figuur 6. Referentiekader voor psychomotorische diagnostiek [naar Coster & Haley (1992), Vermeer (1997a) en Verheij (1998)]

De stippelijntjes in figuur zes representeren de ontwikkelingsvoortgang. Een 'stoornis' heeft betrekking op de biologische kern, op iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie. Een 'functionele beperking' kan optreden zodra de ontwikkeling start. Het kan zijn dat het kind vanuit zijn lichamelijke en/of cognitieve en/of emotionele ontwikkeling niet in staat is tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering. De uitvoering van discrete functionele vaardigheden betreft het kunnen uitvoeren van taken in een gestandaardiseerde of ideale situatie. Het gaat om wat een kind moet kunnen op een bepaalde leeftijd. Het ontwikkelingsniveau en de ervaringen van het kind zijn hierop van invloed. Van een 'handelingsbeperking' is sprake indien een kind de discrete vaardigheid wel beheerst, maar deze bijvoorbeeld in het spel met leeftijdgenoten niet tot uitdrukking kan brengen. Het gaat daarbij om de integratie van functionele handelingen in het dagelijks leven. De uitvoering van functionele handelingen vindt plaats in een bepaalde omgeving en kan sterk verschillen van de gestandaardiseerde situatie. 'Handelingsbeperkingen' zullen voor een groot deel worden bepaald door de sociale ontwikkeling. Omgevings- en taakcondities spelen eveneens een rol. Het 'handicap'-niveau wordt beïnvloed door alle ontwikkelingsdomeinen en omgevingsvariabelen. Tzamen bepalen zij of het individu in staat is tot de uitvoering van sociale en persoonlijke rollen.

Zoals in het referentiekader zichtbaar is, staan de verschillende dimensies met elkaar in verbinding. Indien psychomotorische diagnostiek plaatsvindt binnen alle vier dimensies, kan bijvoorbeeld een discrepantie naar voren komen tussen de testresultaten op functioneel niveau en de uitvoering van handelingen in het dagelijks leven. Het is van belang er zicht op te krijgen of een kind het motorisch gezien niet kan (stoornis of functionele beperking) of dat de afwijkende of vertraagde motoriek andere oorzaken heeft. Zo kan bij een handelingsbeperking het bieden van structuur voorwaarde blijken om het kind tot vaardigheden te laten komen. Als dit lukt kan het daarmee positieve ervaringen opdoen, wat de competentiebeleving zal doen toenemen en daarmee een positieve invloed kan hebben op het handicapniveau. De oorzaak van het probleem wordt op deze manier helderder en behandelingsdoelen kunnen worden geformuleerd. Coster en Haley (1992) geven aan dat het bepalend is voor de in te zetten behandeling binnen welke dimensie het probleem gedefinieerd wordt. Volgens hen moet bij het bepalen van afwijkingen van de norm zowel rekening gehouden worden met de culturele en sociale verwachtingen, als met hetgeen gezien de leeftijd van het kind adequaat gedrag is.

In de psychomotorische diagnostiek zou volgens dit model gemeten kunnen worden binnen vier dimensies: de dimensie van de stoornis, de functionele beperking, de handelingsbeperking en de handicap. Voor de kinder- en jeugdpsychiatrische situatie zou met betrekking tot de psychomotoriek dan het volgende onderscheid gemaakt kunnen worden:

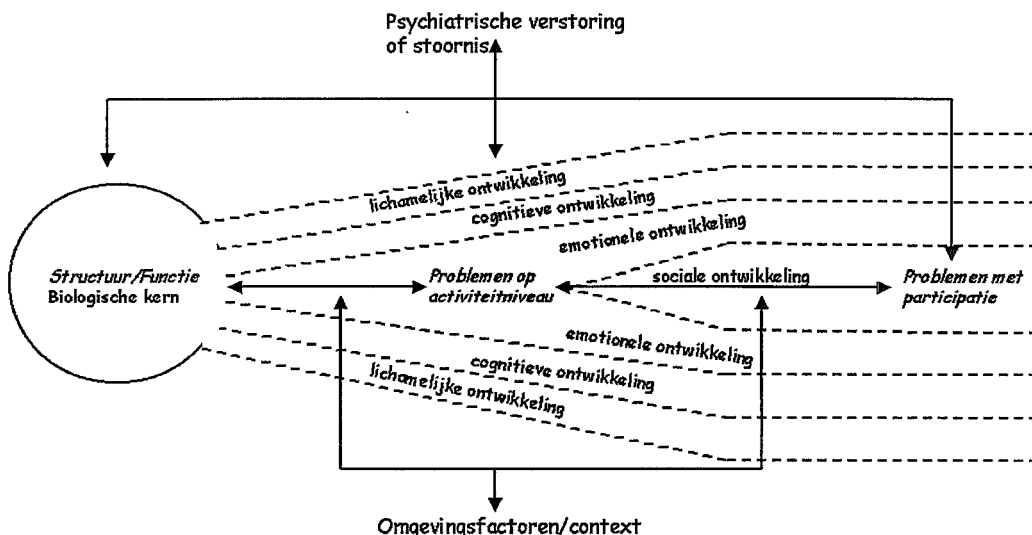
- stoornis: organische/neurologische symptomen, stoornissen in de lichaamswaarneming en/of -beleving, problemen met de coördinatie van de motoriek, stoornissen van het bewegingsapparaat, sensorische stoornissen, psychische stoornissen en dergelijke;
- functionele beperking: problemen met discrete motorische vaardigheden in een gestandaardiseerde, optimale situatie, problemen met de beheersing van de motoriek;
- handelingsbeperking: problemen met de uitvoering van motorische vaardigheden in antwoord op de omgeving, bijvoorbeeld in het spel met leeftijdgenoten;
- handicap: problemen met de vaardigheden waarover het kind moet kunnen beschikken om zijn rol in het gezin te kunnen vervullen en zich te kunnen handhaven in de omgang met leeftijdgenoten en op school, bijvoorbeeld het kunnen deelnemen aan een sportclub.

Bovenstaand referentiekader is gebaseerd op de oorspronkelijke versie van de ICIDH. Om de gedachtegang achter het uiteindelijke referentiekader te verduidelijken is deze koppeling tussen het oorspronkelijke ICIDH-model en het biopsychosociale ontwikkelingsdenken geschetst. Het ICIDH-model is ten tijde van dit onderzoek naar psychomotorische diagnostiek herzien. Over de hele wereld is de afgelopen jaren gewerkt aan het vertalen, onderzoeken en aanpassen van de nieuwe versie van de ICIDH. Het aantal personen en instellingen dat geïnteresseerd is in de ICIDH-2 (inmiddels ICF, zie noot bij hoofdstuk één) is sterk groeiende (Newsletter, 1999, nr. 2/1). In plaats van de termen 'stoornis', 'beperking' en 'handicap' wordt in de nieuwe

versie uitgegaan van de neutrale termen 'structuur/functie', 'activiteit' en 'participatie'. 'Structuur/functie' wordt omschreven als de anatomische eigenschappen en onderdelen van het menselijk organisme (structuur) en de fysiologische of psychische functies van het menselijk organisme (functie). 'Activiteit' is gedefinieerd als de aard en mate van functioneren op het niveau van de persoon en heeft betrekking op alle onderdelen van het menselijk handelen. Activiteiten kunnen beperkt zijn in aard, duur en kwaliteit. 'Participatie' is gedefinieerd als de wijze en mate van deelname van een persoon aan het dagelijks leven in relatie tot stoornissen, activiteiten, gezondheidscondities en omgevingsfactoren. Participatie kan belemmerd zijn in aard, duur en kwaliteit (ICIDH-2, 1998, 1999). Volgens Rispens (1993) was de term 'handicap' al jaren onwenselijk en is de behoefte aan zorg ook niet zozeer afhankelijk van de handicap, als wel van de betekenis die zo'n handicap heeft als belemmerende factor bij het opgroeien. Een motorisch tekort wordt volgens hem in een proces van negatieve betekenisverlening tot een motorische handicap: handicap is derhalve een sociaal construct.

Vanuit de huidige ontwikkelingen is er bezwaar tegen het gebruik van het begrip 'functionele beperking' van Coster en Haley (1992), omdat dit verwarrend zou werken met de begrippen 'structuur' en 'functie' op het 'stoornis-niveau' in de ICIDH-2. Het begrip 'handelingsbeperking' zou niet bruikbaar zijn omdat het onvoldoende theoretisch onderbouwd is en het verwarrend werkt met het begrip 'participatie'. Het grote verschil met de eerste versie is dat de omgeving meer in deze herziene versie betrokken is. Daardoor is het onderscheid dat Coster en Haley (1992) maken tussen functionele beperking en handelingsbeperking niet meer nodig. Daarnaast kunnen binnen de nieuwe versie van de ICIDH behalve beperkingen ook mogelijkheden worden aangegeven. Tevens is de nieuwe versie breder, waardoor deze bij allerlei doelgroepen kan worden toegepast en niet meer alleen bij gehandicapten.

Door de nieuwe versie van de ICIDH te combineren met het biopsychosociale ontwikkelingsdenken wordt wederom het ontwikkelingsaspect ingebracht en wordt het referentiekader ook voor zich ontwikkelende kinderen en jeugdigen te gebruiken.



Figuur 7. Aangepast referentiekader voor psychomotorische diagnostiek [vrij naar Verheij (1998) en Halbertsma e.a. (1998)]

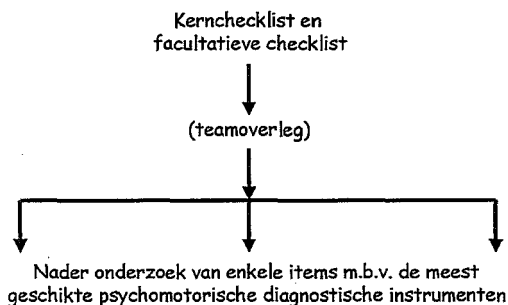
In figuur zeven is zichtbaar dat een psychiatrische verstoring of stoornis van invloed is op zowel de 'structuur/functie'-, als de 'activiteiten'-, als de 'participatie'-dimensie. Dit is het geval doordat een verstoring of stoornis vrijwel altijd verschillende ontwikkelingsdomeinen beïnvloedt. Daarnaast kan de psychiatrische verstoring of stoornis eveneens beïnvloed worden door de ontwikkelingen binnen de verschillende dimensies en de wisselwerking daartussen. Evenals in figuur zes is de 'structuur/functie' te plaatsen in de biologische kern. Problemen op 'activiteiten'-niveau kunnen optreden zodra de ontwikkeling bij conceptie start. Problemen in de 'participatie' hangen samen met de sociale ontwikkeling en geven aan wat een persoon in een bepaalde context doet. De pijlen tussen de drie dimensies geven de invloed van de dimensies op elkaar aan. Daarnaast zijn omgevingsfactoren van invloed op de wisselwerking tussen de dimensies en wordt de context eveneens zelf beïnvloed door deze wisselwerking.

In bovenstaand referentiekader is het ontwikkelingsdenken uit de hoofdstukken twee en drie vertegenwoordigd en ook de afwijkende ontwikkeling heeft een duidelijke plaats in het model. De verbintenis met de psychomotorische therapie (PMT), zoals deze in hoofdstuk vijf geordend is, is minder direct zichtbaar, maar desalniettemin aanwezig. Zo zal bij stoornissen binnen de structuur/functiedimensie vrijwel altijd behandeld worden vanuit de functiegerichte modaliteit. Gedragsgeoriënteerde kaders zullen daarbij veelal leidend zijn en er zal vaak (mede afhankelijk van de stoornis, het individu en de voorkeur van de therapeut) bewegingsgeoriënteerd gewerkt worden. In geval van stoornissen binnen de activiteitendimensie zal in de regel vanuit een ervaringsgerichte modaliteit gewerkt worden en bij problemen in de participatie kan voor een conflictgerichte benadering gekozen worden (voor een nadere uitwerking wordt verwezen naar het overzichtsschema aan het eind van hoofdstuk vijf).

Het is de vraag of dit referentiekader werkelijk sturend kan werken en op grond daarvan de diagnostiek kan verbeteren. In de volgende paragraaf wordt hier nader op ingegaan.

6.4 Naar een psychomotorisch diagnostisch construct

Psychomotorische diagnostiek vraagt meer dan een referentiekader, zoals dat in de vorige paragraaf is beschreven. Voor een dergelijk kader als basis, als kapstok, kan dienen voor diagnostiek moet een vertaalslag plaatsvinden. Vanuit het boven beschreven referentiekader (figuur zeven) wordt duidelijk dat er zowel aandacht moet zijn voor de verschillende dimensies waarbinnen psychomotorische problemen zich kunnen bevinden als voor de verschillende ontwikkelingsdomeinen en het ontwikkelingsniveau van het kind. Met behulp van diverse diagnostische instrumenten is hierover informatie te krijgen. Er is echter sprake van een veelheid aan informatie, die nadere ordening behoeft. Systematische psychomotorische diagnostiek zal daarom moeten plaatsvinden volgens een bepaald diagnostisch construct. Uitgaande van het referentiekader dat wordt weergegeven in figuur zeven kan gekomen worden tot het volgende Psychomotorisch Diagnostisch Construct:



Figuur 8. Ordening binnen een Psychomotorisch Diagnostisch Construct (PMDC)

Het is afhankelijk van de instelling, het kind en de beschikbare tijd hoe uitgebreid een psychomotorisch onderzoek kan zijn. Om te zorgen dat binnen ieder psychomotorisch onderzoek tenminste een bepaald cluster van items wordt onderzocht, wordt binnen het Psychomotorisch Diagnostisch Construct (PMDC) onderscheid gemaakt tussen een kernchecklist en een facultatieve checklist (zie figuur 8). Nadat de kernchecklist en eventueel de facultatieve checklist zijn ingevuld, kan in teamoverleg de informatie uit het psychomotorisch onderzoek worden gekoppeld aan de diagnostische informatie vanuit andere disciplines. Er kan dan een beeld ontstaan binnen welke dimensie de problemen zich bevinden, op basis waarvan eventueel kan worden besloten tot nader onderzoek met daartoe geëigende psychomotorisch diagnostische instrumenten. Deze werkwijze komt in grote lijnen overeen met de door Van Doorn (1992) beschreven stappen:

- *Afnemen van een algemene testbatterij*; de testbatterij van het PMDC bestaat uit het invullen van de kernchecklist en eventueel de facultatieve checklist op basis van verschillende bewegingsarrangementen die tijdens een aantal bijeenkomsten door de PMT-er zijn aangeboden, gericht op de vier ontwikkelingsdomeinen (lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal), drie ICIDH-dimensies (structuur/functie, activiteiten en participatie) en de context;
- *Gegevens koppelen aan informatie vanuit de voorgeschiedenis en vanuit andere disciplines*; dit kan deels plaatsvinden voorafgaand aan het eerste teamoverleg (stafoverleg) door middel van dossieranalyse en overleg met andere disciplines. Deels ook zal dit gebeuren tijdens dit teamoverleg, waarin de visies van verschillende disciplines naast elkaar worden gelegd en worden vergeleken om tot een interdisciplinaire visie te komen op de problematiek van het kind;
- *Formuleren van hypothesen ten aanzien van de psychomotoriek*; ook dit zal deels voor de teamvergadering en deels tijdens de vergadering plaatsvinden. De vragen die Van Doorn stelt voor de cognitieve ontwikkeling kunnen ook opgaan voor de psychomotoriek:
 - *In hoeverre is de psychomotorische ontwikkeling meetbaar*; zijn er specifieke factoren aan te wijzen die het ingewikkeld maken om uitspraken te doen over de psychomotoriek, bijvoorbeeld de invloed van medicatie of het zo extreem angstig zijn dat het kind letterlijk niet in beweging komt;
 - *Bestaan er specifieke motorische stoornissen*; kan er op basis van het bewegingsaanbod gesteld worden dat er sprake lijkt van een motorische stoornis die al dan niet nader door de PMT-er of door een specialist (fysiotherapeut, neuroloog) onderzocht dient te worden;
 - *Welke rol speelt de emotioneel-sociale problematiek bij de testafname*; deze vraag is binnen het PMDC al deels ingebed in de vraag in hoeverre de psychomotorische ontwikkeling meetbaar is, aangezien de psychomotoriek ook emotionele en sociale ontwikkeling omvat. Bij deze vraag kunnen nog aanvullende opmerkingen geplaatst worden;
- *Toetsen van de geformuleerde hypothesen*; binnen het PMDC kan dit door tijdens de teamvergadering te besluiten tot nadere diagnostiek door de PMT-er met de daartoe meest geëigende diagnostische instrumenten;
- *Voorlopig beeld over de psychomotorische ontwikkeling van het kind met psychiatrische problematiek*; op grond van de meer toegespitste diagnostiek, kan het beeld van het kind worden bijgesteld of onderbouwd en kunnen voorlopige uitspraken worden gedaan over de psychomotorische ontwikkeling;
- *Inpassen in de theorievorming over het individuele geval*; voorafgaand aan en tijdens de volgende behandelingsbespreking zal de visie op het individuele kind worden aangescherpt en kunnen op basis daarvan (contra)indicaties voor PMT worden opgesteld, evenals mogelijke behandelingsdoelen.

Het PMDC zal aan de hand van nader literatuuronderzoek en veldonderzoek concreet moeten worden uitgewerkt. In de volgende paragraaf wordt hierop nader ingegaan.

6.5 Conclusies

Systematische diagnostiek op basis van een helder referentiekader en bijbehorend psychomotorisch diagnostisch construct kan er voor zorgen dat bij ieder kind alle relevante psychomotorische informatie in beeld komt. Op deze manier krijgt diagnostiek een meer systematisch karakter. Tevens wordt de over-

dracht naar andere disciplines (in het teamoverleg) en andere zorginstellingen (bij een eventuele overdracht van het kind naar een andere instelling) gemakkelijker. De binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie noodzakelijke individugerichte en multidisciplinaire aanpak, maakt het noodzakelijk telkens weer bij het individuele kind afwegingen te maken in het diagnostisch proces. Verhulst (2000b) stelt dat zonder systematische diagnostiek geen gerichte indicatie voor therapie opgesteld kan worden en het niet goed mogelijk is tot prognostische uitspraken te komen. Daarbij is het van belang die aspecten te onderzoeken die een kind deelt met sommige anderen, maar niet met ieder ander. Op die manier kunnen psychiatrische stoornissen geclassificeerd worden en kunnen de interventies worden afgestemd op dit specifieke individu, die overeenkomsten en verschillen vertoont met anderen. De meest effectieve interventiestrategieën kunnen worden gekozen op basis van overeenkomsten met anderen, waarbij deze strategieën effectief bleken. De verschillen met anderen zullen de basis zijn voor nadere afstemming op het individu, voor zorg op maat.

Een van de voorwaarden waaraan diagnostiek volgens Verhulst moet voldoen, is dat het diagnostisch proces helder omschreven is en dat dit proces nauwgezet, controleerbaar en herhaalbaar wordt uitgevoerd. Verheij (2000c) noemt als voorwaarde om in een multidisciplinair team tot gezamenlijke diagnostiek te komen dat de diverse deskundigen een voor elkaar begrijpelijke, gemeenschappelijke taal moeten spreken, waarin de eigen vak kennis en ervaring wordt gekoppeld aan de concrete problematiek van kind en gezin. Daarnaast moet er ervaring in en bereidheid tot samenwerking zijn om in een multidisciplinair stafoverleg tot gezamenlijke diagnostiek te kunnen komen. Iedere deskundige moet kunnen accepteren dat hij vanuit zijn discipline slechts een stukje van de waarheid kent. Tenslotte is het toetsen van hypothesen belangrijk, zeker indien er sprake is van complexe en samengestelde problematiek. Op basis daarvan kunnen de voorlopige diagnoses worden bijgesteld. Hoewel er dient te worden gediagnosticeerd volgens een vaste methode, is het eveneens wenselijk dat de PMT-er zijn individuele werkstijl kan handhaven en kan afstemmen op het kind. De voordelen van een eigen werkwijze worden op deze manier gecombineerd met de voordelen van systematisch werken, volgens een construct dat overdraagbaar is naar anderen. Deze individuele werkstijl, in de vorm van aanpassingen in de gevolgde methode, dient wel te worden geëxpliciteerd, opdat het voor anderen navolgbaar is wat zich tijdens het diagnostisch proces heeft afgespeeld. Een voordeel van de mogelijkheid binnen een systematische methode de eigen werkstijl te kunnen handhaven is dat daardoor implementatie van het construct in de praktijk, ondanks het wennen aan de terminologie, meer haalbaar wordt. De weerstand die onder een deel van de vaktherapeuten leeft tegen richtlijnen, protocollen en systematiek, kan op deze manier worden ondervangen.

Psychomotorische diagnostiek staat in het PMDC uitdrukkelijk niet op zichzelf, maar heeft een plaats binnen multidisciplinaire diagnostiek. Hoewel psychomotorische diagnostiek, zoals betoogd, een belangrijke bijdrage lijkt te kunnen leveren aan deze multidisciplinaire, biopsychosociale diagnostiek, moeten ook de grenzen van het vak erkend worden. Zo kan er op basis van gestelde hypothesen (punt drie van Van Doorn, 1992) besloten worden dat de PMT-er de nadere diagnostiek niet zelf zal doen, maar dat er doorverwezen dient te worden naar een specialist. Dit kan bijvoorbeeld een neuroloog zijn die de relatie tussen hersenen en waarneembaar gedrag nader onderzoekt (Van Leeuwen & König, 2000) of een kinderarts die aanvullende informatie over het lichamelijk functioneren inwint (Buitelaar, 2000). Het opsporen van en rekening houden met lichamelijke aandoeningen is van belang omdat deze meer bij psychiatrische patiënten worden aangetroffen dan bij de algemene bevolking. De lichamelijke aandoening kan de psychiatrische stoornis mede veroorzaken, kan signaal zijn van een stoornis of kan ontstaan vanuit het psychiatrisch ziektebeeld. Deze door Buitelaar genoemde mogelijkheden zijn terug te vinden in het referentiekader in figuur zeven: psychiatrische stoornissen kunnen van invloed zijn op de drie dimensies, maar ook beïnvloed worden door problemen binnen elk van deze dimensies.

Voor het vervolg van dit onderzoek, om concrete invulling te kunnen geven aan het PMDC, is het noodzakelijk te onderzoeken of er bestaande bruikbare psychomotorische test- en/of observatieinstrumenten en/of vragenlijsten zijn die binnen dit kader kunnen worden geplaatst. Met andere woorden: bestaan er

betrouwbare en valide instrumenten die het gehele scala van de psychomotoriek in kaart kunnen brengen? In hoofdstuk zeven wordt het literatuuronderzoek naar deze instrumenten weergegeven. Een andere noodzakelijke stap is te onderzoeken van welke instrumenten PMT-ers in het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld momenteel gebruik maken en waar zij al dan niet behoefte aan hebben. Op deze vraag wordt in hoofdstuk acht ingegaan. Tezamen bepalen deze vragen of er een nieuw instrument dient te worden ontwikkeld ten behoeve van systematische psychomotorische diagnostiek, of dat er kan worden volstaan met een duidelijk en geordend overzicht van bestaande diagnostische instrumenten op het gebied van de psychomotoriek. Ordening van deze instrumenten zal dan kunnen plaatsvinden met behulp van het hiervoor beschreven conceptueel kader. Indien dat niet het geval is, dan zal gebruik makend van al bestaande kennis een bruikbaar PMDC voor het werkveld ontwikkeld moeten worden. Terugkijkend op het verloop van dit onderzoek bleek dat nodig te zijn. De ontwikkeling van een PMDC wordt in hoofdstuk negen beschreven. In hoofdstuk tien volgt een beschrijving van een eerste toetsing van de bruikbaarheid van het ontwikkelde PMDC.

Uit de beschrijving van de opzet van het onderzoek waarvan in Deel II van dit onderzoek verslag wordt gedaan, blijkt dat er sprake is van een actie-onderzoek, zoals dat in hoofdstuk één is beschreven. *"Samenwerking met betrokkenen in het veld is hier van belang omdat zij het probleem moeten blijven herkennen als hun eigen probleem. Vaak is het ondoenlijk om de hele doelgroep te betrekken bij dit proces en kiezen actie-onderzoekers voor een intensieve samenwerking met vertegenwoordigers van de doelgroep, i.c. een overlegplatform"* (Van Dijkum e.a., 1981). Daarbij zijn de betrokkenen in eerste instantie verantwoordelijk voor het handelen en zijn de onderzoekers verantwoordelijk voor een heldere probleemdefiniëring, voor het onderzoeksplan en het onderzoeksproces. Van Dijkum en collega's (1981) stellen dat subjectiviteit een noodzakelijk element is in dergelijk onderzoek, omdat het er om gaat de oordelen, belangen en overwegingen van betrokkenen met betrekking tot het gedefinieerde probleem in kaart te brengen en tot een voor hen relevante oplossing van het probleem te komen. Een ander aspect van actie-onderzoek waaraan hier nog aandacht besteed moet worden is de haalbaarheid van een dergelijk onderzoek. Doel van actie-onderzoek is een bepaald probleem op te lossen en/of ideeën te genereren voor verder onderzoek. In empirisch onderzoek kan vervolgens de oplossing van het probleem of de bruikbaarheid van de ontwikkelde ideeën getoetst of onderzocht worden. Met name hoofdstuk negen geeft blijk van deze procesgang. Daar is sprake van een onderzoeksproces in meerdere ronden.

Noot: In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de ICIDH-2 (beta-2-draft). Dit betrof de voorlopige herziene versie van de 'oude' ICIDH. Inmiddels is de definitieve herziene versie verschenen onder de naam ICF (Internationale classificatie van het menselijk functioneren) (WHO-FIC, 2002). Aangezien het onderzoeksgedeelte van deze publicatie op dat moment reeds afgerond was, wordt in de teksten nog verwezen naar de ICIDH-2.

Deel II
Het onderzoek



Hoofdstuk 7 Een inventarisatie van PsychoMotorische Onderzoeksmethoden en Diagnostische Instrumenten

*Climbing high to the mountain top
Reaching out to the sky above
And I ask myself
Is this all there is?
Sailing into the ocean blue
Trying to find at least one clue
On a paper straw
Is this all there is?
(Hidalgo & Perez, vertolkt door Mathilde Santing, 1994)*

7.1 Inleiding

Psychomotoriek heeft betrekking op het via het bewegen en de lichamelijke zichtbaar zijn van hoe iemand met zichzelf en zijn omgeving omgaat en hoe hij zichzelf daarbij ervaart. Dit is al bij heel jonge kinderen waar te nemen en ontwikkelt zich in de loop van het leven. Bij psychomotorisch gedrag spelen zowel het lichaam (inclusief het bewegingsapparaat), de psyche (cognitief en emotioneel), als de omgeving (sociaal) een rol. Een systematische psychomotorische diagnostiek lijkt vanuit voorgaande hoofdstukken een zinvolle, zo niet noodzakelijke bijdrage te kunnen leveren aan de totaal diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Psychomotorische diagnostiek betreft niet alleen de motoriek op zich, maar tevens de psychologische en sociale verschijnselen die zichtbaar worden in de motoriek, het bewegen en de lichamelijke. Problemen in de psychomotoriek kunnen zich binnen vier verschillende ontwikkelingsdomeinen (lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal) en drie dimensies (structuur/functie, activiteit en participatie) voordoen. Om deze een heldere plaats te kunnen geven binnen psychomotorische diagnostiek is in het vorige hoofdstuk een referentiekader beschreven. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op bestaande psychomotorische onderzoeksmethoden. Bekeken moet worden hoe deze zich verhouden tot het beschreven referentiekader. Een belangrijke vraag is of bestaande instrumenten een plaats kunnen krijgen binnen dit kader en of deze instrumenten valide en betrouwbaar zijn bij gebruik binnen het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld.

In dit hoofdstuk wordt een ordening aangebracht in de manier waarop psychomotorische diagnostiek plaats kan vinden. Dimensies, doelen en methoden worden naast elkaar gezet. Vervolgens worden kanttekeningen bij het gebruik van bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten geplaatst. Het gebruik van deze instrumenten bij de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie is in het algemeen niet zonder haken en ogen. Er worden enkele aanpassingen genoemd die vaak nodig zijn bij het gebruik van bestaande instrumenten bij de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie. In aansluiting daarop komen de psychometrische eisen die aan diagnostische instrumenten worden gesteld aan de orde. Er wordt ingegaan op de beoordeling van bestaande instrumenten. In appendix één wordt, met gepaste voorzichtigheid, een overzicht gepresenteerd van zevenenzestig bestaande instrumenten. Dit overzicht wordt aan het eind van dit hoofdstuk toegelicht. Het is een hachelijke zaak instrumenten louter op literatuurgegevens in te delen en te beoordelen. Toch is hier in het kader van dit onderzoek voor gekozen, aangezien het voor het vervolg van dit onderzoek van belang is helderheid te hebben over de beschikbare kennis wat betreft de mogelijkheden en beperkingen van de bestaande instrumenten. Tenslotte worden conclusies getrokken op basis van de voorgaande paragrafen en wordt de betekenis ervan voor het verdere onderzoek aangegeven.

Wellicht ten overvloede wordt hier nog eens vermeld dat dit onderzoek zich primair richt op kinderen met psychiatrische problematiek, welke onder andere zichtbaar kan worden in de motoriek, het bewegen en de lichamelijke en niet op kinderen met primair motorische stoornissen.

7.2 Psychomotorische diagnostiek: dimensies, doelen en methoden

In voorgaande hoofdstukken is het belang van een ontwikkelingsgerichte diagnostiek en behandeling binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld benadrukt. Ontwikkelingsgericht kijken naar psychopathologie verrijkt het begrip van emotionele en gedragsproblemen volgens Dehart, Sroufe en Cooper (2000) op drie manieren. Ten eerste moedigt het aan zowel de oorzaak van afwijkend gedrag te onderzoeken, als hoe dit gedrag verandert in de tijd. Een depressie bij jonge kinderen uit zich bijvoorbeeld in irritatie, terwijl bij oudere adolescenten veeleer sprake is van een depressieve stemming en gevoelens van hopeloosheid. Ten tweede worden protectieve factoren in ogenschouw genomen. Er is aandacht voor kinderen die een stoornis lijken te ontwikkelen, maar waarbij dit uiteindelijk niet gebeurt. Onderzoek naar protectieve factoren in deze gevallen kan behulpzaam zijn bij preventie van stoornissen of bij vroege behandeling ervan. Ten derde moedigt het aan te onderzoeken hoe stoornissen ontstaan vanuit de manier waarop het individu er al dan niet in slaagt de gewone problemen tijdens de ontwikkeling, die eenieder meemaakt, op te lossen. Het is daarbij van belang te kijken naar die uitdagingen in de ontwikkeling, die tijdens een bepaalde levensfase het belangrijkst zijn: een veilige hechting in de eerste levensjaren, een toenemende onafhankelijkheid in de kleutertijd en het ontwikkelen van een eigen identiteit in de adolescentie. Als het hierin misgaat is het waarschijnlijk dat er verdere ontwikkelingsproblemen ontstaan.

In de beoordeling van de ontwikkeling van het kind speelt de motoriek, zeker gedurende de eerste levensjaren, een belangrijke rol. Instrumenten voor vroegdiagnostiek omvatten bijna altijd motorische en psychische componenten, omdat men in die periode nog uitgaat van een eenheid van de ontwikkelingsdomeinen. De behandeling sluit daarop aan. Vroege interventie moet naast sensorische en motorische stimulatie ook altijd het begeleiden van de ouders omvatten in verband met de emotioneel-sociale inbedding van de stimulatie. Volgens Vermeer (1997a) blijken veel vroeghulp programma's de beoogde effecten bij kinderen met ontwikkelingsproblemen niet te bereiken, doordat deze programma's te weinig functioneel zijn en te weinig zijn ingebed in de context van het kind. De meeste programma's zijn gericht op verandering in het individu, terwijl veel van de gedragsontwikkeling afhangt van een goede afstemming tussen kind en omgeving. Motorisch gedrag vormt volgens Netelenbos (2002a) een belangrijk ijkpunt in de zelfbeoordeling en de beoordeling door anderen, zoals leerkrachten en leeftijdgenoten. Hulpverleners beschouwen de aanwezigheid van motorisch onhandig gedrag vaak als een symptoom van een onderliggend somatisch of psychisch probleem.

Psychomotorische diagnostiek behoort als uitgangspunt te dienen voor psychomotorische therapie en evaluatie (Wambeke, 1998). Tot psychomotorische diagnostiek behoren volgens Wambeke probleemverkenning op het gebied van bewegingservaring, bewegingsmotivatie, lichamelijke competentie, lichaamsbeleving, lichamenlijk en/of psychosociaal welbevinden en bewegings- en gedragskenmerken. De Boer, Marlet en Rekkers (1995) stellen dat psychomotorisch onderzoek geïndiceerd kan zijn om te bepalen of PMT tot de behandelingsmogelijkheden behoort. Volgens Lindehövius en Vlijmen (1978) is een motorische test vaak veel minder bedreigend dan een medisch onderzoek of een intelligentietest. Het is meestal een ontspannen en plezierige bezigheid voor met name jonge kinderen, als zij zonder de aanwezigheid van leeftijdgenoten kunnen bewegen. Motorisch gedrag wordt tegenwoordig vaak meegenomen in de diagnostiek van kinderen (Netelenbos, 2002a). Sietsma (1998) geeft echter aan dat bewegingsdiagnostiek veelal slechts beperkt is uitgewerkt. Hij omschrijft diagnostiek als de fase van verzamelen van informatie over de probleemsituatie met de bedoeling bij te dragen aan de oplossing. Daarbij is een brede benaderingswijze van belang om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen. Sietsma beschrijft een drietal samenhangende invalshoeken om informatie te achterhalen: de technische, de hermeneutische en de kritische invalshoek. Bij de technische invalshoek staat de hulpvragende persoon centraal in technisch-instrumenteel opzicht. Het gaat dan om het beheersen van vaardigheden. De diagnostiek bestaat meestal uit het afnemen van kwantitatieve tests. De rol van de omgeving wordt niet meegenomen in de diagnostiek. Kritiek op deze benadering bestaat eruit dat testgedrag en resultaten altijd worden beïnvloed door persoonlijke en situatieve variabelen en dat daarnaast niet alle gebruikte instrumenten even betrouwbaar en valide zijn. Bij de hermeneutische invalshoek probeert de diagnosticus zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interacties tussen hulpvrager en omgeving, waarbij de

omgeving zowel sociaal als instrumenteel van aard kan zijn. Bij deze invalshoek is het interpreteren van het gedrag van de hulpvrager van groot belang. Daarbij kan volgens Sietsma gebruik gemaakt worden van allerlei lijsten, instrumenten en schalen om het gedrag van de hulpvrager te duiden, maar blijft het risico van de subjectieve interpretatie een rol spelen. Sietsma pleit daarom voor een diagnostisch team, waarvan de leden elkaar kritisch bevragen op hun interpretaties. Bij deze invalshoek gaan diagnosticeren en behandelen samen. De diagnostiek vindt plaats in het proces van behandelen. De kritische invalshoek gaat uit van een sociologische benadering van mensen met problemen. Mensen gaan volgens deze benadering leven naar de etiketten die zij krijgen opgeplakt en internaliseren de verwachtingen en eisen uit de omgeving. De diagnostiek betreft dan de ziekmakende patronen in de context van de hulpvrager. Sietsma (1998) benadrukt dat de drie invalshoeken mogelijkheden en beperkingen bieden en dat alledrie nodig zijn om de probleemsituatie te verhelderen.

Samengevat moet er binnen de diagnostiek aandacht zijn voor de technische vaardigheden (structuur/functie- en/of activiteiten-dimensie), voor sociale interacties (activiteiten- en/of participatie-dimensie) en voor zogenaamde zichzelf waarmakende voorspellingen (participatie-dimensie). Dit sluit aan bij het onderscheid dat Ketelaar (1997, p.32) maakt. Zij geeft expliciet aan dat het van belang is te weten op welk niveau men meet. Zij onderscheidt metingen op orgaanniveau [het gaat dan om de werking van weefsels, organen en orgaanstelsels, bijvoorbeeld de werking van spieren (kracht, tonus), reflexen, houdings- en evenwichtsreacties], op persoonsniveau (het gaat dan om dagelijkse vaardigheden en activiteiten) en op het niveau van sociale rolvervulling. Dit komt overeen met de drie dimensies uit het referentiekader, te weten structuur/functie, activiteiten en participatie.

Naast het onderscheid dat gemaakt kan worden tussen diagnostische instrumenten op basis van de dimensie waarop deze zich richten, kunnen meetinstrumenten geïnclassificeerd worden op basis van het doel waarvoor ze worden gebruikt (Ketelaar, 1997). Discriminatieve meetinstrumenten zijn bedoeld om een onderscheid te maken tussen individuen en/of om individuen te categoriseren. Predictieve meetinstrumenten zijn bedoeld om een voorspelling te doen over de toekomst van een individu. Evaluatieve meetinstrumenten zijn bedoeld om de mate van verandering over de tijd of na een behandeling te meten. Van Empelen (1992) geeft aan dat gevalideerde instrumenten om de kwaliteit van het bewegen te meten nog nauwelijks bestaan en dat daarmee de evaluatie van de behandeling niet op een gevalideerde manier kan worden uitgevoerd. Om veranderingen in de motoriek te kunnen meten dienen nieuwe observatiemethoden ontwikkeld te worden. Een test die alleen aangeeft of een kind iets wel of niet kan is niet voldoende. Ketelaar (1997) benadrukt dat ieder instrument een bepaalde specificiteit en sensitiviteit heeft en dat een instrument dat voor het ene doel is ontwikkeld niet zonder meer ook voor een ander doel gebruikt kan worden. Verhulst (1992b) omschrijft sensitiviteit als "*....de portie individuen met een stoornis dat door de test correct als gestoord wordt geïdentificeerd*" (p.25) en specificiteit als "*....de portie individuen zonder de stoornis dat door de test correct als niet-gestoord wordt geïdentificeerd*" (p.26). Daarbij zijn specificiteit en sensitiviteit geen vaststaande waarden maar variëren met de steekproef waarop zij gebaseerd zijn. Hoe hoger de waarde van de specificiteit en de sensitiviteit, hoe groter het discriminatoire vermogen van de test. Volgens Verhulst (1992b) is op het gebied van de psychopathologie van de kinderteeltijd en de adolescentie echter vaak sprake van een beduidende overlapping tussen de frequentieverdelingen van relevante variabelen voor gestoorde en niet-gestoorde kinderen, waardoor er een aanzienlijk aantal foutnegatieven en foutpositieven uit een test kunnen komen.

Psychomotorische diagnostiek kan plaatsvinden door middel van testen, observeren of vragen. *Kwantitatieve motorische tests* meten motorische vaardigheden in een gestandaardiseerde situatie. *Kwalitatieve motorische tests* meten de uitvoering van motorische vaardigheden, met name de coördinatie, in een gestandaardiseerde situatie. Pijning (1988) geeft aan dat zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve methoden relevant zijn en vaak complementair aan elkaar. Bij beide bestaat de mogelijkheid tot observeren, wat informatie kan geven over eventuele emotionele of motivationele problemen. *Psychomotorische tests* meten door middel van de motoriek een psychologisch kenmerk, bijvoorbeeld de concentratie, in een gestandaardiseerde situatie. Bij *Psychomotorische observatiemethoden* wordt psychomotorisch gedrag waargenomen en vastgelegd door middel

van diverse categorieën. Er worden conclusies getrokken uit wat men waarneemt. Observaties gericht op de psychomotoriek kunnen zowel in een gestandaardiseerde als in een niet-gestandaardiseerde situatie plaatsvinden. Tot de *Vraagmethoden* behoren de methoden waarbij via vragenlijsten en interviews wordt gerapporteerd over psychomotorisch gedrag. Volgens Fombonne (1991) vormen vragenlijsten een gemakkelijke en goedkope manier om op gestandaardiseerde wijze informatie te kunnen verzamelen bij kinderpsychiatrisch onderzoek. Met behulp van vraagmethoden kan informatie die niet direct zichtbaar is in het gedrag toch een plaats krijgen in het diagnostisch beeld van het kind. Meerum Terwogt, Olthof en Harris (1980) wijzen echter op de bezwaren van het gebruik van introspectie als informatiebron. Jonge kinderen zijn zich nog niet (altijd) bewust van het eigen functioneren. Naast leeftijd is bij probleemkinderen vaak sprake van een beperkt reflectievermogen. Hardop laten denken als introspectieve methode kan zinvol zijn, omdat het het denken vertraagd en meer expliciet maakt. Met name bij kinderen die last hebben van chaotisch en ongestructureerd denken, waarbij adequate cognitieve controle over het gedrag niet kan worden uitgeoefend en problematisch gedrag ontstaat, kan dit een hulpmethode zijn. Desondanks blijft het interpreteren van introspectieve methoden lastig.

Mijnster (1998) benadrukt dat het een belangrijke taak voor de PMT-er is om op een handige, valide en tamelijk snelle manier informatie te verzamelen. Zoals in hoofdstuk één beschreven, vragen de ontwikkelingen in de gezondheidszorg om een duidelijk en meetbaar resultaat van het behandelingsaanbod. Dit is onmogelijk zonder goede diagnostiek. Mijnster geeft aan dat vragenlijsten die in het veld worden gebruikt vaak door de betreffende therapeut zijn aangepast of zelf ontworpen, waardoor deze niet valide en betrouwbaar zijn. De resultaten van onderzoek worden daarmee ongeloofwaardig. Het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten is noodzakelijk, waarbij tevens de omstandigheden waarin het instrument wordt toegepast zo veel als mogelijk hetzelfde moeten zijn. Het is daarom van belang de handleiding nauwkeurig te volgen. Ook Krebs en collega's (2000) benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerd onderzoek.

Samenvattend kan worden gesteld dat het bij de inventarisatie van bestaande diagnostische instrumenten belangrijk is te onderzoeken op welke dimensie deze zich richten, zodat toegewerkt kan worden naar een psychomotorisch diagnosticum dat alle dimensies omvat, opdat een zo omvattend mogelijk beeld kan ontstaan van de psychomotoriek van het kind. Ook alle ontwikkelingsdomeinen moeten in een dergelijk diagnosticum vertegenwoordigd zijn. Daarnaast is het van belang de bestaande instrumenten in te delen naar hun doel en met name discriminatieve instrumenten te selecteren voor het verdere onderzoek. Diagnostiek vraagt in eerste instantie om discriminatieve instrumenten. Bovendien is er binnen PMT op het gebied van diagnostische instrumenten nog zo weinig systematisch onderzocht, dat het gebruik van evaluatieve instrumenten moet worden gezien als een mogelijke vervolgstap op dit onderzoek. Zonder goede diagnostiek met behulp van discriminatieve instrumenten is een evaluatie van de behandeling met evaluatieve instrumenten niet zinvol. Predictieve instrumenten zijn binnen de complexe werkelijkheid van de kinder- en jeugdpsychiatrie nog nauwelijks operationeel. Volgens Ketelaar en collega's (1996) spelen bij het voorspellen van het toekomstig functioneren van een kind te veel factoren een rol om in één (predictieve) test of checklist omvat te kunnen worden. De complexe samengesteldheid van de problematiek van de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie maakt het gebruik van predictieve meetinstrumenten voor wat betreft de psychomotoriek vrijwel onmogelijk. Voor wat betreft de diagnostische methode kan gesteld worden dat gestreefd moet worden naar een gecombineerd gebruik van methoden. Het gebruik van een combinatie van vragenlijsten, observaties en tests wordt aanbevolen.

7.3 Kanttekeningen bij bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten

Evaluatie van het motorisch leerproces vindt vaak plaats op grond van het oog van de meester, waarbij zichzelf waarmakende voorspellingen een belangrijke rol spelen (Van Rossum & Kuiper, 1997). Een motoriektest is bedoeld om op systematische en meer objectieve wijze informatie te geven. Bij de bestaande (psycho)motorische tests, vragenlijsten en observatie-instrumenten zijn echter de nodige kanttekeningen te

plaatsen. Volgens Netelenbos (1998) bezitten motoriektests voor kinderen over het algemeen lang niet dezelfde psychometrische kwaliteiten als de tests die de intellectuele vaardigheden meten. Daarvoor is een aantal oorzaken aan te wijzen. Ten eerste wordt onderzoek naar motoriektests slechts op beperkte schaal uitgevoerd. Dit is volgens Netelenbos (1998) mede een gevolg van het feit dat motoriek geen inzicht blijkt te geven in het verstandelijk functioneren, waardoor de interesse in motorische tests verminderd is. Ten tweede kan niet gesproken worden van een ongedeelde motorische capaciteit. Het ontwerpen van een test die een algemeen beeld geeft van de motoriek wordt daardoor moeilijk. Een derde oorzaak betreft volgens Netelenbos de sekseverschillen. De prestaties van jongens en meisjes op motoriektests zijn over het algemeen niet gelijk en het verschil neemt in de adolescentie sterk toe. Voor jongens en meisjes moeten daarom apart normen worden ontwikkeld en moeten afzonderlijke items in de tests worden opgenomen. Ten vierde is er een grote variatie tussen kinderen op het tijdstip van verwerven en de wijze van uitvoeren van motorische gedragspatronen. Het vaststellen van leeftijdsnormen voor motorische mijlpalen wordt daarmee volgens Netelenbos een hachelijke onderneming. Ten vijfde is de relatie die vaak gelegd wordt tussen motoriek en neurologische stoornissen niet eenduidig (zie ook hoofdstuk drie). De biologische kern van een motorische stoornis is slechts zelden aantoonbaar. Een motorische test kan slechts indicaties geven over onderliggende oorzaken.

Uit de meeste tests wordt niet duidelijk in hoeverre de motorische problemen het dagelijks leven beïnvloeden. Kwalitatieve motorische tests lijken in deze meer perspectief te bieden dan kwantitatieve motorische tests. Zeker bij jonge kinderen, waarbij de motoriek nog niet geautomatiseerd is, zijn de gedragingen dermate variabel dat een kwantitatieve test op een bepaald moment geen goed beeld geeft van de werkelijkheid (Netelenbos, 2002a). Een diagnose waarbij vaardigheden beoordeeld worden die relevant zijn voor het dagelijks leven lijkt zinvoller. Indien daarbij wordt gekozen voor systematische observatie moet rekening gehouden worden met selectiviteit en subjectiviteit. Selectiviteit betekent dat men niet alles tegelijkertijd kan waarnemen en dat de één iets anders zal waarnemen dan de ander. Het is daarom belangrijk dat precies wordt aangegeven waar de waarneming op gericht moet zijn, bij voorkeur in termen van objectief waarneembaar gedrag. Subjectiviteit geeft aan dat verschillende mensen dingen anders kunnen waarnemen en interpreteren. Door training is dit probleem te verminderen en kan de betrouwbaarheid van de observatie worden vergroot. Het is bij observaties van belang onderscheid te maken tussen activiteiten (wat doet het kind) en interpretaties (Verhulst e.a., 1993).

Door het ontbreken van duidelijke oorzaken, de enorme diversiteit in motorische afwijkingen, de vaak uitgebreide nevenproblematiek en het frequente optreden van comorbiditeit, zitten aan de diagnose van motorische stoornissen veel haken en ogen (Netelenbos, 2002a). Naast bovengenoemde problemen blijken veel van de tests die gebruikt worden niet te voldoen aan de psychometrische eisen, die aan dergelijke instrumenten worden gesteld. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt hierop nader ingegaan. Zoals eerder aangegeven laat het motorisch functioneren van het kind geen uitspraken toe over de integriteit van het zenuwstelsel, maar ook motoriektests die primair als doel hebben op objectieve wijze uitspraken te doen over het niveau van motorisch functioneren slagen daar niet in. De onderlinge correlaties van motoriektests zijn veelal laag. De uitkomst van één bepaalde test kan geen voorspelling doen over de uitkomst van een andere test, tenzij zij exact hetzelfde motorisch aspect meten (Kuthtz-Buschbeck e.a., 1999). Goed zijn op een bepaalde test betekent niet automatisch ook hoog scoren op een andere test. Volgens Haley (1992) blijkt uit verschillende onderzoeken dat het tijd is nieuwe instrumenten te ontwikkelen voor de diagnostiek van kinderen met motorische stoornissen. Een goede motoriektest zou zeer veel items moeten omvatten, waarbij voor elke motorische dimensie een afzonderlijke waardering gegeven zou moeten worden. Volgens Netelenbos (2002a) lijkt het onmogelijk een dergelijke testbatterij te construeren en zou de afname van een dergelijke test te veel tijd vragen. Voor screeningsdoeleinden pleiten Goshi en collega's (2000) voor observatie van de motoriek in het dagelijks leven op basis van 'kunnen-niet kunnen' scores, omdat daarmee wordt voorkomen dat de score te zeer afhangt van het moment (motorische prestaties zijn met name bij jonge kinderen instabiel), van de testsituatie, van aanmoediging door de onderzoeker, enzovoorts. Doty en collega's (1999) voegen daaraan toe dat resultaten op bijvoorbeeld een test voor

balvaardigheden geen duidelijkheid geven over de prestaties in het balspel met leeftijdgenoten [dit sluit aan bij het onderscheid tussen functionele beperking en handelingsbeperking dat Coster en Haley (1992) maken, zie hoofdstuk zes]. Met name kinderen met een ontwikkelingsachterstand blijken vaak beter te presteren in een één-op-één situatie dan in spel met leeftijdgenoten. Ook zij pleiten voor observatie in een natuurlijke omgeving.

Ondanks alle mitsen en maren geven Reitsma, Bosch en Anbeek (1980) aan dat het toch nuttig is om op gerichte wijze informatie te krijgen van het individu. Het individu kan op die manier vergeleken worden met een normpopulatie en beoordeeld worden op de mate van overeenkomsten en verschillen. Observatiegegevens en andere metingen zullen de interpretatie van de gegevens moeten ondersteunen. Dat van op het individu toegesneden methoden meestal geen betrouwbaarheid en validiteit bekend zijn, wil volgens Reitsma, Bosch en Anbeek (1980) niet zeggen dat de methoden niet betrouwbaar en valide zijn. Naast alle problemen rond de diagnostische instrumenten zelf zijn er vele factoren die van invloed kunnen zijn op de resultaten van (psycho)motorische tests, -observaties en vraagmethoden. Deze zijn te onderscheiden in kindfactoren, onderzoekerfactoren, interactiefactoren en overige factoren. Wiegersma (1980) en Veerman (1992) onderscheiden de volgende:

- *kindfactoren*: faalangst; geremdheid; overmoed; gebrek aan nauwkeurigheid; het niet begrijpen van de bedoeling van de opdracht; algemene lichamelijke toestand; vermoeidheidsverschijnselen; het cognitieve ontwikkelingsniveau; vermogen tot zelfinzicht; onbewuste vertekening; afwijkende referentiegroep; geslacht van het kind;
- *onderzoekerfactoren*: persoonlijkheidskenmerken van de onderzoeker; geslacht van onderzoeker;
- *interactiefactoren*: het zich willen bewijzen tegenover de onderzoeker; het heel angstig zijn tegenover de onderzoeker; of het kind de onderzoeker al dan niet kent; sociale wenselijkheid;
- *overige factoren*: aard van de onderzoeksruimte; invloed van ziekte; eerdere fysieke en psychische belasting; weertype; tijdstip van de dag.

Daarnaast moet er volgens Wiegersma ook op gelet worden of het kind zich houdt aan de afspraken en in die zin eerlijk is in zijn prestaties. Observaties van deze factoren zijn van belang voor de totaalevaluatie van het kind. Bij de interpretatie van de testgegevens zal hiermee rekening moeten worden gehouden. Ook cultuurverschillen kunnen van grote invloed zijn op de testresultaten (Wiegersma, 1980). Harris, Olthof en Vos (1980) wijzen op het probleem dat een gebrekkige prestatie van een kind in een bepaald gedeelte van de test kan zijn veroorzaakt doordat het een probleem heeft met een voorafgaand gedeelte, zoals de verbale instructie of het onthouden daarvan.

Samenvattend kan worden gesteld dat er vele haken en ogen verbonden zijn aan het gebruik van bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten. In het algemeen geldt dat diagnostische begrippen aan verandering onderhevig zijn en geen objectieve waarheid in zich bergen. De waarde van diagnostiek is dan ook altijd relatief (Verhulst, 2000b). Het relateren van (psycho)motorische problemen aan het dagelijkse leven lijkt belangrijk. In die zin hebben observaties de voorkeur boven kwantitatieve tests in gestandaardiseerde situaties. Daarnaast is het belangrijk er zorg voor te dragen dat er geen sprake is van slechts één momentopname. Voor de (dag)klinische situatie geldt dat observatie op verschillende plekken (in de thuissituatie, op school of in de leefgroep) door de PMT-er niet altijd mogelijk is. Dit betekent dat er meerdere observatiemomenten in de PMT-ruimte moeten worden gepland, gespreid in de tijd.

7.4 Toepassing van bestaande instrumenten bij bijzondere doelgroepen

Uit de voorgaande paragrafen komt duidelijk naar voren dat met motorische meetinstrumenten niet eenduidig neurologische of gedragsmatige ontwikkelingsstoornissen kunnen worden vastgesteld. Volgens Netelenbos (1998) mag de diagnostiek van ontwikkelingsproblemen niet gebaseerd zijn op de resultaten van één meetinstrument. Ook Smyth en Mason (1997) benadrukken dat het van belang is bij diagnostiek geen conclusies te baseren op een enkele taak. Zo komt uit hun onderzoek naar 'clumsy' kinderen, [ook wel kinderen met 'Developmental Coordination Disorders' (DCD) genoemd], naar voren dat het vermogen om gebruik te kunnen maken

van proprioceptieve informatie niet met één taak is te meten. Deze kinderen blijken in sommige taken geen gebruik te kunnen maken van proprioceptieve informatie (bijvoorbeeld met ogen dicht de ene arm zo plaatsen als de andere arm door de onderzoeker is geplaatst). Dit lijkt hun vermogen om informatie over de houding te gebruiken voor het plannen van een beweging echter niet te ondermijnen. DCD is volgens Netelenbos (2002a) geen eenduidige stoornis, maar kent vele verschijningsvormen. Comorbiditeit is meer regel dan uitzondering. Volgens Leemrijse (2000a) hebben kinderen met DCD maar één ding gemeen: ze zijn allemaal anders. Dit geldt in het algemeen voor kinderen met een psychiatrische problematiek. Ieder kind is uniek in de oorzaken, de samenstelling en de mogelijke oplossingen van zijn problemen.

Motorische competentie is een belangrijke graadmeter voor de positie die een kind in zijn leeftijds-groep inneemt. *"Kinderen met een hoge sociale status in de klas zijn meestal de meer motorisch 'begaafde' kinderen, terwijl onhandige kinderen vaak in een min of meer sociaal geïsoleerde positie verkeren en geregeld gepest worden"* (Netelenbos, 2002a, p.10). Dit geldt meer voor jongens dan voor meisjes. Motorische stoornissen verdwijnen meestal niet vanzelf. *"Niet alleen is een motorische stoornis vaak permanent, ook de zogenaamde 'hevenproblematiek' in de vorm van leermoeilijkheden, slechte schoolprestaties, sociale en emotionele problemen, blijken bij veel van de kinderen met een motorische stoornis niet te verdwijnen, er kan zelfs een verslechtering optreden"* (Netelenbos, 2002a, p.4). De prognose van kinderen met een meervoudige stoornis is slechter dan die van kinderen met een enkelvoudige stoornis. Aanvullend op Vermeer (1997a) eerder in dit hoofdstuk, geeft Netelenbos (2002a) aan dat motorische behandelingsprogramma's geen generale verbeteringen in het motorisch gedrag van kinderen bewerkstelligen. Als er wel verbetering optreedt, heeft dat vaak betrekking op specifieke onderdelen en is de mate van verbetering niet dusdanig dat de behandelde kinderen niveaus bereiken die vergelijkbaar zijn met die van kinderen met een niet-afwijkende motoriek. Netelenbos (2002b) bepleit een dynamische benadering, waarbij een motorische stoornis niet als abnormaal of gestoord gedrag wordt opgevat, maar als atypisch gedrag, dat enkel afwijkt van de norm. Het gedrag wordt gezien als een adaptieve reactie, die op een geschikte wijze de nadelige effecten compenseert van een of meerdere van de samenstellende componenten. Het bereiken van normgedrag zou dan een bevreedend behandelingsdoel zijn. Als voorbeeld noemt hij het trage bewegingsgedrag bij kinderen met het syndroom van Down, welke adequaat is gezien het verminderd vermogen van deze kinderen om snel passende beslissingen te maken.

De uitingsvormen van de stoornissen van kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie kunnen zeer uiteenlopend zijn. Voor jonge kinderen in het algemeen is beweging van belang voor het opdoen van bewegings-ervaring en daarmee voor hun oriëntatie op de wereld. Bij bepaalde doelgroepen gaat dat niet zo vanzelfsprekend. Vaak hebben deze kinderen daar hulp bij nodig. Of het geleerde vervolgens toegepast kan worden in de dagelijkse levenssituatie hangt volgens Vermeer, Lanen en Hendriksen (1995) af van of er voldoende overeenstemming is bereikt tussen leer- en leefsituatie en of er voldoende motivatie is om het geleerde toe te passen. Dit is, zoals uitgebreid in hoofdstuk drie is beschreven, sterk afhankelijk van de succeservaringen die het kind heeft opgedaan en de zelfwaargenomen competentie. Bij het afnemen van competentie-belevingsschalen is het van belang bij speciale doelgroepen na te gaan met welke sociale groep het kind zich vergelijkt, met andere woorden welke referentiegroep gekozen wordt door het betreffende kind. Bij competentieschalen is het van belang dat het kind zich bewust is van wat leidt tot succes en wat tot mislukken, met andere woorden de interpretatie die het kind zelf geeft aan de gebeurtenissen die hebben geleid tot het resultaat. Daarnaast is het van belang rekening te houden met culturele verschillen, die verantwoordelijk kunnen zijn voor verschillen in bijvoorbeeld de percepties en oordelen die jeugdigen hebben over hun problemen en hun bereidheid deze te rapporteren. Het is volgens Verhulst en collega's (1993) dan ook van belang de normen van de tests aan te passen aan het land waar getest wordt en opnieuw te onderzoeken waar de grens ligt tussen normaal en afwijkend.

Bij een bijzondere doelgroep kunnen op een normale populatie ontwikkelde meetinstrumenten dus niet zonder meer worden toegepast. De toepassingsmogelijkheden houden vooral verband met het ontwikkelingsniveau van het kind. Vermeer, Lanen en Hendriksen (1995) verwachten dat als er sprake is van een ontwikkelingsachterstand een test te moeilijk kan zijn voor de aangegeven leeftijdsgroep en pleiten ervoor het leef-

tijdsbereik bij een specifieke doelgroep daarom te vergroten. Daarnaast zal het in sommige gevallen nodig zijn het kind hulp te bieden als het de test niet begrijpt. Voorts geven zij aan dat als een test appelleert aan een aantal cognitieve vaardigheden, de kans bestaat dat de resultaten van de test eerder worden bepaald door de cognitieve vermogens van het kind dan door de werkelijke vaardigheden op en/of competentiebeleving van het betreffende domein. Volgens Verheij (1989a, p.204) heten kinderen die worden opgenomen in een kinderpsychiatrische kliniek bij opname vaak niet testbaar. In de testsituatie zijn aanpassingen nodig om het kind tot de gewenste prestaties te laten komen. "*Aandachtsproblemen, concentratiestoornissen, werkhoudingsproblemen, relationele problemen en/of grote ontwikkelingsachterstanden geven dat de prestaties van het kind vaak buiten de gebruikelijke normeringen voor testafname vallen.*" Het is van belang de eventueel verkregen cijfers te relativeren en de prestaties van het kind te bekijken naast de andere over het kind beschikbare informatie. Ook Van Doorn (1992) geeft aan dat kinder- en jeugdpsychiatrische patiënten met ernstige problematiek zich bij de afname van tests vaak anders gedragen dan de groep waarop de test genormeerd is. De manier van afname zal vaak moeten worden aangepast aan de specifieke (on)mogelijkheden van het kind. Bij de interpretatie van de testgegevens speelt informatie uit andere bronnen een belangrijke rol. Toch pleit Van Doorn (1992) ervoor in principe een beperkte standaardtestbatterij af te nemen en daarna individuele hypothesen per kind te formuleren en aan de hand daarvan verder te toetsen (zie ook hoofdstuk zes). Om zicht te krijgen op de vraag waarom een test niet lukt kan volgens Van Doorn (1992) na een standaardafname gevarieerd worden met de aanbidding van de taak. Ook kan gewerkt worden met een oefenfase, waarin gekeken wordt naar de hoeveelheid en het soort hulp die het kind nodig heeft om de taak te kunnen uitvoeren. Emotionele problemen en gedragsproblemen kunnen op verschillende manieren interfereren met de opdracht situatie. De manier waarop en de mate waarin dit gebeurt moeten systematisch worden onderzocht. Het is daarbij belangrijk te letten op frustratietolerantie, reacties op eigen falen, inschatting van eigen functioneren en relatievorming tussen het kind en de volwassene (in welke mate kan de volwassene het gedrag structureren, hulp bieden, taakgerichtheid beïnvloeden en dergelijke). Om de vele mogelijk versturende variabelen zo min mogelijk van invloed te laten zijn op de psychomotorische diagnostiek suggereert Wiegersma (1980) om voor het werkelijke onderzoek een periode van kennismaking aan het onderzoek vooraf te laten gaan. Extreme reacties of emoties kunnen dan worden herkend en het kind kan zo geholpen worden de juiste attitude te vinden. Daarnaast is het van belang de bedoeling van het onderzoek uit te leggen en duidelijk te maken dat minder presteren geen verlies van waardering inhoudt opdat het kind eerlijk is in zijn prestaties. Uitgaande van de kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek zou gedacht kunnen worden aan aanpassingen zoals het aanbieden van concreet materiaal en opdrachten, het op verschillende manieren instrueren (auditief, visueel, tactiel), het vermijden van tijdsdruk en het structureren van de testsituatie waarbinnen echter ruimte blijft voor spontane motoriek en aanvullende observaties.

Samenvattend kunnen als specifieke moeilijkheden bij de diagnostiek van psychiatrische stoornissen op de kinderleeftijd en in de adolescentie genoemd worden: de moeilijk te bepalen grens tussen ziekte en gezondheid of tussen stoornis en normaliteit, het feit dat informatie van verschillende informanten (zoals ouders, leerkracht, het kind zelf en de clinicus) waarop de diagnostische gegevens gebaseerd worden, vaak slechts geringe overeenstemming vertoont, het feit dat de leeftijd van het kind van groot belang is bij het vaststellen van diagnostische criteria (bijvoorbeeld: separatieangst is normaal bij een peuter, maar abnormaal bij een adolescent) en het tot voor kort ontbreken van adequate gestandaardiseerde diagnostische instrumenten, zoals interviews en vragenlijsten (Verhulst, 1996, p.6). Aan iedere methode om psychopathologie vast te stellen zijn voor- en nadelen verbonden en de keuze voor een bepaalde methode hangt af van de omstandigheden en het doel.

7.5 Psychometrische eisen

De betrouwbaarheid van een instrument zegt iets over de mate waarin toevalligheden de onderzoeksresultaten kunnen beïnvloeden. Validiteit betekent dat er daadwerkelijk wordt gemeten wat men denkt te meten (Ketelaar, 1997, p.34). Een onderzoeksinstrument is betrouwbaar als de resultaten zo min mogelijk

afhankelijk zijn van toevalligheden (bijvoorbeeld de situatie of degene die de test afneemt). Er zijn twee soorten betrouwbaarheden: de test-hertest betrouwbaarheid, wat wil zeggen dat wanneer een instrument op verschillende momenten bij 'stabiele' personen wordt afgenomen er sprake moet zijn van consistente scores, en de interbeoordelaar betrouwbaarheid, wat wil zeggen dat als verschillende beoordelaars dezelfde persoon scoren er sprake moet zijn van consistente scores. Bij validiteit moet het doel van het meetinstrument (discriminatief, predicatief of evaluatief) in ogenschouw worden genomen. Een valide discriminatief instrument maakt onderscheid tussen bijvoorbeeld kinderen met en zonder motorische stoornissen, terwijl een valide evaluatief instrument verandering in de tijd meet als deze er werkelijk is. Voor validering van een discriminatief instrument kunnen de resultaten van de test worden vergeleken met het oordeel van een deskundige of met resultaten van een test waarvan het discriminatieve vermogen al eerder is aangetoond. Bij discriminatieve instrumenten wordt altijd gebruik gemaakt van normgroepen. Een probleem daarbij is dat als een test bijvoorbeeld in de Verenigde Staten is ontwikkeld en gevalideerd, de normscores niet zomaar voor de Nederlandse populatie kunnen worden gebruikt. Er dienen dan normtabellen voor Nederlandse kinderen ontwikkeld te worden en een eventuele Nederlandse versie van een test moet opnieuw worden onderzocht op betrouwbaarheid.

Douwes Dekker (1990) geeft aan dat veel (psycho)motorische onderzoeksmethoden methodologisch niet goed onderbouwd zijn. Hoewel recent ontwikkelde instrumenten over het algemeen beter aan de psychometrische eisen voldoen dan oudere instrumenten (Ketelaar e.a., 1996) wordt de keuze uit diverse meetinstrumenten vaak meer bepaald door praktische dan door testtheoretische motieven (Ketelaar, 1997; Smits-Engelsman, 1995). Veel van de gebruikte (psycho)motorische tests voldoen dan ook niet aan testtheoretische criteria zoals standaardisatie, betrouwbaarheid en validiteit. Veel (psycho)motorische tests, bewegingsobservatie-instrumenten en vraagmethoden zijn genormeerd op een normale (niet-kinderen jeugdpsychiatrische) populatie of hanteren normeringsgegevens, gebaseerd op buitenlandse populaties. Indien de instrumenten toegepast zijn bij bijzondere doelgroepen, zoals bij kinderen in de kinder- en jeugdpsychiatrie, betreft het vaak kleine groepen, waardoor de uitkomsten van het onderzoek niet te generaliseren zijn. Daarnaast zijn er veel instrumenten waarvan geen normerings-, betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens bekend zijn, of waarvan de gegevens in de literatuur elkaar tegenspreken. Veel van de in de literatuur gevonden instrumenten blijken niet te voldoen aan validiteits- en betrouwbaarheidscriteria (Evers, Van Vliet-Mulder & Ter Laak, 1992; Douwes Dekker, 1990; Netelenbos, 2002a).

De inventarisatie en beschrijving van instrumenten, die mogelijk een rol kunnen spelen binnen de psychomotorische diagnostiek, is voor het overgrote deel het resultaat van literatuuronderzoek en niet van eigen gebruik. Het grote aantal instrumenten (67) dat in eerste instantie is onderzocht, maakte het onmogelijk alle instrumenten aan te schaffen en zelf in de praktijk te brengen. Bij de beschrijving van de psychomotorisch diagnostische instrumenten is in het kader van dit onderzoek gebruik gemaakt van de volgende categorieën (Evers, Van Vliet-Mulder & Ter Laak, 1992; Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000):

- *uitgangspunten bij testconstructie: worden gebruiksdoel en meetpretentie aangegeven?; hoe is de theoretische achtergrond en operationalisatie daarvan?;*
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding: zijn testopgaven, scoring en instructie gestandaardiseerd?; wordt steun geboden bij de interpretatie van de scores?;*
- *normen: worden er normen verstrekt en zijn deze representatief voor de doelgroep?;*
- *betrouwbaarheid: is deze onderzocht met paralleltest, test-hertest, interne consistentie of overeenstemming tussen beoordelaars?;*
- *validiteit: is er onderzoek geweest naar predictieve validiteit of begripsvaliditeit?*

Daarnaast zijn van alle instrumenten diverse basisgegevens verzameld, welke tevens zijn vermeld in het overzicht in appendix één. Dit betreffen:

- *naam instrument;*
- *items waarop het instrument betrekking heeft;*
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode);*

- *dimensie (structuur/functie-activiteit-participatie);*
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief);*
- *doelgroep;*
- *leeftijd;*
- *duur van de test.*

De waarde die mag worden gehecht aan de uitkomsten van een instrument zijn met name af te lezen aan de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument, in combinatie met het doel. Tezamen bepaalt dit de klinische bruikbaarheid van een instrument.

Samenvattend voldoen vele van de - vaak op praktische gronden gekozen - instrumenten, die momenteel in het werkveld gebruikt worden niet aan de psychometrische eisen. Het is in het kader van dit onderzoek van belang tot een overzicht te komen van diverse instrumenten voor wat betreft psychometrische gegevens en klinische bruikbaarheid. Vanuit dit overzicht kunnen ten behoeve van het vervolg van dit onderzoek de op dit moment best bruikbare instrumenten worden geselecteerd.

7.6 Een overzicht van bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten

Met de waarschuwingen uit de vorige paragrafen in het achterhoofd, worden in appendix één 67 psychomotorische tests, -observatieinstrumenten en vraagmethoden met betrekking tot de psychomotoriek weergegeven met een mogelijke relevantie voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het doel hiervan is te onderzoeken of er direct bruikbare instrumenten zijn die alle aspecten van de psychomotoriek, zoals omschreven in het referentiekader, kunnen omvatten en bruikbaar zijn binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. De instrumenten zijn gerubriceerd via een schema, dat in één oogopslag duidelijk maakt wat er bekend is van de verschillende instrumenten en waar informatie nog ontbreekt. Gegevens over betrouwbaarheid en validiteit van de verschillende tests zijn niet altijd te achterhalen. Het is niet de bedoeling geweest alle beschikbare instrumenten weer te geven, doch alleen die regelmatig gebruikt worden binnen het werkveld en/of mogelijk gebruikt kunnen worden binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Gallahue en Ozmun (1998) wijzen erop dat er honderden tests bestaan, zowel gepubliceerd als ongepubliceerd. Het is moeilijk als individuele PMT-er uit al deze instrumenten die tests of vragenlijsten te selecteren die het meest passend zijn voor het betreffende individu of de betreffende groep. Daarbij spelen de diagnostiekvraag, de karakteristieken van het instrument en de capaciteiten van de diagnosticus een rol. In deze fase van het onderzoek is ervoor gekozen van veel instrumenten een korte inhoud en psychometrische gegevens - voor zover bekend -, aan te geven om duidelijk te maken wat er voorhanden is en wat de kwaliteiten zijn van instrumenten die nu vaak worden gebruikt. Een uitgebreidere beschrijving van de instrumenten die in de loop van dit onderzoek zijn geselecteerd als de 'voorlopig-best-mogelijke', wordt weergegeven in bijlage vijf van het PMDC (zie appendix twee).

In eerste instantie zijn de instrumenten in het overzicht uit literatuuronderzoek naar voren gekomen. Daartoe is in het verlengde van het algemene literatuuronderzoek ten behoeve van dit onderzoek gebruik gemaakt van de bestanden 'Medline' en 'PsychLIT' uit de jaren 1990-1998. Met behulp van de volgende zoektermen en combinaties van termen is gezocht naar relevante literatuur over psychomotorische meetinstrumenten: child psychiatry; adolescent psychiatry; developmental disorders; child behavior disorders; behavior disorders; child development; adolescent psychology; attention deficit disorder with hyperactivity; pervasive development disorders; motor function; motor skills; motor performance; psychomotor performance; psychomotor disorders; psychomotor agitation; movement disorders; body image disturbances; evaluation; measurement; treatment outcome; world health organization; dance therapy; exercise therapy; movement therapy; awareness; self-concept; motivation; self assessment (psychology). Tevens zijn referenties uit relevante artikelen gebruikt, de zogenaamde sneeuwbal-methode. Ter actualisering zijn de OVID bestanden 'PsychINFO' en 'Current Contents' op dezelfde termen nagekeken tot en met 2001. Het schema is herhaaldelijk herzien en aangescherpt met behulp van een deskundige op het gebied van psychomotorische tests.

In het overzicht is voor de weergave van betrouwbaarheids-, validiteits-, en normeringsgegevens waar mogelijk uitgegaan van de COTAN (Evers e.a., 1992, 2000), de handleiding van het instrument en secundaire literatuur. Indien de gegevens uit deze informatiebronnen elkaar tegenspreken is dit binnen het schema als volgt aangegeven:

1. cotan
2. handleiding
3. secundaire literatuur

De COTAN hanteert de volgende normen voor betrouwbaarheid: $>.90$ = goed en $.80 - .90$ = matig. Waar bekend wordt de vorm van betrouwbaarheid die is bepaald in het schema weergegeven door de volgende aanduidingen: Rtt= test-hertest betrouwbaarheid; R= interbeoordelaar betrouwbaarheid; α = interne consistentie.

In de vijfde kolom van het overzicht wordt de dimensie vermeld waarbinnen de meetpretentie van het instrument valt. Het is belangrijk daarbij op te merken dat hetgeen beoogd wordt te meten (meetpretentie) niet altijd overeenkomt met wat werkelijk gemeten wordt. Netelenbos (1998) geeft in deze aan dat motorische test alleen kunnen meten in de activiteitendimensie, terwijl veel instrumenten pretenderen iets te kunnen zeggen over de structuur/functie dimensie.

Evers, Van Vliet-Mulder en Groot (2000, p.17) geven aan dat onvoldoende informatie over betrouwbaarheid of validiteit niet hoeft te betekenen dat een instrument onbruikbaar is. Een dergelijk instrument kan in combinatie met andere instrumenten toch nuttige informatie opleveren. *"Voor de deskundige testgebruiker heeft het oordeel 'onvoldoende' (voor welke categorie dan ook) vooral de functie van waarschuwingssignaal: 'testgebruiker wees voorzichtig!' Voor de minder deskundige testgebruiker is de boodschap, vooral wanneer er meerdere onvoldoenden voor een test voorkomen: 'testgebruiker gebruik deze test maar liever niet!'"*

In Appendix één staan 67 psychomotorische diagnostische methoden beschreven, waarvan 27 vragenlijsten, 24 tests, acht observatiemethoden, vijf checklists en drie combinaties. Binnen de structuur/functie en activiteitendimensie zijn verschillende instrumenten beschikbaar voor kinderen en jeugdigen, al zijn deze niet specifiek voor de kinder- en jeugdpsychiatrische doelgroep ontworpen en genormeerd. Binnen de participatiedimensie zijn weinig instrumenten beschikbaar.

7.7 Conclusies

De resultaten uit literatuuronderzoek, zoals weergegeven in dit hoofdstuk en appendix één, stemmen weinig hoopvol: er is geen instrument dat voldoet aan alle eisen voor gebruik binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Minder dan de helft van de bekende psychomotorische diagnostische instrumenten blijkt betrouwbaar én valide te zijn. Slechts bij een derde van de instrumenten worden normeringsgegevens vermeld. In veel gevallen betreft het buitenlandse gegevens, die niet zonder meer mogen worden toegepast op Nederlandse kinderen. In geen van de gevallen is de normering aangepast aan de specifieke kinder- en jeugdpsychiatrische doelgroep. Gebruik van genoemde instrumenten is derhalve altijd een compromis, vergt veel voorzichtigheid bij de interpretatie van de verkregen gegevens, maakt het noodzakelijk verschillende instrumenten naast elkaar te gebruiken en vraagt om integreren van informatie in multidisciplinair verband.

Psychomotorische diagnostiek richt zich niet alleen op kwantitatieve afwijkingen van de norm, maar vooral ook op kwalitatieve afwijkingen die van invloed zijn op het dagelijks leven.

In dit onderzoek wordt gestreefd naar een psychomotorisch diagnosticum dat betrekking heeft op de constateerbare werkelijkheid, dat expliciteerbaar en overdraagbaar is en dat alle aspecten met betrekking tot de psychomotoriek in zich draagt. In het volgende hoofdstuk zullen veldgegevens worden verzameld om een goed beeld te krijgen hoe psychomotorische diagnostiek op dit moment in het veld plaatsvindt, waar de leemten en behoeften liggen voor wat betreft diagnostiek door de psychomotorisch therapeuten en wat voorwaarden zouden zijn om tot implementatie van een nieuw psychomotorisch diagnostisch construct te kunnen komen.

Hoofdstuk 8 Het gebruik van PsychoMotorische Diagnostische Instrumenten in het werkveld

*Voor het kennen van de Weg
Moeten we gewoon op Weg
De dingen doen,
Liefst met plezier
Dat hoeft niet dáár
Dat kan ook hier
(Hoff, 1999, p.168)*

8.1 Inleiding

Naast een begrippenkader, zoals in Deel I van dit onderzoek is beschreven, is het voor de implementatie van een systematische psychomotorische diagnostiek van belang te onderzoeken in hoeverre en op welke manier psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld op dit moment plaatsvindt. Gedachtekaders achter het gebruik van verschillende psychomotorisch diagnostische instrumenten dienen te worden achterhaald en tevens moet worden geïnventariseerd waar de behoeften van de PMT-ers in het werkveld liggen met betrekking tot diagnostiek.

Het doel van dit hoofdstuk is het in kaart brengen van de huidige situatie voor wat betreft de toepassing van psychomotorische diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland. Het betreft een kwalitatief onderzoek, met als methoden twee verschillende vragenlijsten, veldinterviews en expertinterviews. Zoals in de voorgaande hoofdstukken beschreven, staat de diagnostiek binnen de psychomotorische therapie (PMT) nog in de kinderschoenen. Daarom is een voorzichtige, pre-wetenschappelijke benadering van het veld noodzakelijk. Het gaat hier om een inventarisatie waarbij het accent niet ligt op het verkrijgen van kwantitatieve gegevens, maar op het krijgen van een indruk van de kwaliteit van de aanwezige psychomotorische diagnostische procedures. Bij kwalitatief onderzoek vertonen de uiteindelijke gegevens altijd een mate van ruis, op basis van de interpretaties door de onderzoeker. Om replicatie van het onderzoek mogelijk te maken is zoveel als mogelijk aangegeven welk type vragen de vragenlijsten en interviews bevatten en hoe deze zijn opgebouwd. Tevens is de wijze van verwerking verantwoord. Het is volgens Swaans-Joha (1988) bij praktijkgericht onderzoek van groot belang dat de onderzoeker zich zo open mogelijk opstelt en zich laat leiden door wat er in de praktijk gebeurt en niet door zijn eigen vooropgezette ideeën ('open design' onderzoek). Dit streven was uitgangspunt bij het onderzoeken van de huidige situatie in het werkveld. De artikelen die in het kader van dit onderzoek zijn geschreven zijn pas na deze fase van veldonderzoek gepubliceerd. Het is daardoor niet mogelijk dat PMT-ers die hebben meegewerkt aan de vragenlijsten en interviews reeds door het gedachtegoed van de onderzoeker waren beïnvloed.

De vraagstelling van dit inventariserende onderzoek betreft derhalve de aandacht voor en de inhoud van psychomotorische diagnostiek in instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland. Het veldonderzoek is als volgt opgezet:

- Korte vragenlijst: Er is een korte vragenlijst opgesteld die naar een groot aantal instellingen in het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld is verstuurd. Hierin werd gevraagd of er op enigerlei manier aandacht wordt besteed aan psychomotorische diagnostiek;
- Uitgebreide vragenlijst: Op basis van de resultaten van de korte vragenlijst is een uitgebreide vragenlijst opgestuurd naar alle instellingen waarin psychomotorische diagnostiek een plaats heeft. Hierin is met name naar de inhoud van de psychomotorische diagnostiek gevraagd;
- Verdiepend interview: Vervolgens is contact gezocht met een aantal instellingen voor een verdiepend interview over het systematisch toepassen van psychomotorische tests, bewegingsobservatie-instrumenten en vraagmethoden;

- Expertinterviews: Tenslotte is een aantal interviews gehouden met experts op het gebied van psychomotorische testen en de ICIDH-2.

De opzet van het onderzoek is zodanig dat representativiteit wordt beoogd. De gebruikte vragenlijsten en interview-topiclijst zijn bij de onderzoekster opvraagbaar.

8.2 Korte vragenlijst

8.2.1 Methode

Respondenten: Naar 118 instellingen binnen de kinder- en jeugd-GGz in Nederland is een korte vragenlijst verstuurd. Het betrof kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen (hierna te noemen de KJP-groep), Medisch kinderdagverblijven (hierna te noemen de MKD-groep), en Riagg-jeugdafdelingen en kinder- en jeugdpsychiatrische poliklinieken (hierna te noemen de ambulante GGz-groep).

Instrument: De vragenlijst bestond uit enkele vragen om te achterhalen of er bij de betreffende instelling een PMT-er/bewegingstherapeut werkzaam is en of er binnen de instelling kinderen psychomotorisch worden onderzocht.

Analyse: De gegevens worden kwantitatief beschreven.

8.2.2 Resultaten

Door de 118 aangeschreven instellingen werden in eerste instantie 89 vragenlijsten geretourneerd, een respons van 75,4 procent. Bij analyse van de lijsten bleek een aantal instellingen te zijn gefuseerd. Vragenlijsten die door verschillende subafdelingen werden teruggestuurd, zijn voor het vervolg van dit onderzoek samengenomen tot één instelling. Na correctie voor deze fusies bedroeg het aantal instellingen 109. Na het versturen van een reminder bedroeg de respons 93,6 procent (102/109). Na het vervolgens telefonisch benaderen van de zeven instellingen die nog niet gereageerd hadden kwam de respons op 100 procent.

De gegevens van de korte vragenlijst zijn twee keer geanalyseerd om de kans op fouten daarin te verkleinen. Uit de analyse van de vragenlijsten bleek dat 51 instellingen een PMT-er in dienst hebben. Daarnaast is bij tien instellingen een fysiotherapeut, sensomotorisch therapeut, bewegingsexpressietherapeut of cesartherapeut werkzaam, die zich bezighouden met psychomotorische diagnostiek.

Door 53 instellingen werd aangegeven dat er psychomotorische diagnostiek plaatsvindt. Dit is 48,6 procent van de aangeschreven instellingen. Het percentage instellingen dat gebruik maakt van psychomotorische diagnostiek verschilt opmerkelijk tussen de drie grote groepen instellingen (zie tabel). Met name de ambulante GGz-groep blijkt weinig gebruik te maken van psychomotorische diagnostiek. Slechts 12 van de 56 aangeschreven Riagg's hebben een PMT-er in dienst.

KJP-groep	27 van de 32 respondenten	84,4 procent
MKD-groep	14 van de 21 respondenten	66,7 procent
ambulante GGz-groep	12 van de 56 respondenten	21,4 procent
alle instellingen tezamen	53 van de 109 respondenten	48,6 procent

Figuur 9. Percentage instellingen dat gebruik maakt van psychomotorische diagnostiek

In verhouding vindt psychomotorische diagnostiek vaker bij kinderen (0-12 jaar) dan bij jeugdigen (12-18 jaar) plaats (4:3) en wordt de diagnostiek vaker op indicatie uitgevoerd, dan systematisch bij ieder kind/iedere jeugdige (2:1). Bij sommige instellingen wisselt dit per afdeling (bijvoorbeeld op de klinische afdeling systematisch, poliklinisch alleen op indicatie) of wordt ieder kind gescreend, maar vindt nadere diagnostiek alleen op indicatie plaats.

Een aantal instellingen geeft aan momenteel geen PMT-er in huis te hebben, maar wel geïnteresseerd te zijn in de mogelijkheden van psychomotorische diagnostiek. Vier instellingen verwijzen voor psychomoto-

risch onderzoek door naar een andere instelling. Deze instellingen zijn niet meegenomen in de telling en hebben geen uitgebreide vragenlijst ontvangen.

De 53 instellingen die zich bezig houden met psychomotorische diagnostiek kwamen in aanmerking voor verder onderzoek. Anticiperend op de verdiepende interviews en om tot een selectie voor deze interviews te kunnen komen is gekozen voor een uitgebreide vragenlijst, die naar alle 53 instellingen is verstuurd. Hier wordt in de volgende paragraaf nader op ingegaan.

8.2.3 Discussie

Een tweetal PMT-ers maakte een aantekening dat de vraag of er psychomotorisch *getest* wordt niet juist is. Zij maken geen gebruik van tests, maar wel van psychomotorische observatie. Geconcludeerd kan worden dat beter de formulering psychomotorisch *onderzocht* had kunnen worden gebruikt. Het wordt echter onwaarschijnlijk geacht dat door deze formulering PMT-ers die zich wel met psychomotorische diagnostiek bezighouden, maar niet testen in engere zin, 'heer' zouden hebben ingevuld en daarom ten onrechte geen uitgebreide vragenlijst zouden hebben ontvangen.

8.3 Uitgebreide vragenlijst

8.3.1 Methode

Respondenten: Naar de 53 instellingen die positief op de vragen van de korte vragenlijst reageerden is een uitgebreide vragenlijst gestuurd. Om zicht te krijgen op de dagelijkse praktijk zijn vragen gesteld rond drie aspecten van psychomotorische diagnostiek, te weten praktische aspecten, vakinhoudelijke aspecten en aspecten rond het gebruik van instrumenten (Van Burg, 2000).

Instrument: De uitgebreide vragenlijst bestond uit 24 vragen. De opbouw van de vragenlijst verliep van meer zakelijke vragen zoals "*Wordt binnen uw instelling ieder kind/iedere jeugdige psychomotorisch onderzocht of gebeurt dit alleen op indicatie*" naar meer open vragen zoals "*Welke meerwaarde kunnen psychomotorische diagnostische instrumenten volgens u hebben naast de gebruikelijke cognitieve en emotioneel-sociale instrumenten*". Voor zover mogelijk waren de antwoorden voorgestructureerd en hoefde de respondent slechts een hokje aan te kruisen.

Analyse: De analyse van de vragenlijsten had een kwalitatief karakter. Het doel was het verzamelen van uitgebreide informatie met betrekking tot de huidige situatie rond psychomotorische diagnostiek binnen de kinder- en jeugd-GGZ. De analyse heeft voornamelijk bestaan uit het rubriceren van informatie en het vergelijken van de drie hoofdgroepen respondenten [de KJP-groep, de MKD-groep en de ambulante GGZ-groep (bestaande uit Riagg-jeugdafdelingen en kinder- en jeugdpsychiatrische poliklinieken)]. De vragenlijsten zijn door de onderzoeker en een assistent-onderzoeker onafhankelijk van elkaar geanalyseerd, waarna de resultaten zijn vergeleken en verdere analyse plaatsvond. Onderzoeker en assistent-onderzoeker kwamen in vrijwel alle gevallen tot dezelfde resultaten en verschilden slechts in details. De verschillen zijn ten behoeve van verdere analyse besproken, waarna tot volledige overeenstemming werd gekomen. Het doel van de onafhankelijke analyse was de betrouwbaarheid van de weergave van de resultaten te vergroten. Omdat het in dit deelonderzoek ging om een *beschrijving* van de huidige situatie in het werkveld en niet om exacte aantallen, is er geen interbeoordelaar overeenstemming berekend. In de vragenlijst werd onder kinderen iedereen van 0-12 jaar en onder jeugdigen iedereen van twaalf tot achttien jaar verstaan.

8.3.2 Resultaten

Uit de geretourneerde vragenlijsten bleek dat bij twee van de aangeschreven instellingen geen psychomotorische diagnostiek plaatsvindt, wat in tegenspraak was met de reactie op de korte vragenlijst. Daarmee werd het aantal 'bruikbare' instellingen 51. Het responspercentage na het versturen van twee reminders bedroeg 76,5 procent. Na het telefonisch benaderen van de overige instellingen kwam de respons op 84,3 procent. Een geretourneerde lijst bleek onbruikbaar voor verdere analyse door onduidelijke en onvolledige invulling. Voor de uiteindelijke analyse zijn elf vragenlijsten uit de MKD-groep, zes vragenlijsten uit de ambulante

GGz-groep en 25 vragenlijsten uit de KJP-groep geanalyseerd. De vragenlijsten van instituten die door meerdere PMT-ers zijn ingevuld zijn geanalyseerd als één vragenlijst, aangezien er bij dit deelonderzoek wordt uitgegaan van de instellingen binnen de kinder- en jeugd-GGz en niet van de respondenten als persoon.

De resultaten worden kwalitatief beschreven aan de hand van de onderwerpen van de uitgebreide vragenlijst. Voor dit deelonderzoek zijn niet de exacte aantallen van belang, maar een globale beschrijving van de huidige situatie in het werkveld en de behoeften van PMT-ers met betrekking tot psychomotorische diagnostiek. Derhalve zullen de resultaten worden weergegeven in globale termen. Daarbij is er sprake van 'meestal/het merendeel van de respondenten' als meer dan tweederde een dergelijke mening verwoordde, 'een enkele keer/een enkeling' als het minder dan eenderde van de respondenten betrof en 'ongeveer even vaak/ongeveer de helft van de respondenten' als het aantal respondenten met een dergelijke mening tussen eenderde en tweederde lag.

Praktische aspecten

Binnen de MKD-groep wordt ongeveer even vaak aangegeven dat psychomotorisch onderzoek op indicatie plaatsvindt als dat psychomotorisch onderzoek bij ieder kind (systematisch) plaatsvindt. Binnen de ambulante GGz-groep daarentegen vindt alleen psychomotorisch onderzoek op indicatie plaats. Binnen de KJP-groep wordt gedifferentieerd naar soort opname (bijvoorbeeld klinisch versus dagklinisch, kort- versus langdurig) en is er sprake van een grote diversiteit. Bij de drie groepen instellingen geven de meeste respondenten aan dat in teamverband wordt besloten of er een indicatie is voor psychomotorische diagnostiek. Alleen binnen de KJP-groep geven enkelen aan dat dit door één persoon gebeurt. Dit kan de PMT-er zijn, de kinder- en jeugdpsychiater of degene die de intakes doet. In alle drie groepen wordt door het merendeel van de respondenten gesteld dat het diagnostisch onderzoek in de diagnostische fase of observatiefase plaatsvindt. Daarnaast komt onderzoek in de behandelingsfase of in de intakefase een enkele keer voor. Het merendeel betreft dus aanvangsdiagnostiek.

Met betrekking tot frequentie en duur van de diagnostieksessies geeft het merendeel van de MKD-groep aan kinderen één tot twee maal te diagnosticeren, gedurende 30-45 minuten. De ambulante GGz-groep ziet kinderen/jeugdigen gemiddeld één tot vijf maal gedurende 45-60 minuten. De KJP-groep laat de grootste variatie zien: van één sessie tot drie maanden lang twee maal per week en gedurende 30 - 75 minuten. Uit de vragenlijsten komt naar voren dat er binnen de MKD-groep sprake is van zogenaamde piekmaanden na de zomer, wanneer er veel nieuwe kinderen opgenomen en onderzocht moeten worden. Binnen de twee andere groepen lijkt dit meer gespreid.

Binnen de MKD-groep vindt bij meer dan de helft van de respondenten een follow-up onderzoek plaats. Dit gebeurt meestal gedurende de behandelingsfase en een enkele keer aan het einde van de plaatsing. Zowel bij de ambulante GGz-groep als bij de KJP-groep geeft het merendeel van de respondenten aan geen follow-up onderzoek te doen.

Vakinhoudelijke aspecten

Er is grote verscheidenheid in scholing. Binnen de MKD-groep zijn ongeveer evenveel universitair opgeleiden als HBO-ers werkzaam. Opvallend binnen deze groep is het relatief grote aantal fysiotherapeuten/cesartherapeuten dat zich bezighoudt met psychomotorische diagnostiek. Binnen de GGz-groep en de KJP-groep komen zij niet voor. Binnen de ambulante GGz-groep vormen de universitair opgeleiden verreweg de grootste groep. Binnen de KJP-groep vormen de PMT-ers met een voortgezette opleiding (VO-PMT) de meerderheid.

De indicatiecriteria voor psychomotorische diagnostiek die door de 42 uiteindelijke respondenten genoemd werden zijn onderverdeeld in zes subgroepen, namelijk de vier ontwikkelingsdomeinen (biologisch-lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal), 'aard van de psychiatrische stoornis' en 'indicatie voor therapie en bijdrage aan de algehele diagnostiek'. De MKD-groep noemt geen indicaties voor therapie of bijdrage aan de algehele diagnostiek. Binnen deze groep ligt het accent op het fysieke en het emotionele do-

mein. Binnen de ambulante GGz-groep ligt het accent op het emotionele domein, 'aard van de psychiatrische stoornissen' en 'indicaties voor therapie en bijdrage aan algehele diagnostiek'. De KJP-groep geeft het fysieke domein en 'aard van de psychiatrische stoornissen' als belangrijkste indicaties. Daarnaast worden het emotionele domein en de 'indicaties voor therapie en bijdrage aan algehele diagnostiek' regelmatig genoemd. Bij geen van de drie groepen ligt het accent op het cognitieve of het sociale gebied. Van de drie groepen wordt het cognitieve domein het meest genoemd door de KJP-groep, voor het sociale domein zijn er geen verschillen. In onderstaand overzicht worden per subgroep een aantal van de door de respondenten genoemde indicaties ter illustratie vermeld.

Biologisch- lichamelijk	Cognitief	Emotioneel	Sociaal	Psychiatrische stoornis	Indicatie thera- pie/bijdrage diagnostiek
(Psycho)motori- sche ontwikke- lings- achter- stand	Slecht zicht op eigen mogelijkhe- den	Onzeker, weinig zelfvertrouwen	Contactproble- men (met zichzelf, anderen, materi- aal)	Angststoornis, depressieve klachten, soma- tisatie	Bijdrage algehele diagnostiek
Regulatieproble- men, inclusief agressiviteit	Missen van planma- tig handelen	Vermoedens van seksueel mis- bruik	Gedragsproble- matiek op basis van missen van sociale vaardigheden	ADHD	Indicatie voor PMT onderzoeken
Bewegingsangst, spanning	Problemen ervarin- gen te integreren	Negatief zelf- en lichaams- beeld	Verstoorte relatie ouder-kind	Contactstoornis- sen	Behandelingsmo- gelijkheden en -doelstellingen
Onhandi- ge/houterige motoriek, bij- voorbeeld veel vallen	Moeite met verba- liseren	Gedragsproble- matiek op basis van emotionele problemen		Getraumatiseer- de kinderen, inclusief hech- tings- problematiek	Ingang via non- verbale activitei- ten zoeken
Organiciteit, neurologische aanwijzingen	Vragen rond cogni- tieve ontwikkeling	Verkenning van de beleavingswe- reld		Anorexia nervo- sa	
Lichaamsge- waar-wording en motorisch leer- vermogen	Schrijf- en leer- problemen	Vertrouwen, grenzen, angst voor nabijheid		Persoonlijk- heids-stoornis	

Figuur 10. Indicatiecriteria voor psychomotorische diagnostiek volgens de respondenten van de uitgebreide vragenlijst

In de vragenlijst werden op grond van een literatuurinventarisatie (Hammink, Verheij & Vermeer, 1999) 23 gedragskenmerken genoemd die zichtbaar kunnen zijn in het bewegen en de motoriek van kinderen binnen het psychiatrisch zorgveld. Deze kenmerken zijn ongeordend aan de respondenten voorgelegd. Van de 23 genoemde kenmerken worden er door de MKD-groep 22 door het merendeel van de respondenten herkend bij de eigen populatie. Het minst herkenbaar is 'afwijkingen in de verschuiving van zintuiglijke functies van proximaal (tast) naar distaal (horen, zien)'. Voor de ambulante GGz-groep geldt dat 20 kenmerken door meer dan de helft van de respondenten herkend worden. Het minst herkenbaar zijn voor deze groep 'moeite met het verwerven van zelfregulerend gedrag (greep krijgen op basale motorische vaardigheden)', 'moeite met het maken van adequate bewegingskeuzen' en 'afwijkingen in de verschuiving van zintuiglijke functies van proximaal (tast) naar distaal (horen, zien)'. Door de KJP-groep worden 21 kenmerken door het merendeel van de respondenten herkend. In deze groep zijn 'problemen met de intersensorische integratie (verbinden van informatie uit de ene modaliteit met informatie uit de andere modaliteit, bijvoorbeeld het auditieve met het visuele)' en 'afwijkingen in de verschuiving van zintuiglijke functies van proximaal (tast) naar distaal (horen, zien)' het minst herkenbaar. Voor alle drie groepen geldt dat het merendeel van de respondenten geen in-

strumenten noemt waarmee het desbetreffende kenmerk in kaart kan worden gebracht, maar dat wel situaties, bewegingsarrangementen of observatiepunten worden genoemd, waarin het betreffende kenmerk naar voren komt. Voor ieder kenmerk worden in onderstaand overzicht de meest genoemde bewegingsarrangementen, dan wel observatiepunten vermeld ter illustratie.

Gebrek aan differentiatie en integratie	Vrij spel	Klim- en klautersituaties met meerdere mogelijkheden
Verstoorde relatie met het zelf/eigen lichaam/eigen functioneren	Zichzelf over-/onderschatten tijdens verschillende activiteiten	Geen soepele bewegingen, moeite met complexe motorische vaardigheden
Moeite met verwerven van zelfregulerend gedrag	Lopen over een bank of wip	Trampoline-test
Onveilige/ambivalente hechting	Te veel of te weinig steun zoeken	Trampoline: niet durven vertrouwen op samen springen
Moeite met maken van overgangen	Zich uitend in onrustig rondrennen bij een overgang en niet kunnen stoppen met een activiteit	Bij verandering van spel of variaties toenemende onrust, stilvallen of regie overnemen
Angst bij nieuwe prikkels	Niet komen tot spel, aan de kant blijven zitten	Verkrampd in het bewegen
Moeite met ordenen van prikkels, intern en extern	Sterke reactie op geluiden buiten de zaal	Geen vorm kunnen geven aan spel met ongestructureerd materiaal, bijvoorbeeld een bal
Onvoldoende op gang komen van de autonomie	Geen keuzen kunnen maken	Spel niet zelf vorm kunnen geven
Afwijkingen in de verschuiving van zintuiglijke functies van proximaal naar distaal	Omgang met materiaal (voelen, likken, ruiken)	Sensorische integratie test
Onvermogen spel te ordenen en te structureren	Vrij spel, bijvoorbeeld met een bal	Zelf spel laten kiezen en regels uit leggen
Afwijkingen in de ontwikkeling van de egofuncties als frustratietolerantie	Mikken met bal op basket of kegels	Duelvormen
Overalert zijn/controle willen houden	Niet kunnen opgaan in spel, voortdurend therapeut in de gaten houden	Zich niet kunnen overgeven aan passief bewegen, bijvoorbeeld in een hangmat
Overschreeuwen van angsten	Klimactiviteiten	Mimiek in tegenspraak tot verbaliteit en houding
Verminderde exploratie	Omgang met nieuw materiaal	Vrij spel
Verstoord evenwicht in- en ontspanning	Bij ontspannende activiteiten voelbaar	Trampoline-observatie
Moeite met het maken van adequate bewegingskeuzen	Verkeerd inschatten van opdrachten	Sensorische integratietest
Problemen met het ervaren van lichaamsgrenzen	Bij op schoot zitten helemaal in iemand wegkruipen, distantieeloos	Veel botsingen bij contactsporten (bijvoorbeeld basketbal)
Problemen met de intersensorische integratie	Sensorische integratietest	Complexe bewegingsopdrachten
Afwijkende motorische ontwikkeling	Test voor motorisch niveau	Houterige motoriek, missen van basale vaardigheden
Verstorings in de lichaamswaarneming	Geen adequate reactie op pijn, bijvoorbeeld bij vallen	Veren [veerplank, luchtkussen, (mini)trampoline]
Problemen in beheersing en coördinatie van de motoriek	Balspel	Springen op trampoline
Ontbreken van bewegingsplezier	Na invoegen op niveau en tonen van interesse geen vreugde waarneembaar	Vlakke mimiek, geen lol maken, passief zijn
Gebrekkige afstemming op de ander	Activiteiten als samen op de wip, samen materialen dragen	Trampoline-test

Figuur 11. Bewegingsarrangementen en observatiepunten bij gedragskenmerken volgens de respondenten van de uitgebreide vragenlijst

Kenmerken die in deze opsomming niet genoemd zijn, maar die de respondenten zouden willen toevoegen zijn: ruimtegebruik, leren van opgedane ervaringen, kennis van het lichaamsschema, lichaamsbesef (herkennen van lichaamssignalen), concentratie, wijze waarop het spel al dan niet wordt vorm gegeven, aangaan van (lichamelijk) contact, oplossend vermogen van bewegingsproblemen, uitdrukingskwaliteit van bewegen (bewegingsbeeld), onderscheiden van realiteit en fantasie in spel, gebrekkige afstemming op de bewegingssituatie, psychotische structuur, uiterlijke kenmerken (lichaamsbouw, looppatroon, ademhaling, stem, lichamelijke bijzonderheden), dwanghandelingen, tics, stereotypieën, stemming tijdens de observatie, niveau van gedrag (al dan niet leeftijdsadequaat), belevingsaspecten, omgangsaspecten (communicatie), reactie op winnen/verliezen (prestatie), omgang met pijn, lichamelijke/seksuele geweldservaringen, seksuele ontwikkeling en omgang met eigen uiterlijk.

Voor de drie respondentgroepen ligt de meerwaarde van psychomotorische diagnostiek vooral in de extra informatie die uit het bewegingsgedrag en de lichaamstaal naar voren komt. Daarnaast zijn het speelse karakter, het aansluiten bij de belevingswereld en het beter kunnen komen tot indicaties voor de hulpvraag belangrijke meerwaarden. Ook wordt genoemd dat de ruimte, materialen en mogelijkheden van PMT een ander appèl doen op het kind, dat psychomotorische diagnostiek minder gerelateerd is aan het cognitieve ontwikkelingsniveau en dat het zich niet hoeven uitdrukken in woorden ervoor kan zorgen dat het kind zich in het doen en laten al snel veilig voelt. Bovendien vormt psychomotorische diagnostiek volgens de respondenten een belangrijke meerwaarde voor de differentiaaldiagnose en kan een duidelijke probleemstelling naar ouders toe worden gepresenteerd.

Het merendeel van de respondenten geeft aan het wenselijk te vinden dat een psychomotorisch diagnostisch construct ontwikkeld wordt voor kinderen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Enkele respondenten geven te kennen dit niet wenselijk te vinden, omdat zij naar zij aangeven nu reeds door de bomen het bos niet meer zien. Er kunnen, volgens de respondenten, vijf categorieën onderscheiden worden voor wat betreft de eisen waaraan een nieuw diagnostisch construct zou moeten voldoen:

- valide, betrouwbaar, genormeerd, gestandaardiseerd;
- praktisch, niet te uitgebreid, eenvoudig en overzichtelijk;
- informatie over deelaspecten van de problematiek;
- bijdrage aan het totaalbeeld van de psychiatrische diagnostiek;
- differentiatie tussen verschillende doelgroepen.

Voor wat betreft de aspecten van de psychomotorische ontwikkeling die in een dergelijk diagnosticum vertegenwoordigd zouden moeten zijn, verwijzen veel respondenten naar de vorige vragen uit de uitgebreide vragenlijst. De aspecten die nog expliciet genoemd worden zijn onder te verdelen in de vier ontwikkelingsdomeinen en een restgroep. Niet eerder genoemde aspecten die naar voren komen zijn de omgang met ruimte, materiaal en therapeut, een sterkte/zwakte analyse van het kind en een ontwikkelingsanamnese.

Gebruik van instrumenten

Het merendeel van de ambulante GGz-groep maakt gebruik van bestaande instrumenten. Bestaande instrumenten worden bij de MKD-groep en de KJP-groep door ongeveer de helft van de respondenten gebruikt. Er worden daarbij veel verschillende instrumenten genoemd, waaronder de Movement ABC, Bruininks, Oseretsky, de HMKTK, Bayley-Scales, sensorische intergratietest, LOS-KF18, KTK, Lateralisatietest van Vallaey, MOT, TST, signalenlijst voor seksueel misbruik van Lamers-Winkelmann, observatielijst ADHD, Laban Bewegingsanalyse, Trampoline van Kuin, de vragenlijst van Emck en lichaamswaarderings- en attitudelijsten. De redenen voor de keuze van de gebruikte instrumenten zijn te reduceren tot: leeftijd en probleemstelling, praktisch, geeft veel informatie en goed interpreteerbaar. Binnen de MKD-groep en de KJP-groep worden praktische overwegingen het meest genoemd, binnen de ambulante GGz-groep het informatie-gehalte.

Vanuit de drie respondentgroepen wordt aangegeven dat er (ook) eigen instrumenten gebruikt worden. Het betreft dan over het algemeen een eigen opgestelde vragen- en/of observatielijst. Binnen de ambulante GGz-groep gebruiken alle respondenten eigen instrumenten en binnen de MKD-groep en de KJP-groep bijna

alle respondenten. Binnen de MKD-groep geeft iets minder dan de helft van de respondenten aan de eigen instrumenten op bestaande instrumenten te hebben gebaseerd. De instrumenten die genoemd worden zijn: Test van Kiphard, sensorische intergratietest en de Oseretsky-test. Daarmee wordt het 'eigen' instrument een variatie op een bestaande test of vragenlijst. Iets meer dan de helft van de respondenten baseert de eigen instrumenten voornamelijk op kennis en ervaring en in iets mindere mate op literatuur. Een enkele keer worden collegiaal overleg en ontwikkelingsnormen genoemd. Binnen de ambulante GGz-groep baseren de respondenten het eigen instrument ongeveer even vaak op bestaande instrumenten, als op kennis en ervaring, als op beide. Als bestaande instrumenten, waarop het eigen instrument is gebaseerd worden onder andere genoemd de vragenlijst van Emck, specifieke neurologische tests, de lateralisatietest van Vallaey, Roozendaal's bewegingsanalyse en lichaamsattitudelijsten. Binnen de KJP-groep is het merendeel van de eigen instrumenten gebaseerd op kennis, ervaring, literatuur, collegiaal overleg en stage/opleiding, waarbij ervaring het meest genoemd wordt. Bestaande instrumenten die binnen deze groep genoemd worden zijn een lateralisatie-onderzoek, trampolineobservatie van Kuin, Roozendaal's bewegingsanalyse, HMKTk en een checklist van Van den Blink. Het merendeel van de respondenten geeft aan zowel bij bestaande als bij eigen instrumenten accentverschillen te leggen bij het gebruik van de verschillende instrumenten, afhankelijk van leeftijd en vraagstelling.

Op basis van de gebruikte instrumenten kunnen volgens de PMT-ers conclusies getrokken worden met betrekking tot de motorische ontwikkeling, het bewegingsgedrag en het algehele psychiatrische beeld. Binnen de MKD-groep en de ambulante GGz-groep worden alle drie de categorieën ongeveer even vaak genoemd. Binnen de KJP-groep daarentegen wordt de categorie 'motorische ontwikkeling' slechts door een enkeling genoemd. De categorie 'bewegingsgedrag' komt vaker naar voren, maar verreweg de meeste conclusies betreffen de categorie 'algehele psychiatrische beeld'. Door de meeste respondenten binnen de drie groepen wordt aangegeven dat de PMT-er de conclusies trekt, die door de kinder- en jeugdpsychiater in een breder kader worden gezet. Binnen de MKD-groep gebeurt dit in de regel door het team.

In de literatuur (Wiegersma, 1980; Veerman, 1992) worden, zoals al eerder genoemd in hoofdstuk zeven, vele factoren genoemd die van invloed kunnen zijn op testresultaten. De factoren zijn ongeordend aan de respondenten voorgelegd en worden in wisselende mate herkend. Enkele respondenten geven aan de genoemde factoren niet te willen minimaliseren, maar juist als observatiepunt te gebruiken. Zij zien minimaliseren als een vorm van interveniëren. Er wordt daarbij niet altijd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen testen, observeren en vragen. De factoren 'weertype', 'geslacht van onderzoeker en kind', 'persoonlijkheidskenmerken van de onderzoeker', 'onbewuste vertekening' en 'afwijkende referentiegroep' zijn voor minder dan 40 procent van de respondenten herkenbaar. De factoren 'of het kind de onderzoeker al dan niet kent', 'sociale wenselijkheid', 'gebrek aan nauwkeurigheid' en 'vermoeidheidsverschijnselen' worden door 40-50 procent van de respondenten herkend. De overige factoren worden door meer dan de helft van de respondenten herkend als van invloed zijnde op de testresultaten.

De manieren die respondenten aangeven om de invloed van de genoemde factoren te minimaliseren kunnen worden onderverdeeld in vier clusters: de houding van de onderzoeker, de testsituatie, de testinstructie en de testvoorwaarde. Van deze vier clusters worden in figuur twaalf de door de respondenten meest genoemde voorbeelden gegeven.

Een belangrijke opmerking die werd gemaakt is dat het noodzakelijk is regelmatig naar zich normaal ontwikkelende controlekinderen te kijken om te voorkomen dat de afwijkende ontwikkeling de norm wordt.

Op de vraag aan welke informatie op psychomotorisch gebied de respondenten nog behoefte hebben en waarin niet door middel van de hen bekende psychomotorische instrumenten kan worden voorzien, werden verschillende antwoorden gegeven, die zijn onderverdeeld in vijf categorieën:

- *Diagnostiek/behandeling* (hoe te komen tot goede informatie welke leidt tot een betere bijdrage aan de diagnostiek, kleine testjes om vermoedens te kunnen verifiëren, ziektebeelden koppelen aan behandelingsmogelijkheden voor PMT, casusbeschrijvingen);

- *Interpretatiecriteria* (duidelijker uitleg bij instrumenten met betrekking tot de interpretatie, hoe non-verbale signalen herkennen, noteren en interpreteren);
- *Informatie op emotioneel-sociaal gebied* (diagnostische instrumenten op dit gebied met specifieke psychomotorische componenten, met onder ander informatie over zelfbeeld, contactname en welke betekenis het kind verleent aan de bewegingssituatie);
- *Informatie op biochemisch, fysiologisch en neurologisch gebied* (de invloeden van biochemische, fysische en neurologische factoren op de mogelijkheden van een persoon, bijvoorbeeld met betrekking tot contactname);
- *Diagnostische instrumenten voor een specifieke doelgroep* (0-7 jarigen, autisme, schizoïde ontwikkeling, ADHD).

Houding van de onderzoeker	Testsituatie	Testinstructie	Testvoorwaarde
Geruststellen bij angst of zich willen bewijzen	Aanwezigheid van vertrouwd persoon bij grote angst	Visuele ondersteuning (pictogrammen, voordoen)	Resultaten afzetten tegen medicatiegebruik
Bij sociaal wenselijk gedrag dit verwoorden of moment van vrij spel inbouwen	Prikkelarm werken, indien nodig en mogelijk in een kleinere ruimte gaan	Duidelijke, concrete opdrachten	Jonge kinderen vroeg op de dag testen. In geen geval op eind van de dag testen in verband met vermoeidheid
Structureren	Rust inbouwen	Terugvragen als het kind het niet lijkt te begrijpen	Bij ziekte of grote vermoeidheid op ander moment testen
Bevestigende en stimulerende houding	Ruimte moet veilig zijn en vriendelijke sfeer	Eerst laten oefenen voor werkelijke afname	Veiligheid bieden door vooraf kennismaken met onderzoeker en ruimte
Begrenzen bij overmoed	Indien persoon of geslacht onderzoeker rol speelt, extra observaties op speelplein inplannen	Goede voorbereiding op de leefgroep op het onderzoek	Eventueel ramen afplakken indien veel prikkels van buiten komen
Speelse en kindvriendelijke omgang, ontspannen sfeer creëren	Bewegingsarrangementen aanpassen aan angstniveau: kind ondervragen	Onderzoekskader zo eenduidig mogelijk expliciteren	Bij grote angst eerst activiteiten aanbieden die niet tot test behoren, maar die het kind goed beheerst
Uitstralen van rust en duidelijkheid	Bij zich willen bewijzen geen scoreformulier in zaal, maar achteraf	Verbale instructie en complexiteit afstemmen op cognitief ontwikkelingsniveau	Bij grote gedragsverandering door weertype ander moment kiezen

Figuur 12. Mogelijkheden tot minimaliseren van verstorende variabelen volgens de respondenten van de uitgebreide vragenlijst

8.3.3 Discussie

Bepaalde kenmerken, zoals bijvoorbeeld angst, konden bij de analyse van de vragenlijsten binnen meerdere subgroepen worden ingedeeld. De gekozen indelingen zijn daarom in enige mate arbitrair, maar geven desalniettemin de accentverschillen tussen de drie hoofdgroepen respondenten aan.

De vragenlijst is ook gebruikt binnen een onderwijskundig kader om studenten VO-PMT aan te zetten tot denken over diagnostiek binnen de eigen instelling en doelgroep. Dit riep veel discussie op rond de vraag hoe diagnostiek op dit moment binnen de verschillende instellingen plaatsvindt, hoe wordt geïnterpreteerd op basis van de observaties en hoe dit kan worden vertaald naar hypothesen en behandelingsdoelen. Het zet aan tot nadenken over hoe diagnostiek is ingebed in de instelling en wat het eigen aandeel van de PMT-er daarin is. Regels binnen de instellingen bepalen vaak in hoeverre psychomotorische diagnostiek mogelijk is en hoeveel tijd er beschikbaar wordt gesteld. De uitgebreide vragenlijst bleek voor een groot deel ook geschikt

voor invulling door andere zorgvelden (volwassenenpsychiatrie, geriatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg). Enerzijds roept dit de vraag op of de vragenlijst wel specifiek genoeg gericht was op het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Anderzijds kan het betekenen dat de kern van de vragen rond psychomotorische diagnostiek voor ieder zorgveld hetzelfde is en de vragenlijst als basis zou kunnen dienen voor onderzoek in aanverwante zorgvelden.

8.4 Interviews

8.4.1 Methode

Respondenten: Na analyse van de vragenlijsten zijn achttien PMT-ers geselecteerd voor verdiepende interviews. Volgens Baarda, De Goede en Teunissen (1995, p.130) is het doel van een interview *"... het verzamelen van informatie uit mededelingen van ondervraagde personen, ter beantwoording van een vooraf geformuleerde probleemstelling"*. Bij het verkrijgen van onderzoeksmateriaal is de vaardigheid, kennis en klinische ervaring van deze geïnterviewde praktijkwerkers van grote invloed. Deze PMT-ers zijn op basis van deskundigheid geselecteerd. Dat wil zeggen dat zij kennis en ervaring hebben in het gebruik van psychomotorische diagnostische methoden binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Het doel van het interview is het aan de hand van gesprekken met deskundigen expliciteren van diverse aspecten van psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld, zoals op basis van welke criteria instrumenten geselecteerd zijn, gedachten achter het toepassen van psychomotorische instrumenten, wat verwacht wordt van de resultaten van de diverse instrumenten en aan welke informatie op psychomotorisch gebied behoefte bestaat waarin nog niet door middel van de bestaande instrumenten kan worden voorzien.

In praktijkgericht onderzoek wordt gestreefd naar een zo open mogelijke interview benadering, zodat opvattingen van de onderzoeker zoveel mogelijk buiten beschouwing blijven en de geïnterviewden vrijuit kunnen spreken. Volgens Rietdijk (1996) bepalen de onderzoeksvragen, de nagestreefde informatie en de controle van de bias wie er geïnterviewd dienen te worden en hoe groot het aantal geïnterviewden dient te zijn. Daarbij betreft de controle van de bias de representativiteit van de verkregen informatie. De grootte van de onderzoeksgroep moet gevarieerde informatie opleveren waarbij op een bepaald moment geen nieuwe informatie meer zal worden toegevoegd en een verzadiging van informatie zal optreden. Uit onderzoeksliteratuur blijkt dat twaalf tot twintig personen over het algemeen voldoende zijn om het verzadigingspunt te bereiken (Kuzel, 1992; Rietdijk, 1996). Daarnaast is naar een heterogene samenstelling van de onderzoeksgroep gestreefd, aangezien het op deze manier het meest waarschijnlijk is dat gevarieerde informatie zal worden verkregen. De heterogeniteit betrof zowel de soort instelling (KJP, MKD of ambulante GGZ), het geslacht van de geïnterviewde (zowel mannen als vrouwen in de onderzoeksgroep), het aantal ervaringsjaren van de geïnterviewde als PMT-er (zowel relatieve nieuwkomers als zeer ervaren PMT-ers in de groep), als het soort opleiding van de geïnterviewde PMT-er (HBO, WO, VO-PMT).

De selectie van PMT-ers heeft plaatsgevonden op grond van de ingevulde uitgebreide vragenlijsten en is, rekening houdend met het verzadigingspunt en de heterogeniteit van de onderzoeksgroep, gebaseerd op de volgende overwegingen:

- de vragenlijst is volledig ingevuld en duidt op betrokkenheid bij het onderwerp;
- de PMT-er maakt gebruik van eigen en/of bestaande instrumenten en expliciteert de gedachtekaders daarachter;
- de PMT-er geeft extra informatie, welke vraagt om nadere uitwerking;
- de PMT-er heeft een duidelijke eigen visie.

Alle vragenlijsten zijn zowel door de onderzoeker als de assistent-onderzoeker anoniem bekeken om te voorkomen dat naamsbekendheid (onbewust) meespeelt in de selectie. Vervolgens zijn de geselecteerden van beide onderzoekers vergeleken en zijn de respondenten die daar volgens beide onderzoekers voor in aanmerking kwamen geselecteerd voor de interviewfase. Er zijn twee instellingen geselecteerd waarvan de respondenten expliciet aangaven het niet wenselijk te vinden een nieuw psychomotorisch diagnostisch construct te ontwikkelen, maar de vragenlijst wel uitgebreid hebben ingevuld. De gedachte hierachter was dat een kritische noot

zeker een plaats moet hebben binnen dit onderzoek. Bij de selectie is ervan uitgegaan dat indien na achttien interviews nog geen verzadigingspunt zou zijn bereikt, opnieuw een aantal PMT-ers zou worden uitgenodigd voor een interview. Daartoe is een aantal reserves geselecteerd.

Instrument: Er is gekozen voor een halfgestructureerd interview, waarbij de vragen en antwoorden niet van tevoren vast liggen, maar de onderwerpen (topics) wel (Baarda, De Goede & Van der Meer-Middelburg, 1996). Hier is voor gekozen omdat een verscheidenheid aan werksituaties te verwachten is en het onderzoek een exploratief karakter heeft. Beperkte voorstructurering maakt het mogelijk per gesprek een gedachtewisseling te kunnen opbouwen, aangepast aan de situatie en de geïnterviewde, terwijl verzekerd is dat bepaalde onderwerpen aan bod komen (Van Doorn, 1995). Een halfgestructureerd interview begint met een aantal gestructureerde vragen naar persoonlijke gegevens als opleiding en dergelijke, waarna van tevoren vastgestelde onderwerpen aan de orde komen door middel van een open beginvraag. De onderwerpen kunnen worden uitgediept door middel van doorvragen. Bij doorvragen gaat het om concretiseren, preciseren en illustreren van de informatie van de geïnterviewde (Berkers, 1998). Omdat er sprake is van veelal impliciete praktijkkennis, die al handelend is ontdekt en overgedragen en soms moeilijk te verbaliseren is, is het noodzakelijk de vragen aan te passen aan het kennisniveau en de persoonlijkheid van de geïnterviewde.

De topics binnen de verdiepende interviews zijn geconcentreerd rond de drie eerder genoemde aspecten van psychomotorische diagnostiek, namelijk praktische aspecten, vakinhoudelijke aspecten en het gebruik van instrumenten. Vanuit de uitgebreide vragenlijst werden door de onderzoeker en de assistent-onderzoeker speerpunten gedestilleerd voor de interviews. Na gezamenlijk overleg zijn deze door de onderzoeker omgevormd tot een interviewschema en topiclijst, welke na overleg met de assistent-onderzoeker is gecorrigeerd en aangevuld. Binnen de topiclijst van de interviews komen eerst gemakkelijke en vervolgens moeilijke onderwerpen aan de orde. Ieder topic start met een brede beginvraag, gevolgd door smallere subtopics. De interviewer kan, als het verloop van het gesprek daartoe aanleiding geeft, de volgorde van de onderwerpen veranderen, mits ze allemaal aan bod komen (Baarda, De Goede & Teunissen, 1995). De interviews hebben een verdiepend en aanvullend karakter ten opzichte van de uitgebreide vragenlijsten. Het verdiepende karakter ligt in het nader bevragen van het veld op de onderwerpen, zoals deze in de uitgebreide vragenlijst aan bod kwamen. Het aanvullende karakter van het interview ligt in onderwerpen die tijdens de uitgebreide vragenlijst niet aan bod zijn gekomen, maar vanuit literatuuronderzoek wel van belang worden geacht voor de constructie van een psychomotorisch diagnosticum. De mening van het veld is in dat opzicht van belang en is tijdens dit interview gevraagd. Er is een proefinterview afgenomen bij een stagiaire PMT. Dit interview is opgenomen op video en bekeken door de onderzoeker, de assistent-onderzoeker en een derde onderzoeker, die niet is ingevoerd in dit onderzoek, maar wel veel ervaring heeft met de afname van interviews. Naar aanleiding van dit proefinterview is het interviewschema nog enigszins aangepast.

Het handelen van praktijkwerkers en hun ervaringskennis dient zo zorgvuldig en zo letterlijk mogelijk te worden vastgelegd. Pas daarna kan de onderzoeker deze waarnemingen gaan ordenen. De context speelt daarbij een belangrijke rol en moet in de waarnemingen worden meegenomen. Om te voorkomen dat de persoon van de onderzoeker te veel bepalend wordt voor de resultaten van het onderzoek is met name de samenwerking tussen onderzoeker en geïnterviewde van belang. Binnen het praktijkgericht onderzoek moeten de effecten van de interviewer op de geïnterviewde en omgekeerd zoveel mogelijk gecontroleerd en/of onderkend worden. Het afnemen van het interview door de onderzoeker zelf heeft als voordeel dat de onderzoeker contacten kan leggen met de geïnterviewden en ingevoerd kan raken in het onderzoeksveld. Het nadeel hiervan is het risico op bias, welke vèrgaande gevolgen kan hebben voor de analyse van de verkregen data. Om bias tegen te gaan is een aantal maatregelen, zoals genoemd door Miles en Huberman (1994a), opgevolgd. Ter controle van effecten van de onderzoeker op het onderzoeksveld is het doel van het interview uitgelegd en is nagevraagd hoe het interview is ervaren (zijn er vragen achterwege gebleven/zijn alle thema's aan de orde geweest?). Ter controle van effecten van het onderzoeksveld op de onderzoeker is gezorgd voor een gèmeleerde samenstelling van de onderzoeksgroep. Ter controle van beide zijn na ieder interview indrukken van het interview opgeschreven, zijn alle interviews integraal uitgeschreven en is de wisselwerking tussen inter-

viewer en geïnterviewden nagegaan. De interviewer leidt door het stellen van vragen en wordt geleid door het open karakter van het interview. De resultaten zijn teruggekoppeld naar het onderzoeksveld. Daarbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd (Baarda, De Goede & Teunissen, 1995): de respondent is de belangrijkste persoon, hij/zij is geselecteerd voor het onderzoek omdat hij/zij deskundig is op het gebied van het onderwerp van onderzoek. Het gaat om de visies, meningen en gevoelens van de respondent. De onderzoeker houdt de controle over het gesprek door het verloop van het gesprek in de gaten te houden, topics af te ronden en nieuwe topics te introduceren. Zij zorgt voor een evenwicht tussen voldoende tempo en rust tijdens het interview. De onderzoeker streeft er naar een houding van neutrale betrokkenheid uit te stralen. Het besprokene wordt regelmatig samengevat. De respondent kan deze samenvatting corrigeren en eventueel aanvullen. De onderzoeker maakt aantekeningen in de vorm van steekwoorden, bijvoorbeeld van karakteristieke termen of uitdrukkingen die een aanknopingspunt kunnen vormen bij de analyse en interpretatie van de gegevens. Zij werkt naar een afronding van het gesprek toe door aan de respondent te vragen of hij/zij bepaalde punten gemist heeft, hoe het gesprek hem/haar is bevallen en of hij/zij eventueel commentaar heeft op het gesprek als geheel, bepaalde onderwerpen of de aanpak van de onderzoeker. De onderzoeker geeft tijdens het interview niet zijn eigen mening en is alert op de dynamiek van het gesprek en op nonverbale signalen van de respondent. De onderzoeker vraagt door bij te weinig informatieve antwoorden. Rond de manier van vragen stellen moet eveneens een aantal specifieke aandachtspunten in acht worden genomen (Berkers, 1998): er dient slechts één onderwerp tegelijk te worden behandeld. De vraag moet voor één uitleg vatbaar zijn, mag geen eigen mening van de interviewer bevatten en moet neutraal worden gesteld. Suggestieve vragen dienen te worden vermeden. De vragen moeten duidelijk en helder worden geformuleerd, waarbij niet zomaar kennis of feiten als bekend mogen worden verondersteld. Om zowel meningen, ervaringen als belevingen omtrent een topic te achterhalen dient de openingsvraag waar mogelijk als volgt te worden geformuleerd: "Kunt u wat vertellen over....". Waar dat niet mogelijk is kan de formulering "Wat vindt u van...." worden gebruikt (combinatie van verstand en gevoel) en niet "Wat denkt u van...." (alleen verstand) (Baarda, De Goede & Van der Meer-Middelburg, 1996).

De interviews zijn door de onderzoeker afgenomen omdat zij het meest is ingevoerd in het onderzoeksveld en in de vraagstelling van het onderzoek. Op die manier was gericht doorvragen, waar nodig, mogelijk. De assistent-onderzoeker ging tijdens het interview de wisselwerking tussen de interviewer en geïnterviewde na en schreef tevens andere indrukken van het interview uit. Na het interview werden deze besproken met de onderzoeker en meegenomen in de analyse van de interviews. Daarnaast stelde de assistent-onderzoeker, waar nodig, aanvullende vragen. De assistent-onderzoeker maakte gebruik van een observatielijst. Observaties kunnen worden gebruikt voor het aanpassen van de interviewstijl. De observatiepuntenlijst van de assistent-onderzoeker bestond uit de volgende punten:

- in de gaten houden van de tijd (interviewtijd bedroeg idealiter een uur);
- topics die vergeten zijn of nog aandacht behoeven;
- observaties van de geïnterviewde (verbale en nonverbale signalen zoals lichaamshouding, rust, gespannenheid en irritatie);
- observaties van de onderzoeker/interviewer (verbale en nonverbale signalen);
- observaties van de interactie tussen geïnterviewde en de onderzoeker (sfeerbeschrijving, beschrijving van de dynamiek van het gesprek, wordt er begrepen wat er gevraagd wordt, zijn de antwoorden duidelijk voor de interviewer).

Bij ieder interview is toestemming gevraagd het gesprek op te nemen op cassette en is een korte inleiding gegeven over het doel van het onderzoek en het te verwachten verloop van het interview. Alle interviews zijn integraal uitgetypt. De reden hiervoor is dat er sprake is van een open vraagstelling, waardoor de geïnterviewden open antwoorden zullen geven. Deze behoeven nadere analyse, waarbij de mogelijkheid moet bestaan de analyse herhaalde keren uit te voeren. Daarnaast kan door de integrale weergave van de interviews tijdens de analyse betere controle over de bias worden uitgeoefend. Tevens komen uitgetypte

teksten beter tegemoet aan de eisen van openbaarheid en kunnen de geïnterviewden, als zij dat wensen, de gehele interviewtekst op papier krijgen (Rietdijk, 1996).

De interviews zijn zo spoedig mogelijk na afname samengevat. Dit is zowel door de onderzoeker als door de assistent-onderzoeker gedaan, waarna de samenvattingen zijn vergeleken. De samenvattingen zijn geschreven in de 'jij'-vorm (jij vindt....volgens jou...) om de herkenbaarheid te vergroten. De samenvattingen bevatten informatie die de geïnterviewden hebben gegeven zonder interpretatie of analyse van de onderzoekers. Deze samenvattingen zijn naar de geïnterviewden gestuurd ter goedkeuring. Pas daarna zijn de samengevatte interviews gebruikt voor verdere analyse. Vervolgens zijn de opnamen gewist. Er is de geïnterviewden medegedeeld dat de informatie vertrouwelijk wordt behandeld en de anonimiteit in het onderzoek wordt gewaarborgd. Dat wil zeggen dat er wel uitspraken uit het interview kunnen worden overgenomen, maar dat hierbij niet de naam van de geïnterviewde en/of de instelling zal worden vermeld. De gecorrigeerde samenvattingen zijn met een begeleidend schrijven nogmaals naar de geïnterviewde PMT-ers verstuurd.

Analyse: De interviews zijn door de onderzoeker en de assistent-onderzoeker geanalyseerd met behulp van het computerprogramma Kwalitan (Peters, Wester & Richardson, 1989; Peters, 1997). Kwalitan is een computerprogramma dat is afgestemd op interpretatieve kwalitatieve analyses. Het programma volgt het proces van de kwalitatieve analyse. De procedurestappen geven aan welke handelingen de onderzoeker moet verrichten om op een zo gestructureerd mogelijke manier het materiaal te kunnen analyseren. Het analyseproces wordt daardoor beter controleerbaar en herhaalbaar. Het lezen en de interpretatie blijven een taak van de onderzoeker. De computer kan gebruikt worden voor het invoeren en archiveren van het materiaal, het structureren en ordenen van het materiaal, het selecteren van delen van het materiaal, het aanbrengen van wijzigingen en de administratie van de analyse (Peters, Wester & Richardson, 1989). Door voor deze taken de computer te gebruiken is het mogelijk sneller en efficiënter te werken en neemt de betrouwbaarheid toe, onder meer doordat de kans tekstfragmenten over het hoofd te zien sterk afneemt. Met dit programma kunnen de interviews worden onderverdeeld in segmenten en voorzien van codes, waarna systematische ordening mogelijk wordt. Door uit te gaan van de oorspronkelijke vragen van het interview ontstonden 28 verschillende codes. Deze activiteiten om het onderzoeksmateriaal in een leesbare en beheersbare vorm te geven wordt door Peters, Wester en Richardson (1989) transcriptie genoemd.

8.4.2 Resultaten

De selectie voor de interviews heeft plaatsgevonden zoals beschreven is onder 'methode'. Uiteindelijk zijn elf instellingen uit de KJP-groep, vier uit de MKD-groep en drie uit de ambulante GGZ-groep geselecteerd. De werkjaren van de geïnterviewden varieerden van twee tot éénendertig jaren, met een gemiddelde van twaalf werkjaren. Er zijn tien mannen geïnterviewd en twaalf vrouwen (vier dubbelinterviews). Van de geïnterviewden waren er zes HBO-ers, drie WO-ers en dertien VO-ers (HBO of WO aangevuld met een VO-opleiding). De resultaten van de interviews worden weergegeven rond de drie eerder genoemde aspecten van psychomotorische diagnostiek, te weten praktische aspecten, vakinhoudelijke aspecten en aspecten rond het gebruik van instrumenten. Na het twaalfde interview bleek dat het verzadigingspunt was bereikt en er weinig nieuwe informatie meer werd toegevoegd aan de informatie vanuit de reeds eerder afgenomen interviews. Wel zijn alle achttien interviews afgenomen en meegenomen in de analyse. Tussen de geïnterviewden bestond een groot verschil in de manier waarop het interview verliep. De houding van de geïnterviewden varieerde van onzeker: "alsof ik overhoord word" tot levendig en geïnteresseerd, van kort en bondig tot zeer wijdlompig en nauwelijks gericht en van bevestigend tot bevragend.

Praktische aspecten

PMT-ers houden zich in de meeste gevallen bezig met psychomotorische diagnostiek, zowel omdat het een vraag vanuit de instelling is als een eigen behoefte. Met de psychomotorische diagnostiek wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de algehele diagnostiek en tevens indicaties te stellen voor PMT. Daarnaast worden er aanknopingspunten gezocht voor behandeling. Het merendeel van de geïnterviewden stelt dat diagnostiek

ten dienste moet staan van de hulpverlening en dat er behandelingsgericht gewerkt moet worden: *"Therapie is niet mogelijk zonder goede diagnostiek."* Een goede beeldvorming in de observatieperiode wordt essentieel gevonden. Afhankelijk van de doelgroep en de cultuur van de instelling is er grote variatie in hoe de observatieperiode er uitziet, zowel wat betreft de totale lengte van de diagnostische periode, het aantal keren dat het kind gezien wordt als de inhoud van de observatiesessies. Een aantal PMT-ers benadrukt daarbij het belang het kind zowel individueel als in een groep te zien.

In sommige instellingen komt de tendens om kort te behandelen sterk naar voren. Er is in deze instellingen steeds meer vraag naar gerichtere diagnostiek en daarmee naar gestandaardiseerde tests die snel kunnen worden afgenomen. PMT-ers die daarmee geconfronteerd worden noemen dat het risico ontstaat dat de kortere observatieperiode de mogelijkheden beperkt tot het observeren van items die een langere observatieperiode vereisen, zoals bijvoorbeeld contactgroei en veranderingen in gedrag. Naast de tendens kort te behandelen wordt door verschillende PMT-ers de tendens naar het opstellen van gerichtere behandelingsdoelen en protocollen genoemd.

Vakinhoudelijke aspecten

Met het verschil in opleiding van PMT-ers bestaat er een grote variëteit in de mate waarin zij geschoold zijn in het verrichten van diagnostiek. Over het algemeen was deze scholing gering of weinig praktijkgericht. PMT-ers vinden oefenen in de praktijk belangrijk, evenals de uitwisseling van kennis en ervaring met collega's: *"Een handleiding alleen is niet genoeg"*. Ervaring bestaat voor de meeste PMT-ers uit het vele doen in de praktijk, uit intervisie en uit supervisie. Van daaruit ontwikkelt zich een klinische blik. Kennis wordt volgens de geïnterviewden vergroot door het bijhouden van de literatuur, cursussen, studiedagen en extra opleidingen. De behoefte aan scholing op het gebied van psychomotorische diagnostiek bestaat bij de meeste PMT-ers slechts als er een nieuw, duidelijk, efficiënt, gestandaardiseerd, maar toch flexibel instrument op de markt komt. Door de grote diversiteit in scholing, ervaring en kennis heeft iedere PMT-er zijn eigen manier van werken: *"Ieder heeft een aanpak die bij hem als persoon past, een eigen kleur"*. Over het algemeen blijven deze kennis en aanpak impliciet en worden ze niet expliciet verwoord in de dagelijkse praktijk.

Rond de vraag of een PMT-er diagnostiek kan doen, vindt één geïnterviewde heel expliciet dat therapeut en diagnosticus niet in één persoon verenigd mogen zijn, omdat beiden vanuit een ander perspectief handelen. Daarbij wordt wel gezegd dat het in de praktijk niet altijd haalbaar is het te scheiden. De meeste PMT-ers vinden het combineren van de rol van diagnosticus en therapeut echter een voordeel: het contact is dan al tijdens de diagnostische fase gelegd, er is een beeld gevormd en er zijn aangrijpingspunten voor behandeling. Diagnostiek vormt volgens hen het begin van therapie en de andere houding die de diagnosticus/therapeut daarbij hanteert is goed duidelijk te maken aan het kind. Als er een specifieke onderzoeksvraag komt als het therapeutisch proces al bezig is, vindt men het lastiger, maar mogelijk, mits de andere houding naar het kind verklaard wordt. Sommige PMT-ers vinden het essentieel informatie uit de verschillende milieus te verzamelen, anderen willen juist niet te veel informatie vooraf. Veelal ontbreekt het ook aan tijd of past het niet binnen de cultuur van de instelling om informatie te verzamelen. Wel vinden vrijwel alle PMT-ers het belangrijk binnen de eerste stafbespreking alle informatie van de verschillende disciplines bij elkaar te brengen.

De meeste PMT-ers hebben weinig ervaring met kinderen uit andere culturen. In de motorische ontwikkeling worden geen grote verschillen verwacht. Wel wordt vaak een verschillend bewegingsbeeld gesignaleerd, bepaald door normen en waarden van de cultuur, opvoedings- en ouderstijlen. Op grond van deze factoren kunnen ook Nederlandse kinderen onderling een verschillend bewegingsbeeld laten zien. Het gaat dan meer om verschillende bewegingsculturen dan om verschillende etnische culturen. Een verschil in bewegingsbeeld wordt ook waargenomen bij meer biologisch bepaalde, versus meer omgevingsbepaalde stoornissen. Vrijwel alle PMT-ers zijn echter voorzichtig in het trekken van conclusies op basis van het bewegingsbeeld. Zij staven graag hun meningen aan die van andere disciplines tijdens de behandelingsbesprekingen. Daarnaast wordt een langere observatieperiode van belang geacht om te kunnen bepalen wat de meeste invloed heeft.

Over de relatie tussen motorische competentie, zelfbeeld en gedrag verschillen de meningen. Volgens sommigen is die relatie heel direct, volgens anderen is die relatie juist voor deze doelgroep (kinder- en jeugdpsychiatrische patiënten) niet vanzelfsprekend. Deze laatste groep ziet het als een taak van de PMT-er te zorgen dat deze koppeling er wel (weer) komt. Vrijwel alle PMT-ers zijn het er over eens dat het opdoen van positieve ervaringen erg belangrijk is binnen therapie. Genoemd wordt dat de competentiebeleving vaak per context erg verschilt en er meestal pas op langere termijn transfer gaat plaatsvinden, waardoor uiteindelijk het zelfbeeld positief kan worden beïnvloed.

Omdat er veelal grote verwarring bestaat over wat er nu precies onder bepaalde in PMT gangbare termen wordt verstaan, is er tijdens de interviews gevraagd naar een omschrijving. Er bestaat een enorme diversiteit in wat onder psychomotorische diagnostiek wordt verstaan. Het gaat in ieder geval om meer dan de motorische ontwikkeling. Het betreft het bewegend zich gedragen en wat het kind daarin laat zien. Psychomotorische diagnostiek wordt gezien als deel van de totale diagnostiek en moet tevens handvatten geven voor therapie. Er is veel verwarring en verschil in opvatting over de inhoud van de begrippen psychomotoriek, motoriek en bewegen. Sommigen zien psychomotoriek als alles omvattend, anderen zien juist het bewegen als alles omvattend. Motoriek wordt altijd gezien als onderdeel van het geheel. Verschillende PMT-ers maken de keuze de begrippen niet op deze manier te hanteren en gebruiken eigen termen, die voor hen duidelijker zijn (maar naar buiten toe evenveel verwarring kunnen geven). Tenslotte is in dit verband ook gevraagd naar de bruikbaarheid van begrippen als lichaamsplan, -idee en -besef. Veel therapeuten zeggen deze begrippen niet te gebruiken omdat ze verwarrend zijn. Het is niet helder wat er precies onder verstaan wordt. Vaak komen de begrippen wel impliciet aan de orde, maar worden ze niet dusdanig benoemd.

Vrijwel alle geïnterviewde PMT-ers zijn overtuigd van de meerwaarde van psychomotorische diagnostiek. Deze heeft volgens hen vooral te maken met het bewegingsgedrag en de lichaamsbeleving. Ook seksualiteit is een item dat zelden op andere plekken aan bod komt. Het feit dat het kind in een heel andere situatie wordt gezien is eveneens een pluspunt. In het bewegen denken PMT-ers dichter bij de kern van het kind te komen. In het bewegend bezig zijn worden volgens hen dingen zichtbaar die (nog) niet via het praten tot uitdrukking komen. Het nonverbale doet een beroep op de spontaniteit en puurheid van het kind. *"Een doe-contact is anders dan een praat-contact"*. Veel PMT-ers denken dat het kind zich veiliger zal voelen in een doe-contact. Verder wordt het als meerwaarde ervaren dat in vergaderingen concrete voorbeelden kunnen worden gegeven van waar de problemen optreden. *"Het wordt zo mooi zichtbaar in de zaal"*. Daardoor wordt het mogelijk sneller en doelgerichter te werken aan de problematiek van het kind en duidelijker behandelingsdoelen te stellen.

Er worden door de geïnterviewden vele aspecten genoemd die vertegenwoordigd zouden moeten zijn in een ideaal psychomotorisch diagnostisch construct. Sommige van deze aspecten zijn ook nu al onderwerp van onderzoek bij de betreffende PMT-er, voor anderen ontbreekt nog een geschikt instrument. De behoefte aan een duidelijk kader voor psychomotorische diagnostiek wordt herhaaldelijk geuit: *"Wat moet je nou allemaal observeren?"* De wens wordt geuit tot een formulier te komen waarop eenieder zijn observaties kwijt kan, waarvan zeker is dat ze relevant zijn binnen het behandelingsteam en voor een behandeling. Het gaat volgens de geïnterviewden in eerste instantie niet zozeer om een meetinstrument als wel om een observatie-instrument. De behoefte aan duidelijke richtlijnen wordt herhaaldelijk benadrukt, zodat op gestructureerde wijze vastgelegd kan worden wat waargenomen wordt. Het is afhankelijk van de setting waarin gewerkt wordt hoe een ideaal diagnostisch construct er uit zou moeten zien. Daarbij wordt belangrijk bevonden in eerste instantie alleen te beschrijven wat waargenomen wordt en pas later tot interpretaties te komen.

Een diagnostische methode zou hypothetisch kunnen bestaan uit meerdere stappen (zie hoofdstuk zes): het afnemen van een beperkte algemene testbatterij, gevolgd door het koppelen van gegevens aan informatie vanuit de voorgeschiedenis en vanuit andere disciplines, om zo te komen tot meer specifieke diagnostische vragen. Er wordt zeer verschillend gedacht over zo'n methodiek in stappen. In de praktijk is er meestal te weinig tijd om alles te doen. Enkele keren wordt ook genoemd dat het niet nodig is eerst algemene diagnostiek te doen, omdat de kinderen al een diagnostisch traject achter de rug hebben en er derhalve di-

rect met de specifieke vragen kan worden begonnen. Wel wordt gezegd dat het veel energie, werk en frustratie kan besparen de stappen te volgen als het vak nog moet worden neergezet in een nieuwe setting. In een enkele instelling wordt al wel een soortgelijk stramien gevolgd: ieder kind komt een aantal malen voor psychomotorische observatie, waarna binnen een multidisciplinair overleg wordt besloten of de PMT-er moet worden ingeschakeld om specifieke vragen te beantwoorden.

De meeste geïnterviewden herkennen het schema van veldsturing naar zelfsturing (zoals ook beschreven in hoofdstuk drie) min of meer en hanteren het impliciet. Veelal worden met betrekking tot het schema andere termen gebruikt als 'egosterkte' en 'behoefte aan structuur'. De meeste PMT-ers gebruiken het om te kijken hoeveel ordening en structuur het kind van buitenaf nodig heeft, hoe het kind leert en wat de dominante toegangskanalen zijn tot het kind (waar is het kind gevoelig voor wat betreft de benaderingswijze). Slechts een enkeling gebruikt het schema expliciet om te kijken hoever het kind zich op het continuüm van veldsturing naar zelfsturing heeft ontwikkeld. Hetzelfde geldt voor de verschillende dimensies van de ICIDH. Veel PMT-ers herkennen de dimensies, maar kijken niet op deze manier. De terminologie is voor de meesten verwarrend. De dimensie stoornis, met uitzondering van de lichaamsbeleving, hoort volgens het merendeel te worden onderzocht door een specialist. Bij een functionele beperking ligt er een taak voor een fysio-/ergotherapeut. De handelingsbeperking en deels ook de handicap worden gezien als mogelijke diagnostische en therapeutische taak voor de PMT-er. Eén PMT-er benadrukt dat PMT-ers eerst geschoold zouden moeten worden voor zij met deze indeling mogen werken. (N.B: Ten tijde van deze interviews is nog gewerkt met het eerste model zoals dat in hoofdstuk zes beschreven is, waarin nog een onderscheid wordt gemaakt tussen een functionele beperking en een handelingsbeperking en de termen stoornis en handicap nog worden gebruikt. In het huidige model zijn deze termen veranderd - zie hoofdstuk zes).

Er gebeurt nu nog veel op basis van intuïtie. Tests en bewegingsobservaties leiden tot een persoonlijk en subjectief oordeel. De geïnterviewden zouden tot op bepaalde hoogte willen expliciteren en standaardiseren. PMT-ers ervaren het als een probleem zoveel impliciet te doen: doordat het niet gestandaardiseerd is, is het moeilijk aan anderen duidelijk te maken. Er is behoefte aan een kern-instrument, zodat niet snel iets over het hoofd gezien wordt. Van daaruit moeten uitstapjes kunnen worden gemaakt bij specifieke problemen. De voorkeur wordt gegeven aan een checklist die achteraf kan worden ingevuld, zodat tijdens de therapie/diagnostiek sessie vooral geobserveerd en gehandeld kan worden. Het moet volgens de geïnterviewden ook een flexibel instrument zijn, waarmee eerder tot de kern gekomen wordt en ingangen voor behandeling duidelijk worden. Een aantal PMT-ers geeft aan vrijheid en pionieren leuk te vinden, maar soms wel moeite te hebben een diagnostische vraag te beantwoorden zonder van een instrument gebruik te maken. Een duidelijke eis vanuit het werkveld is dat het geen uitgebreid instrument moet zijn dat veel tijd in beslag neemt en uiteindelijk alleen vertelt wat direct al gezien wordt. Er is behoefte aan efficiëntie: in zo kort mogelijke tijd een zo goed mogelijke indruk krijgen van het kind. Verschillende PMT-ers hebben ook een aversie tegen gestandaardiseerde instrumenten, omdat deze *"niet van jezelf"* zijn, er geen directe aanwijzingen voor behandeling uit volgen en de klinische blik vaak meer informatie geeft. Toch wordt de noodzaak van gestandaardiseerde instrumenten ook gezien: de diagnostische vragen uit het werkveld worden steeds concreter, de hulpvragen worden steeds gericht, klantvriendelijkheid wordt steeds belangrijker en gestandaardiseerd materiaal heeft voordelen voor gebruik naar buiten toe, zowel naar ouders als naar andere hulpverleners bij een overdracht.

Een aantal keren wordt aangegeven dat aan gerichtere psychomotorische diagnostiek ook een opleidingsvraag vastzit: PMT-ers moeten getraind worden om instrumenten goed te gebruiken. Daarnaast wordt genoemd dat het vooral voor de beginnende PMT-er belangrijk is een checklist te hebben met items die geobserveerd moeten worden. Tevens is er behoefte aan een overzicht van instrumenten waaruit gekozen kan worden.

Gebruik van instrumenten

PMT-ers passen bestaande instrumenten vaak aan voor eigen gebruik. Bij de geïnterviewden betreffen deze aanpassingen vooral de eigen houding van de PMT-er. Er wordt gekeken wat het kind nodig heeft en aan de hand daarvan wordt de eigen attitude bepaald. Sommige PMT-ers veranderen ook de manier van afname van gestandaardiseerde tests. Zij nemen een test bijvoorbeeld in twee keer af of nemen niet de gehele test af. Een bestaande test wordt vaak gebruikt ter ondersteuning van de eigen observaties. Betrouwbaarheid en validiteit spelen nauwelijks een rol bij de keuze van de instrumenten. Er wordt veelal uitgegaan van de deskundigheid van degene die het instrument ontwikkeld heeft. Ook gebruiken veel PMT-ers vooral instrumenten waar zij via-via van gehoord hebben en merken zij al doende wat bruikbaar is en wat niet. Toch zijn de meeste PMT-ers niet tevreden over de bestaande instrumenten, omdat deze niet de informatie geven waar behoefte aan is. De eigen manier van kijken wordt vooralsnog het meest belangrijk geacht.

Bijna alle geïnterviewden hebben een eigen instrument. Veelal hebben items daarvan ooit op papier gestaan, maar worden deze nu uit het hoofd gedaan en aangepast aan het kind/de jeugdige/de groep. Er is in die zin eerder sprake van een gedachtekader of een leidraad dan van een instrument. Indien de items (nog) wel op papier staan, zijn er in de loop der tijd vaak items bijgekomen en andere afgevallen. Het wordt dan meestal gebruikt als geheugensteun: welke items in ieder geval aan bod moeten komen. Naar betrouwbaarheid en validiteit wordt bij de eigen instrumenten niet gekeken. Eigen instrumenten worden vaak overgedragen aan stagiaires en supervisanten. De eigen interpretatie is daarbij belangrijk, waardoor de instrumenten subjectief zijn. Sommige PMT-ers ervaren dat als een probleem en zouden een meer valide methode willen hebben, maar twijfelen eraan of dit mogelijk is in een situatie waarin interactie een grote rol speelt en er sprake is van een momentopname. Wel wordt de behoefte geuit dat er meer lijn in komt: *"Iedereen doet nu maar wat"*.

De meeste PMT-ers ervaren een gebrek aan instrumenten om de emotioneel-sociale ontwikkeling in kaart te brengen. Eén PMT-er geeft aan dat het de vraag is of bestaande vragenlijsten, bijvoorbeeld voor getraumatiseerde kinderen, wel door een PMT-er mogen worden afgenomen of dat dit door een psycholoog/pedagoog moet gebeuren. Omdat de PMT-er in de zaal andere dingen kan zien dan de psycholoog in een klein kamertje (door de contextafhankelijkheid van sommige gedragingen) kan het zinvol zijn bepaalde items uit deze vragenlijsten te halen en in de zaal te observeren. De persoon van de PMT-er lijkt binnen de meeste teams belangrijker dan de instrumenten waarmee de diagnostiek plaatsvindt. Daarmee heeft de persoon een grotere invloed op de besluitvorming dan de gebruikte instrumenten.

Bij de meeste PMT-ers vindt er geen expliciete kennismaking plaats met het kind alvorens begonnen wordt met de diagnostiekssessies. Veelal zijn zij wel bekend met het kind doordat zij in de leefgroep komen om kinderen te halen en te brengen. Daarnaast kennen de kinderen de zaal soms al uit bewegingsonderwijslessen of groepstherapie. In het ambulante circuit vindt geen kennismaking vooraf plaats, maar wordt dit niet als hinderlijk ervaren omdat de kinderen niet anders gewend zijn en de problematiek volgens de geïnterviewde (ambulante) PMT-ers minder ernstig is. Eén PMT-er stelt expliciet dat het niet meer dan fatsoenlijk is van tevoren kennis te maken, ook al betreft het jonge kinderen. Een PMT-er stelt kennismaken niet nodig te vinden. Volgens deze is dit *"niet efficiënt met de tijd omgaan"*. De meningen verschillen rond de vraag of van tevoren kennismaken extreem angstige reacties kan voorkomen. Sommigen hebben nog nooit extreem angstige reacties gezien of gehoord of denken dat deze meer afhangen van de persoonlijkheid van het kind en de manier waarop de therapeut erop inspeelt. Anderen hebben het idee dat kennismaken wel degelijk helpt om extreme reacties van angst of ongemotiveerdheid te voorkomen. Het is volgens hen belangrijk dat het kind weet wat er gaat gebeuren en ze de therapeut kennen van gezicht. *"Dingen moeten voorspelbaar zijn. Het is al spannend genoeg om samen de ruimte in te gaan"*. Weer anderen zien het juist als observatiepunt om te kijken hoe het kind met een nieuwe situatie omgaat. Over het algemeen ervaren PMT-ers weinig motivatieproblemen bij kinderen tijdens de diagnostiek. Bij jeugdigen speelt motivatie een grotere rol. Afhankelijk van de jeugdige bepaalt de PMT-er zijn houding om de jeugdige te motiveren. Veelal gaat het om het uitlokken op een speelse manier, een (immateriële) beloning in het vooruitzicht stellen, zelf enthousiast meedoen, wijzen op de eigen verantwoordelijkheid en/of een activiteit aanbieden waar de jeugdige affiniteit mee heeft. De meeste

PMT-ers zijn het er over eens dat de observatiesituatie zo aangenaam en leuk mogelijk moet worden gemaakt en dat de PMT-er daar een grote rol in heeft. Daarnaast speelt het zorgen voor succeservaringen met name in het begin van de observatie een belangrijke rol, opdat het kind gemotiveerd raakt de taakstelling nog eens te proberen. Enkele PMT-ers beschouwen motivatieproblemen als een diagnostisch gegeven en gaan niet proberen het kind of de jeugdige alsnog te motiveren.

8.4.3 *Discussie*

Tijdens de interviews is nog uitgegaan van de oude ICIDH met bijpassende terminologie. Deze werd door PMT-ers als verwarrend ervaren. Het zou kunnen zijn dat de terminologie van de ICIDH-2 beter toepasbaar is voor PMT-ers. Dit zal tijdens de implementatiefase van dit onderzoek moeten blijken. Veel van de geïnterviewden wilden graag de uitgereikte schema's (de dimensies van de ICIDH, het schema van veldsturing naar zelfsturing en de mogelijke stappen in het diagnostiekproces) houden, wat leek te wijzen op een behoefte aan ordeningskaders in het overwegend intuïtief werken. Daarnaast werd door vrijwel alle geïnterviewden de wens geuit op de hoogte te worden gehouden van de resultaten van het onderzoek, waarmee de band tussen theorie en praktijk verstevigd werd.

8.5 Expertinterviews

8.5.1 *Methode*

Respondenten: In het kader van verdieping en verbreding van de informatie rond dit onderzoek zijn vier expertinterviews gehouden, waarvan twee dubbelinterviews. In totaal is met zes experts gesproken. Het betreft hier geen PMT-ers uit het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld maar deskundigen op het gebied van psychomotorische diagnostiek binnen het Vlaamstalig deel van België en op het gebied van de ontwikkelingen rond de ICIDH met mogelijke toepassingen voor kinderen en jeugdigen in Nederland. De experts zijn geselecteerd op basis van hun inhoudelijke deskundigheid, kennis en ervaring.

Instrument: In het kader van de beslissingsprocedure om het onderzoek te beperken tot Nederland of ook het Vlaamstalig deel van België mee te nemen is een interview gehouden met een expert om na te gaan in hoeverre de situatie in het Vlaamstalig deel van België, voor wat betreft psychomotorische diagnostiek, overeenkomt met de situatie in Nederland. Daarnaast was een doel te inventariseren welke psychomotorische diagnostische instrumenten in België gebruikt worden en het expliciteren van gedachtekaders hierachter. De keuze deze expert te interviewen berust op een aantal door hem gepubliceerde artikelen met betrekking tot psychomotorische diagnostiek. De kliniek waar de geïnterviewde werkt, vervult een expertfunctie in België.

In het kader van het vormen van een conceptueel model voor dit onderzoek bleek de ICIDH, zoals beschreven in hoofdstuk zes, een interessante invalshoek te bieden. Vanuit de in hoofdstuk zes beschreven revisie van het bestaande model is gezocht naar mogelijkheden om op de hoogte te komen van de laatste ontwikkelingen. Via het 'WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands' (WCC) is informatie opgevraagd over recente ontwikkelingen rond de ICIDH en over bekende projecten op het gebied van PMT en/of het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Van het WCC werden recente nieuwsbrieven ontvangen en de telefoonnummers van enkele experts binnen het interessegebied van dit onderzoek. De motivering achter de drie expertinterviews is dat de geïnterviewden hetzij direct betrokken zijn bij de revisie van de ICIDH en op de hoogte zijn van de meest recente ontwikkelingen en van de huidige en verwachte mogelijkheden van gebruik van de ICIDH bij kinderen en jeugdigen, hetzij werken aan de ontwikkeling van een meetinstrument gebaseerd op de ICIDH, hetzij de ICIDH en kinder- en jeugdpsychiatrie combineren.

Bij de expertinterviews is de interviewer terughoudend met eigen opvattingen en voorkeuren, maar heeft wel de regie in handen en bepaalt welke onderwerpen er aan de orde komen. Er is, evenals bij de interviews van PMT-ers in het veld, sprake van een semigestructureerd interview. Het doorvragen (het vragen om concretiseren, preciseren en illustreren van de informatie van de geïnterviewde) en het stimuleren tot het geven van meer gedetailleerde en genuanceerde informatie is belangrijk (Berkers, 1998). Ook deze interviews

zijn opgenomen op cassette, waarna ze zijn uitgewerkt en aan de geïnterviewden toegestuurd ter correctie en goedkeuring.

Analyse: De analyse heeft plaats gevonden in het verlengde van de uitgebreide vragenlijst en de interviews, waarbij de kwalitatieve gegevens rond dezelfde aspecten zijn gerubriceerd.

8.5.2 Resultaten

In het kader van verdieping en verbreding van het onderzoek is, zoals beschreven onder methode, een aantal expertinterviews gehouden. De samenvatting van de resultaten van deze interviews wordt hieronder weergegeven volgens dezelfde indeling als gehanteerd bij de vragenlijsten en veldinterviews.

Praktische aspecten

Gedurende het expertinterview waarin het vergelijken van de situatie in Nederland en België met betrekking tot psychomotorische diagnostiek centraal stond, leek er in eerste instantie een verschil te bestaan. Het leek erop dat in België veel meer instrumenten gebruikt worden. In de loop van het interview bleek echter dat ook hier de meeste instrumenten niet zijn gestandaardiseerd en genormeerd. Uit het bespreken van de uitgebreide vragenlijst, zoals deze binnen Nederland is verstuurd, blijkt de situatie in het Vlaamstalig deel van België voor een groot deel overeen te komen met de situatie in Nederland. Het Vlaamstalig deel van België als geheel meenemen in het onderzoek bleek onhaalbaar. Er zijn te veel instellingen om alle aan te schrijven en een selectie maken is volgens de expert niet zonder meer mogelijk. Tevens werd verwacht dat de expertkliniek het meest uitgebreide instrumentarium heeft, waardoor de extra informatie die dit zou kunnen opleveren klein geschat werd. Derhalve is besloten dit onderzoek te concentreren op Nederland. Het ligt gezien de inhoud van bovenstaand interview in de lijn van de verwachting dat een onderzoek in het Vlaamstalig deel van België weinig van dit onderzoek afwijkende bevindingen zal opleveren.

In het expertinterview rond de toepassing van de ICIDH in de revalidatie van kinderen komt naar voren dat de reden tot het ontwerpen van het diagnostisch instrument (KinderRAP, Roelofsen, 1998) was dat er weinig overlapping is tussen wat verschillende instellingen doen: ieder heeft zijn eigen manier. Bij de implementatie van het instrument blijkt dat hulpverleners in het begin iets nieuws vaak moeilijk vinden, maar het uiteindelijk als steun ervaren: het schrijven kost minder tijd, het lezen is gemakkelijker omdat bekend is wat waar staat en omdat er alleen in staat wat relevant is. De geëxpliciteerde hulpvraag helpt goed om het kader in te perken. Bij de psychologen ligt het gebruik van het instrument lastiger omdat zij gewend zijn uitgebreide onderzoeksverslagen te schrijven. Zij moeten daar nu een destillaat van schrijven voor het team. Voor maatschappelijk werk blijkt het wel te helpen goed helder te hebben waaraan gewerkt wordt. Het lijkt erg persoonsgebonden hoe de individuele hulpverleners het ervaren. De scholing bij het KinderRAP bestaat uit vier bijeenkomsten van twee en een half uur, waarbinnen wordt uitgelegd wat beperkingen en vaardigheden zijn en hoe deze gerapporteerd dienen te worden, hoe de hulpvraag helder wordt, hoe het kernprobleem geformuleerd dient te worden en hoe een teambespreking vorm krijgt. Als er geen scholing wordt gedaan blijkt de implementatie van het instrument niet goed te lopen. Het is belangrijk een gemotiveerde arts te hebben die het in gebruik nemen van een nieuw instrument ondersteunt. De arts is daarin een sleutelfiguur. Verschillende zorgvelden (revalidatie, psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg) liggen volgens de expert heel dicht bij elkaar, maar er worden andere termen gebruikt. Het revalidatieveld komt volgens de expert op verschillende punten overeen met het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Dit geldt bijvoorbeeld voor de complexiteit van de problematiek, het werken in multidisciplinaire teams, het onderkennen van belemmerende en faciliterende factoren, het moeten komen tot het kernprobleem en tot gezamenlijke behandelingsdoelstellingen, afgestemd op de ontwikkelingsmogelijkheden en opvoedingssituatie van het kind. In die zin kunnen ervaringen uit het ene veld meegenomen worden naar het andere veld. Het zou mogelijk moeten zijn een model te maken voor alle velden samen, mits dit model losgekoppeld is van oorzaken.

Indien beperkt wordt tot waarneembaar gedrag, losgekoppeld van oorzaak en gevolg, zijn volgens de expert de domeinen van de ICIDH goed bruikbaar voor elke leeftijd, dus ook voor kinderen. Volgens twee

andere geïnterviewde experts zou er een speciaal voor kinderen van toepassing zijnde appendix moeten komen. Er bestaat een werkgroep 'ICIDH en kinderen en jongeren', welke zich bezig houdt met de volgende punten:

- Het kind is in ontwikkeling en voornamelijk is onduidelijk hoe dat geclassificeerd kan worden. In geval van aangeboren stoornissen wordt de ontwikkeling over het algemeen al vanaf het eerste moment beïnvloed door de stoornis. Het probleem is of tegen het licht van een bestaande stoornis (en dus een te verwachten afwijkende ontwikkeling) het niet kunnen uitvoeren van een bepaalde activiteit wel of niet als afwijkend moet worden gescoord. Stilzwijgend wordt een bepaalde mate van activiteit tot norm verheven.
- Dit probleem speelt ook binnen de dimensie van participatie. Het is onduidelijk hoe de plaats van ouders en hun relatie met het kind in beeld kunnen worden gebracht: de toenemende zelfstandigheid gedurende de ontwikkeling is voornamelijk niet zichtbaar te maken binnen de ICIDH. De beïnvloeding door ouders en professionele hulpverleners speelt daarbij een rol. De positie van kinderen wordt vooral als ze jong zijn in hoge mate bepaald door de grenzen, normen en waarden die de ouders stellen. Daarnaast kan er sprake zijn van te vroege of ongewenste participatie, bijvoorbeeld gedwongen kinderprostitutie.

Een van de experts benadrukt dat het niet mogelijk is een bepaald instrumentarium verplicht te stellen, aangezien dat beperking van de vrijheid zou betekenen en snel verouderd zou raken. Bij nieuwe tests zou het verplichte instrumentarium dan telkens moeten worden aangepast. Wel is het mogelijk een advies te geven.

Vakinhoudelijke aspecten

In de ICIDH-2 wordt gesteld dat de afwijkende ontwikkeling de 'health condition' is en dat daarmee binnen drie dimensies problemen kunnen ontstaan. Het is volgens de experts wenselijk binnen elke dimensie probleemeigen instrumenten te hebben. Daarmee zijn nog niet meteen de behandelingsitems bekend. Er zit de belangrijke stap van interpretatie tussen, waarbij intuïtie, klinische blik en praktijkervaring een rol spelen. Het streven is de participatie optimaal te laten zijn. In de ICIDH-2 is daarom een groot deel ingeruimd voor contextuele factoren, welke uit twee elementen bestaat: de persoon zelf, met zijn eigen ideeën, normen en waarden die bepalen of iemand bepaalde dingen wel of niet wil (leeftijd, geslacht en dergelijke horen ook bij dit element) en de omgeving, zowel de fysieke omgeving als de mensen eromheen. Het gaat er dan bijvoorbeeld om hoe het is met de zorg, met de wetgeving, met scholen en dergelijke. Uitgangspunt is dat er mensen zijn met gezondheidsproblemen en dat het resultaat van de interactie van de persoon met de omgeving maakt in hoeverre iemand participeert. Het ICIDH-2-model is volgens de experts veel beter toepasbaar op andere werkvelden, bijvoorbeeld maatschappelijk werk, de praktijk van psychologen en onderwijs, dan de oude ICIDH.

Het KinderRAP, als toepassing van de ICIDH, is een instrument dat de informatie verzamelt die minimaal nodig is voor het formuleren en evalueren van doelstellingen. Het kernprobleem, belemmerende factoren, faciliterende factoren, hoofddoelstelling en behandelingsdoelstellingen kunnen op basis van het KinderRAP worden geformuleerd. De items van het KinderRAP kunnen worden gebruikt als gemeenschappelijke taal, checklist en ordening. De items sluiten elkaar uit, maar bestrijken tegelijkertijd het hele functioneren van het kind. De itemlijst helpt bij het checken of alle benodigde informatie verzameld is. De domeinen en items van het KinderRAP staan over het algemeen standaard in de rapportage, waarachter eenieder beschrijvend kan aangeven hoe het gaat op dat moment. Door het aanbieden van een gemeenschappelijke taal kan de communicatie tussen de verschillende teamleden beter gaan verlopen. Al in het eerste verslag moet alles beschreven worden en dus informatie verzameld zijn. De hoofddoelstelling en de behandelingsdoelstellingen die op basis van de diagnostiek kunnen worden geformuleerd moeten volgens de deskundige specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden zijn.

Gebruik van instrumenten

Binnen de expertkliniek in België kennen de kinderen de therapeut en de ruimte. Dit voorkomt extreme reacties. Onderzoeker en therapeut tegelijk zijn loopt snel door elkaar, maar heeft volgens de geïnterviewde expert ook voordelen. Het kan bijvoorbeeld bij jeugdigen een ingang tot behandeling bieden. Zij vragen vaak naar

de resultaten van de tests. Bepaalde vragenlijsten kunnen ook zelfinzicht brengen: diagnostiek en behandeling gaan dan samen.

Voor PMT-ers is het een groot probleem goede instrumenten te vinden. De combinatie van de Movement ABC, die het niveau van motorische vaardigheden meet, met de Test of Gross Motor Development (TGMD), die iets zegt over de kwaliteit van vaardigheden die kinderen in het dagelijks leven gebruiken, is volgens de expert interessant. De TGMD moet nog vertaald worden. Vooralsnog blijkt uit onderzoek op de instelling van een van de andere experts dat de testnormen niet kloppen voor kinderen ouder dan zeven jaar. Nader onderzoek naar en een goede vertaling van de TGMD zijn gewenst. De Movement ABC is goed af te nemen op basis van de handleiding en er is geen speciale scholing nodig. Voor de TGMD geldt hetzelfde, maar deze is, zoals genoemd, nog niet operationeel. Op het niveau van de participatie zijn er vrijwel geen instrumenten. Vergelijken met psychologen hebben PMT-ers volgens de experts maar een beperkt arsenaal aan instrumenten, maar ook tussen psychologische tests bevinden zich waarschijnlijk veel ondeugdelijke tests. Er zijn voor psychologen wel meer mogelijkheden om de beste tests te kunnen kiezen.

De belangrijkste conclusies rond het gebruik van instrumenten in het Vlaamstalig deel van België zijn dat de meeste gebruikte instrumenten oud zijn en niet genormeerd zijn voor de Vlaamse populatie. De normering van Amerikaanse instrumenten blijkt vaak in sterke mate af te wijken van de situatie in het Vlaamstalig deel van België. Belangrijke domeinen in het buitenland zijn meestal niet dezelfde als in het eigen land. Elke test zou eerst moeten worden genormeerd op de normale eigen populatie en worden herberekend voor de psychiatrie. De expert stelt dat een handleiding niet genoeg is om een test goed in te schatten: het is noodzakelijk er in de praktijk ervaring mee op te doen. Tests die pretenderen hetzelfde te meten, meten vaak iets anders. Daarnaast wordt er meestal geen rekening gehouden met het feit dat het uitwerken van een test veel tijd in beslag neemt. De keuzen voor bepaalde instrumenten zijn vaker impliciet dan expliciet. Het laten onderzoeken van het kind door de eigen therapeut heeft voordelen. Tenslotte kan gesteld worden dat buiten de gestandaardiseerde tests ieder zijn eigen observatiepunten heeft. Dat bemoeilijkt vaak de overdracht van de een naar de ander. Uit verslagen van collega's van andere instellingen en/of andere disciplines is niet altijd duidelijk waar over het gaat. Meestal wordt niet vermeld hoe men aan de gegevens komt. Er moet dan weer opnieuw worden getest. Binnen België zijn hierover ook geen afspraken, zodat ieder doet wat hij of zij wil en er geen sprake is van eenheid. De expert stelt dat het interessant zou zijn te komen tot profielen: een combinatie van kenmerken voor iedere doelgroep.

8.5.3 Discussie

Op basis van de expertinterviews is besloten dit onderzoek te beperken tot Nederland. De verwachting dat een soortgelijk onderzoek in het Vlaamstalig deel van België in grote lijnen dezelfde resultaten zal opleveren dient echter nog getoetst te worden. De resultaten van dit onderzoek kunnen niet zonder meer worden geeneraliseerd naar België.

Aangezien de ICIDH-2 op het moment van de expertinterviews nog niet haar definitieve vorm had gekregen, zouden inzichten van experts, bijvoorbeeld rond de toepasbaarheid van de ICDH-2 voor kinderen, na de vaststelling van de definitieve versie (de ICF) veranderd kunnen zijn.

8.6 Conclusies

Rond de *praktische aspecten* van psychomotorische diagnostiek komt uit dit veldonderzoek naar voren dat vrijwel alle PMT-ers zich zowel vanuit een eigen behoefte, als vanuit een instellingsvraag bezig houden met psychomotorische diagnostiek. Hoe deze diagnostiek wordt ingevuld verschilt sterk, mede afhankelijk van de leeftijd van het kind en het soort instelling.

Vakinhoudelijk komt vooral naar voren dat de observatie van bewegingsgedrag en lichaamsbeleving zowel door de PMT-er als de instelling als belangrijke informatiebron wordt ervaren tijdens het algemene diagnostisch proces. De meeste PMT-ers leggen echter een sterke voorkeur voor behandelen aan de dag. Zij werken en denken vooral vanuit een therapeutisch denkkader en zijn minder gericht op een theoretisch of

wetenschappelijk onderbouwde diagnostiek. Toch hebben zij een sterke wens naar meer eenduidigheid en een overkoepelend kader.

Rond het aspect *testgebruik* kan worden geconcludeerd dat veel PMT-ers eigen instrumenten gebruiken. Eenieder zoekt een eigen manier om vast te leggen wat hij/zij waarneemt. De klinische blik wordt zeer belangrijk gevonden. Wel is er behoefte aan meer gestandaardiseerde instrumenten, die echter aan specifieke eisen moeten voldoen. Er is behoefte aan een flexibel, niet te uitgebreid kerninstrument, op basis waarvan verder onderzoek kan worden gedaan bij specifieke problemen. Dit kerninstrument moet zowel vrije als gestructureerde situaties omvatten en handvatten bieden voor behandeling.

Concluderend kan gesteld worden dat er behoefte is aan meer helderheid en eenduidigheid op het gebied van de psychomotorische diagnostiek, zodat uitwisseling gemakkelijker wordt en niet iedereen opnieuw het wiel hoeft uit te vinden. Er is veel kennis en ervaring binnen het psychomotorisch werkveld, maar er zijn ook nog veel vragen en er is behoefte aan een duidelijk kader. Er zijn voor de PMT-ers geen herkenbare instrumenten die voldoende betrouwbaar en valide zijn en in de praktijk hun bruikbaarheid hebben bewezen. Ook is er weinig denken over of tests werkelijk meten wat ze pretenderen te meten en of tests dit voldoende betrouwbaar doen. In die zin tonen de werkers in de praktijk een vóórwetenschappelijke attitude: een ieder doet nu nog vaak wat hem/haar goeddunkt en vindt geen enkel instrument beter dan de eigen klinische blik. Toch worden daarvan ook de beperkingen ingezien, mede door de ontwikkelingen in het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg. Steeds vaker wordt om korte en gerichte diagnostiek en behandeling gevraagd. Handelingsgerichte diagnostiek wordt steeds belangrijker: *"Ondanks de vele verschillende wortels van PMT-ers, lijkt er een groeiende behoefte aan een gemeenschappelijke diagnostiekbom"*. Er is behoefte aan een breed algemeen psychomotorisch diagnosticum in de vorm van een checklist, die ook na het observatieuur kan worden ingevuld, waarin alle relevante punten aan de orde komen en niets over het hoofd wordt gezien. Vervolgens zou afhankelijk van het probleem verdere diagnostiek uitgevoerd moeten worden, waarbij de gebruikte instrumenten afhankelijk zouden moeten zijn van de doelgroep en/of het te onderzoeken probleem. Op die manier kan een individuerichte benadering worden gewaarborgd, terwijl er toch meer wordt gestandaardiseerd en systematisch te werk wordt gegaan.

Er wordt door vrijwel alle geïnterviewden gesteld dat de manier van diagnostisch werken afhankelijk is van de persoon van de diagnosticus, de situatie van het moment en de keuzen van de instelling. Tevens is het afhankelijk van het hoofd van de afdeling of de meerwaarde van psychomotorische diagnostiek wordt gezien en er tijd voor wordt vrijgemaakt. PMT-ers geven aan te weinig tijd te hebben zelf te onderzoeken wat goed testmateriaal is. Veelal hebben zij een bepaald instrumentarium, waar zij niet altijd even tevreden over zijn. Met name door tijdgebrek is het moeilijk diagnostiek daadwerkelijk anders te gaan doen.

Vanuit de expertinterviews lijkt de nieuwe versie van de ICIDH geschikt als kader. De ICIDH-2 lijkt met name bruikbaar voor:

- terminologie: het komen tot een gemeenschappelijke taal. Zowel voor gebruik tussen PMT-ers onderling als voor het gebruik tussen diverse disciplines binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld als tussen de verschillende zorgvelden (KJP, revalidatie, verstandelijk gehandicaptenzorg);
- het op beschrijvingsniveau signaleren van problemen en mogelijkheden binnen de drie dimensies: structuur/functie, activiteit en participatie.

Vanuit deze beschrijvingen kan gekozen worden voor een verder onderzoek per dimensie, met behulp van psychomotorische tests, vragenlijsten, gerichte observatie en/of checklists. Op basis daarvan kunnen hypothesen omtrent oorzakelijkheid en het opstellen van behandelingsdoelstellingen worden geformuleerd. Er zou een checklist opgesteld moeten worden met psychomotorische items binnen elk van de drie dimensies. Vanuit deze checklist kan duidelijk worden binnen welke dimensie de hulpvraag ligt. Deze dimensie kan vervolgens verder uitgewerkt worden met behulp van psychomotorische instrumenten passende bij deze dimensie, dit kind en dit probleem. Daarbij zal altijd de klinische blik en intuïtie van de PMT-er een belangrijke rol blijven spelen, maar op deze manier kan er gericht naar de hulpvraag worden gekeken.

Door één respondent werd als argumentatie voor het onwenselijk vinden van een nieuw psychomotorisch diagnosticum gegeven dat *"door de bomen het bos niet meer gezien wordt"* en de uniformiteit geheel zoek is. Het doel van dit onderzoek is te komen tot meer uniformiteit, in tegenstelling tot de huidige situatie waarin iedereen maar eigen testjes lijkt te doen en er dus weinig overdraagbaar is. In sommige gevallen lijkt het gebruik van diagnostische instrumenten ook een schijnveiligheid te betekenen. Het is dan onduidelijk waarop het gebruik van het betreffende instrument gebaseerd is en of het volgens de regels gehanteerd wordt. In het merendeel van de gevallen heeft men geen notie van de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument en of het genormeerd en gestandaardiseerd is. Men verschuilt zich achter het gebruik van bekende instrumenten, terwijl de waarde die aan dergelijke instrumenten gehecht mag worden volkomen onduidelijk is. Opvallend is dat zeer veel respondenten naast bestaande instrumenten ook eigen instrumenten gebruiken. Hieruit zou kunnen worden afgeleid, dat psychomotorische diagnostiek in ontwikkeling is. Het grote nadeel van al deze eigen instrumenten is dat er weinig overdraagbaar is en er vragen moeten worden gesteld bij betrouwbaarheid en validiteit, kortom bij de waarde die aan deze instrumenten gehecht mag worden. Een andere verklaring voor het veelvuldig gebruik van eigen instrumenten kan zijn dat hoe ingewikkelder de doelgroep is, hoe minder geschikt bestaande instrumenten zijn en hoe meer deze zullen (moeten) worden aangepast en/of vervangen door eigen instrumenten. Over het algemeen blijkt de uitgebreide vragenlijst op veel punten herkenbaar voor het veld. In die zin lijken theorie en praktijk op elkaar aan te sluiten.

Verschillende PMT-ers geven aan dat de beantwoording van de vragen (zowel bij de uitgebreide vragenlijst als bij de interviews) soms moeilijk is omdat er een andere manier van denken gevraagd wordt. De meeste PMT-ers zijn vooral handelend op de werkvloer bezig. Reflecteren op wat zij doen en waarom zij dat doen vraagt een omschakeling die niet altijd eenvoudig blijkt. Voor veel PMT-ers ontbreekt daarvoor ook de tijd. Toch wordt het inventariseren van het praktijkveld niet alleen als belastend ervaren. Een aantal PMT-ers laat weten het prettig te vinden aangezet te worden tot 'denken over': *"De vragenlijst zet aan tot denken over hoe psychomotorische diagnostiek en therapie organisatorisch in te bedden zijn binnen het instituut. Een goed instrumentarium is daarbij zeker nodig"*. Ook geven PMT-ers aan dat er meer uniformiteit zou moeten komen in psychomotorische onderzoeken op basis waarvan therapeutische indicaties te formuleren zijn. Een goed instrumentarium als basis voor diagnostiek kan volgens hen een bijdrage leveren aan verantwoordelijk werkzaam blijven en specifieker met een problematiek aan de slag gaan via het medium bewegen en lichamelijkheid. Daarnaast is het een leerzaam proces voor vak en therapeut en geeft structurele diagnostiek nieuwe kennis voor de behandelaar(therapeut) en een professionelere werkhouding.

Aversie tegen en behoefte aan meer gestandaardiseerd diagnosticeren liggen dicht bij elkaar. Er is behoefte aan een lijst met observatiepunten die niet (alle) uit een gestandaardiseerde test te verkrijgen zijn. Een breed diagnosticum met aandachtspunten als start van de diagnostiek is nodig. Belangrijk wordt gevonden dat binnen de diagnostiek zowel gestructureerde als vrije situaties worden aangeboden: de spontane motoriek wordt erg belangrijk gevonden. Daarnaast heeft het de voorkeur het kind/de jeugdige zowel individueel als binnen de groep te zien. Afhankelijk van doelgroep en instelling is er een bepaalde diagnostiekcultuur. Hoe de diagnostiek precies wordt ingevuld kan niet zo maar worden veranderd: een basischecklist geeft ruimte de aandachtspunten op een eigen manier, met eigen bewegingsarrangementen langs te lopen, afhankelijk van doelgroep en instelling. Er zou kunnen worden toegewerkt naar een soort basisconstruct aan de hand waarvan specifieke problemen nader kunnen worden onderzocht. De basischecklist kan achteraf worden ingevuld door middel van aankruisen en korte opmerkingen. De flexibiliteit en efficiëntie wordt gewaarborgd door alleen die items waarover nog vragen bestaan verder te onderzoeken met specifieke instrumenten. Door uit te gaan van een basisconstruct wordt het risico bepaalde aspecten over het hoofd te zien aanzienlijk verminderd. Een goede basisdiagnostiek kan helpen gerichtere behandelingsdoelen te stellen. Het koppelen van een basischecklist aan behandelingsdoelen kan een hulpmiddel zijn. Een goede diagnostiek is noodzakelijk om gericht te kunnen behandelen. Een standaard basisconstruct kan een begin zijn om meer systematisch te werk te gaan. Vanuit de checklist en de koppeling met behandelingsdoelen volgen dan aanwijzingen voor behandeling. Door gebruik te maken van algemene termen binnen het basisconstruct, zoals deze in grote lijnen ook binnen de

ICIDH gebruikt worden, wordt de overdracht naar andere werkvelden als de revalidatie en de verstandelijk gehandicaptenzorg gemakkelijker. Het belang van psychomotorische diagnostiek moet ook bij andere disciplines bekend worden.

Het vermoeden dat aanleiding was tot dit onderzoek (zoals beschreven in hoofdstuk één) wordt in het veldonderzoek bevestigd: In veel instellingen leveren PMT-ers een bijdrage aan de behandeling, maar een duidelijke visie op diagnostiek ontbreekt of is weinig gefundeerd. De keuze van instrumenten is gebaseerd op praktische, niet op inhoudelijke en testtheoretische motieven. Dit kan vaak ook niet anders, omdat het PMT-gedachtegoed nog zo ongeordend is, vele ideeën en opsommingen naast elkaar bestaan en de individuele PMT-er daar geen grip op krijgt. De zorg uit hoofdstuk één is derhalve terecht: het veld moet nog geprepareerd worden voor ontwikkelingsgericht en wetenschappelijk onderbouwd denken en handelen. Dit onderzoek wil daaraan een bijdrage leveren.

Binnen dit onderzoek wordt toegewerkt naar een kader voor psychomotorische diagnostiek, waarbinnen de verschillende PMT-ers zich kunnen vinden. Binnen het veldonderzoek zijn daartoe PMT-ers op de werkvloer aangezet tot denken over psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. De resultaten daarvan vormen, naast het literatuuronderzoek, de basis voor het ontwikkelen van het PMDC.

Tezamen worden de resultaten van de literatuurstudie zoals beschreven in Deel I, waarin het begrippenkader dat ten grondslag ligt aan dit onderzoek werd verkend en vastgesteld, de resultaten van de inventarisatie van bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten (hoofdstuk zeven) en de resultaten van de inventarisatie van de plaats van psychomotorische diagnostiek in het werkveld (hoofdstuk acht) in het volgende hoofdstuk gebruikt om tot een opzet en invulling van het beoogde PMDC te komen. Hiervoor zijn twee kwalitatieve onderzoeksmethoden ingezet, namelijk een Reductiepanel en een Randpanel. Het Reductiepanel wordt gebruikt om te komen tot een selectie van onderwerpen die in psychomotorische diagnostiek aan de orde zouden moeten komen. Deze selectie wordt vervolgens, naast een aantal andere inhoudelijke zaken, aan het Randpanel voorgelegd voor een definitieve invulling van het PMDC. Van de uitvoering en de resultaten van het onderzoek met deze twee panels wordt in hoofdstuk negen verslag gedaan. In hoofdstuk tien worden tenslotte de resultaten van een eerste toets naar de bruikbaarheid van het geconstrueerde PMDC in het werkveld weergegeven. Hiermee wordt Deel II van dit onderzoek afgesloten.

Hoofdstuk 9 De ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct

*Tossed between the sky and sea
We'll sail until we find the harbor lights
Our life is but a dream of blue in green
Although it seems the end draws nearer
With each passing day
We'll always sail this way
Until we find our home
(Cassandra Wilson, 1999)*

9.1 Inleiding

Als een PMT-er gevraagd wordt een vakspecifieke bijdrage te leveren aan de diagnostiek, zijn kwantitatieve methoden te gebruiken. Mits geijkte instrumenten worden gebruikt is deze benadering betrouwbaar en valide, maar geeft niet altijd antwoord op specifieke diagnostische vragen en levert vaak niet dat klinisch relevante materiaal op waar een eventuele psychomotorische therapie (PMT) zinvol op zou kunnen aansluiten (Emck, 1997). Bij het gebruik van kwalitatieve methoden, zoals interviews en observaties, bestaat daarentegen het risico op persoonsgebonden vertekening van de informatie. Bovendien is de klinische blik moeilijk overdraagbaar op beginnende PMT-ers. Emck (1997) stelt dat het gebruik van een doelgroepspecifieke checklist een diagnostische methode kan zijn die de voordelen van de objectieve en subjectieve benadering tot op zekere hoogte combineert en de nadelen enigszins beperkt. Daarnaast is het gebruik van een checklist als leidraad voor de observatieperiode beter over te dragen op beginnende PMT-ers. Deze uitgangspunten sluiten aan bij hetgeen in het vorige hoofdstuk uit het veldonderzoek naar voren is gekomen.

In dit hoofdstuk wordt toegewerkt naar een dergelijke checklist. Achtereenvolgens passeren de stappen om te komen tot een PMDC die tot nu toe zijn genomen nog eens kort de revue. Aansluitend wordt ingegaan op de actuele vraag hoe ruim of beperkt de mogelijkheden van PMT binnen de GGZ (moeten) zijn. Ook voor psychomotorische diagnostiek dient te worden bepaald waar de grenzen liggen. Om de verzamelde informatie uit de literatuur en het veld verder te differentiëren en te integreren, is gekozen voor twee methoden: het Reductiepaneel en het Randpaneel.

Via het Reductiepaneel worden uit een groot aantal items de meest relevante voor psychomotorische diagnostiek geselecteerd.

Via het Randpaneel worden de keuzen, zoals deze binnen dit onderzoek zijn gemaakt, beoordeeld en inhoudelijk aangescherpt.

Dit hoofdstuk eindigt met de conclusies over het PMDC die getrokken kunnen worden op basis van het onderzoek via de twee panelen. Daarna wordt de laatste fase van dit onderzoek, de toetsing van het ontwikkelde construct (hoofdstuk tien), kort aangeduid.

9.2 De ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct tot nu toe

Op basis van literatuuronderzoek is in de eerste fase van dit onderzoek het belang van psychomotorische diagnostiek onderbouwd (hoofdstukken twee tot en met vijf). Vervolgens is gezocht naar een passend conceptueel model van waaruit het vervolg van dit onderzoek kon plaatsvinden (hoofdstuk zes). Daarna is door middel van literatuuronderzoek nader bekeken welke psychomotorische diagnostische instrumenten voorhanden zijn, wat de betrouwbaarheid en validiteit van deze instrumenten is en of ze gestandaardiseerd en genormeerd zijn. Tevens werd onderzocht of deze instrumenten in te delen zijn binnen de drie dimensies van de ICIDH-2 en of het tests, observatie-instrumenten of vragenlijsten betroffen. Het doel was te onderzoeken welke instrumenten bruikbaar zouden kunnen zijn binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld (hoofdstuk zeven). Vervolgens is met behulp van een korte en een uitgebreide vragenlijst onderzocht wat er op

dit moment in het veld gebeurt voor wat betreft psychomotorische diagnostiek en waar behoefte aan is. Dit is door middel van interviews nader uitgewerkt en ingevuld. Naast deze veldinterviews zijn expertinterviews gehouden om de situatie in het Vlaamstalig deel van België te onderzoeken, om te bekijken of de nieuwe versie van de ICIDH veel afwijkt van de oude versie en of en hoe deze binnen het PMDC gebruikt zou kunnen worden (hoofdstuk acht).

Uit de tot nu toe verzamelde gegevens komt naar voren dat moet worden toegewerkt naar een breed, algemeen PsychoMotorisch Diagnostisch Construct, dat naar behoefte kan worden gespecificeerd. Het zou de vorm moeten hebben van een checklist met observatieitems. De observaties moeten plaats vinden in door de therapeut gecreëerde situaties. Deze kunnen per instelling, leeftijd en doelgroep verschillen. Over het algemeen worden kinderen een aantal malen geobserveerd en worden meer en minder gestructureerde situaties aangeboden. Vanuit het veld wordt benadrukt dat psychomotorische diagnostiek ook het natuurlijke, spontane bewegen moet omvatten en niet alleen het technisch kunnen (zoals dat bijvoorbeeld uit een motoriektest naar voren kan komen). Het brede diagnostisch construct moet weinig tijdrovend zijn en dient geschikt te zijn voor de verschillende leeftijds- en doelgroepen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het moet een beeld geven binnen welke dimensie de psychomotorische problemen zich hoofdzakelijk voordoen, zodat mogelijke indicaties voor PMT duidelijk worden, een behandelingsplan kan worden geformuleerd en de behandeling daar kan aangrijpen, waar dat het meest nodig of het best mogelijk is (binnen de structuur/functie-, activiteiten- of participatiedimensie). Het moet de mogelijkheid bieden dat, al dan niet door verschillende therapeuten/therapiegroepen of via een doorverwijzing naar een specialist (bijvoorbeeld een neuroloog of fysiotherapeut) gelijktijdig binnen verschillende dimensies wordt behandeld als de problematiek daar aanleiding toe geeft. Het is belangrijk te streven naar een construct waarin zowel vragenlijsten, observaties als tests een plaats hebben om tot een zo omvattend mogelijk beeld te komen. Na het vormen van dit totaalbeeld op basis van het PMDC kan ervoor gekozen worden de problematiek nader te onderzoeken. Daarvoor moeten er meerdere diagnostische instrumenten voorhanden zijn binnen de verschillende dimensies, dat wil zeggen een aantal instrumenten binnen de structuur/functiedimensie, een aantal binnen de activiteitendimensie en een aantal binnen de participatiedimensie. Er moet naar worden gestreefd voor elke leeftijdsgroep en elke doelgroep voldoende instrumenten voorhanden te hebben om de problematiek, zoals deze uit het algemeen PsychoMotorisch Diagnostisch Construct naar voren is gekomen, nader te kunnen onderzoeken. Deze instrumenten werden binnen dit onderzoek geselecteerd via het literatuur- en veldonderzoek.

Door het ontwikkelingsdenken te combineren met de ICIDH-2 wordt een nieuwe mogelijkheid gecreëerd om het gebied van de psychomotoriek te ordenen en te onderzoeken. Tevens slaat het een brug naar aanverwante zorgvelden, die op verschillende punten overeenkomst vertonen met de kinder- en jeugdpsychiatrie. Door uit te gaan van de terminologie van de ICIDH-2 zijn de observaties beter over te dragen naar deze zorgvelden. Dit model staat in contrast met meer gebruikte indelingen van psychomotorische tests, zoals bijvoorbeeld een indeling naar motorische ontwikkeling, lateralisatie, lichaamsschema, ruimtelijke oriëntatie, fysieke fitheid, enzovoorts. Deze meer gebruikte indelingen wisselen sterk per auteur, zijn vaak weinig theoretisch onderbouwd en blijken in het veld niet voldoende houvast te bieden. Het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct dat binnen dit onderzoek wordt ontwikkeld moet een bijdrage leveren aan de algemene diagnostiek, moet (contra)indicaties en mogelijke behandelingsdoelen voor PMT duidelijker maken en een meerwaarde hebben naast de gebruikelijke cognitieve en emotioneel-sociale diagnostiek.

9.3 Strakke grenzen of ruime grenslijnen

Een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct, met items die specifiek zijn voor het deelterrein van de PMT-er, kan bijdragen aan de verduidelijking van de positie van de PMT-er binnen het beroepenveld (zie hoofdstuk één). Volgens Van der Klis (1999, p.209) komt in de uiteindelijke keuze van elke afbakening, grensmarkering of scheidslijn het arbitraire karakter ervan naar voren. *"Steeds blijkt bij nadere beschouwing dat het even goed anders had gekund"*. Daarbij is in de gemaakte keuzen meestal wel sprake van een navolgbare logica, maar zijn volgens Van der Klis (1999) de uitgangspunten op basis waarvan men tot die keuzen komt arbitrair. Als er an-

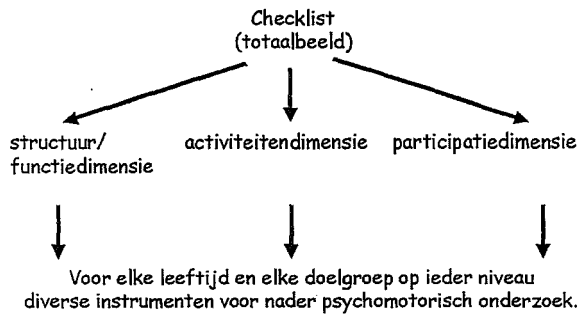
dere uitgangspunten gekozen worden, komt men tot andere uitkomsten. Binnen dit onderzoek is gepoogd de uitgangspunten zo min mogelijk arbitrair te laten zijn door deze telkens te toetsen aan het veld en aan de literatuur, maar uiteindelijk blijft het een resultaat van beslissingsmomenten. Van der Klis (1999) geeft aan dat er soms gekozen wordt voor strakke grenzen en soms voor ruimere grenslijnen. Volgens hem zou een hantering van strakke grenzen binnen PMT leiden tot een *ware kaalslag* en een *spectaculaire versmalling* ten opzichte van de gangbare praktijk. Een aanzienlijk deel van wat nu onder PMT valt zou dan worden buitengesloten. Van der Klis pleit voor een ruimere hantering van grenzen. Behalve bij problematieken die zich nadrukkelijk voordoen in de sfeer van bewegen en lichamelijkeheid en de daarmee verbonden belevingen, moet PMT volgens hem ook ingezet kunnen worden bij andere problematieken waarbij de relatie met bewegen en lichamelijkeheid minder duidelijk aanwezig is. Als argumentatie daarvoor noemt hij de actieve component van PMT (afgezet tegen verbale activiteiten), waarvan cliënten vaak aangeven te genieten, het gemakkelijker over de streep kunnen trekken van cliënten voor wie een directe confrontatie met hun problematiek te bedreigend is en op veel weerstand stuit, de impact van herkenning van het probleemgedrag in een andere context en het vanuit meerdere invalshoeken werken aan de problematiek.

Hoewel dit uitgangspunt veel PMT-ers zal aanspreken is er ook de noodzaak tot inkadering, tot verheldering van grenzen. Wat hoort wel tot PMT en wat niet en, in het verlengde daarvan, waar moet bij psychomotorische diagnostiek per se wel naar gekeken worden en waar naar per se niet? Welke items vormen het grijze gebied van soms wel en soms niet en wie bepaalt dat dan? Andere beroepsgroepen hebben vaak geen goed beeld van wat PMT nu precies inhoudt en ook binnen de eigen beroepsgroep verschillen de meningen daarover. Hutschemaekers en Meijmeijer (1998) pleiten voor meer onderscheid tussen de verschillende beroepsgroepen binnen de GGZ, waarbij de PMT-ers zich moeten profileren tot specialisten met specifieke methoden en specifieke doelgroepen. Dit kan bijdragen aan een duidelijker positionering van de beroepsgroep in de zorg (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000).

In dit onderzoek wordt tegemoet gekomen aan beide invalshoeken. Het doel is te komen tot een kernchecklist, waarin die items zijn opgenomen die specifiek zijn voor psychomotorische diagnostiek. Daarnaast komt er een aanvullende checklist, waarin items staan die betrekking hebben op het bredere terrein van de psychomotoriek en door de PMT-er (in samenwerking met andere deskundigen) zouden kunnen worden gediagnosticeerd. Elke PMT-er kan dan in zijn eigen situatie, afhankelijk van doelgroep, instelling en eigen behoeften, zich beperken tot de kernchecklist (dat in ieder geval tot de taken van elke PMT-er zou moeten behoren) of ook items uit het bredere terrein van de psychomotoriek meenemen in zijn diagnostiek. Deze keuze sluit aan bij de behoeften uit het veld, zoals deze uit de uitgebreide vragenlijsten en interviews naar voren zijn gekomen. Vanuit het veld wordt een aantal aspecten genoemd, waaraan een diagnostisch construct zou moeten voldoen. Deze aspecten kunnen in de fase van ontwikkeling van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct als leidraad dienen:

- het moet praktisch zijn en niet te uitgebreid. Een eenvoudige, overzichtelijke opzet, waarbij eerst een globale observatie plaatsvindt, gevolgd door gerichtere testonderdelen is gewenst;
- het moet een totaalbeeld geven. Door middel van een brede screeninglijst moet een beeld ontstaan van de psychomotoriek;
- het moet informatie geven over deelaspecten. Verschillende, ook los af te nemen, onderdelen hebben de voorkeur;
- het moet mogelijk zijn via een checklist achteraf het geobserveerde te kunnen invullen;
- het diagnostisch construct moet voor alle leeftijden en stoornissen voldoende bruikbare instrumenten bevatten;
- het construct moet (contra)indicaties geven voor therapie.

In schema kan het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct vanuit deze gegevens vereenvoudigd als volgt worden voorgesteld:



Figuur 13. Schematische opzet van het PMDC

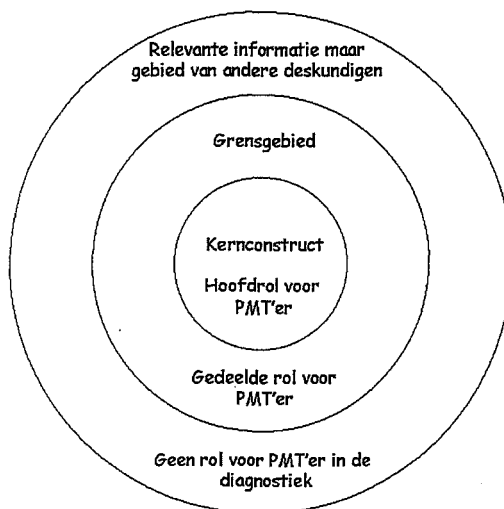
De checklist in het bovenstaande schema omvat zowel de kernchecklist als de aanvullende checklist. Als basis voor het psychomotorisch diagnostisch construct wordt het onderscheid tussen structuur/functie, activiteiten en participatie gebruikt, zoals dit is omschreven in de voorlopige ICIDH-2 (1998). Er dient een checklist te worden opgesteld aan de hand waarvan bepaald kan worden binnen welke dimensie de problematiek en/of de hulpvraag van het kind zich bevindt. Daarbij zal het over het algemeen zo zijn dat er binnen alle dimensies problemen bestaan. Aan de hand van de checklist kan bepaald worden binnen welke dimensie de behandeling in eerste instantie het best kan aangrijpen. Uitgangspunt is dat tijdens de eerste observatiebespreking in het team de checklist wordt samengebracht met de gegevens uit het dossier, van de beleidspsychiater, de leefgroep, de psychologen/pedagogen, het maatschappelijk werk en andere therapeuten. Aan de hand van de uitkomsten van de checklist in samenhang met de overige diagnostische gegevens kan ervoor gekozen worden een bepaald item verder te onderzoeken. Dit meer specifieke psychomotorische onderzoek (progressieve diagnostiek) kan plaatsvinden met behulp van psychomotorische diagnostische instrumenten binnen elke dimensie. Het verdient de voorkeur hiervoor gevalideerde, betrouwbare bestaande instrumenten te gebruiken. Waar dit niet mogelijk is moet worden bepaald of het zinvol is voorlopig veldinstrumenten te gebruiken die (nog) niet zijn onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit, maar wel in de praktijk hun dienst hebben bewezen. Indien in de observatiestaf voldoende helderheid is over de verschillende items en duidelijke behandelingsdoelen kunnen worden gesteld, is verder onderzoek niet nodig en kan direct worden overgegaan op PMT (indien geïndiceerd). Naar analogie van het schema van Van Doorn (1992) worden op deze manier gegevens uit de algemene checklist gekoppeld aan de informatie vanuit de voorgeschiedenis en vanuit andere disciplines. Vervolgens worden hypothesen opgesteld over de te verwachten problemen en mogelijkheden van het kind met betrekking tot de psychomotoriek, die kunnen worden getoetst met behulp van (gevalideerde en betrouwbare) psychomotorische diagnostische instrumenten. Het voorlopige idee over de psychomotoriek kan vervolgens worden ingepast in de theorievorming over het individuele kind, van waaruit de behandeling kan worden gestart. Gezien de problematieken van de populatie binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld en het verband met hun ontwikkelingsleeftijd, zullen niet alle items in de checklist altijd voor ieder kind van toepassing zijn. Hiermee moet in de uiteindelijke checklist rekening worden gehouden: er moet een mogelijkheid zijn dit te scoren. De PMT-er zal het kind een aantal keren moeten zien om tot een goed beeld te kunnen komen, waarbij het aanbevolen wordt meer en minder gestructureerde situaties aan te bieden. Om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen, lijkt het zinvol elk kind zo mogelijk zowel individueel als in de groep te zien.

9.4 Het Reductiepanel

9.4.1 Methode

Het Reductiepanel is ingezet om vanuit een breed scala aan items op basis van de ICIDH-2 te komen tot de voor PMT-ers meest relevante items, de zogenaamde kernitems. De voorlopige checklist (513 items),

zoals deze aan het Reductiepanel is voorgelegd, betreft het meest brede terrein van de psychomotoriek. Naast items die de PMT-er primair zou moeten (kunnen) diagnosticeren (kernchecklist), vermeldt het ook items die door een PMT-er in samenwerking met een andere deskundige (kinder- en jeugdpsychiater, kinderarts, psycholoog, fysiotherapeut/SI-therapeut, bewegingsagoog/gymleraar, maatschappelijk werkende, groepsleider of andere deskundigen) zouden kunnen worden gediagnosticeerd en items die buiten de diagnostische mogelijkheden van de PMT-er vallen, maar wel van belang zijn te weten voor de in te zetten therapie (aanvullende checklist).



Figuur 14. Rol van de PMT-er in de diagnostiek

Deelnemers: Er zijn dertien ervaren PMT-ers geselecteerd voor het Reductiepanel. De geselecteerde PMT-ers hadden allen gedurende de interviews kennis van en een duidelijke visie op psychomotorische diagnostiek getoond. Er zijn acht PMT-ers uit de KJP-groep, twee uit de MKD-groep en drie uit de ambulante GGZ-groep geselecteerd. Allen waren bereid deel te nemen aan het Reductiepanel.

Procedure: Deze dertien PMT-ers uit het veld is gevraagd de lijst met (513) items onder te verdelen in 'Hoofddrol voor PMT-er bij de diagnostiek', 'Diagnostiek door meerdere disciplines inclusief PMT-er' en 'Geen rol voor PMT-er bij de diagnostiek'. Als basis voor de checklist is, zoals genoemd, de voorlopige ICIDH-2 (1998) genomen. De opzet van de checklist is in figuur vijftien weergegeven.

Voor het reduceren van de lijst items betreffende het meest brede terrein van de psychomotoriek tot kernitems voor de PMT is de PMT-ers verzocht bij ieder item een kruisje te zetten in de kolom die zij het meest passend vonden. Bij de lijst items is een korte omschrijving van de verschillende dimensies van de ICIDH-2 gevoegd. Gezien het grote aantal items is niet van ieder item een beschrijving meegestuurd. Vermeld werd dat het invullen van de lijst ongeveer een half uur zou kosten. De items waarover na de eerste analyse nog geen consensus bestond, zijn opnieuw naar de PMT-ers in het veld gestuurd. In dit geval is een beschrijving van de items meegestuurd, aangezien het items betrof waarvan te verwachten viel dat de betekenis niet voor iedereen duidelijk was. De PMT-ers is gevraagd met deze gegevens opnieuw de rol van de PMT-er bij de diagnostiek van de betreffende items op de lijst te scoren. Expliciet is nogmaals vermeld dat het gaat om diagnostiek en niet om therapie en dat ook de afname van een vakspecifieke vragenlijst tot PMT-diagnostiek wordt gerekend.

ITEMS OP HET NIVEAU VAN STOORNISSEN	<i>Hoofddrol voor PMT-er bij de diagnostiek</i>	<i>Diagnostiek door meerdere disciplines inclusief PMT-er</i>	<i>Geen rol voor PMT-er bij de diagnostiek</i>
INSPANNINGSTOLERANTIE			
WIJZEN VAN ADEMHALING			
TEMPERAMENT			

ITEMS OP HET NIVEAU VAN ACTIVITEITEN	<i>Hoofddrol voor PMT-er bij de diagnostiek</i>	<i>Diagnostiek door meerdere disciplines inclusief PMT-er</i>	<i>Geen rol voor PMT-er bij de diagnostiek</i>
VOORTBEWEGEN EN KLIMMEN			
ACTIVITEITEN MET FIJNE HANDCONTROLE			
PROBLEEM OPLOSSEN			

ITEMS OP HET NIVEAU VAN PARTICIPATIE	<i>Hoofddrol voor PMT-er bij de diagnostiek</i>	<i>Diagnostiek door meerdere disciplines inclusief PMT-er</i>	<i>Geen rol voor PMT-er bij de diagnostiek</i>
PARTICIPATIE IN VERZORGING VAN HET UITERLIJK			
PARTICIPATIE IN RELATIES MET VRIENDEN EN BEKENDEN			
PARTICIPATIE IN SPORT EN SPEL			

ITEMS OP HET NIVEAU VAN CONTEXTUELE FACTOREN	<i>Hoofddrol voor PMT-er bij de diagnostiek</i>	<i>Diagnostiek door meerdere disciplines inclusief PMT-er</i>	<i>Geen rol voor PMT-er bij de diagnostiek</i>
STRUCTUUR VAN DE OMGEVING			
PERSOONLIJKE ONDERSTEUNING EN HULP			
HULPMIDDELEN VOOR ONTSPANNING			

Figuur 15. Itemlijst ten behoeve van Reductiepanel

9.4.2 Resultaten

Binnen de gestelde termijn werden zeven van de dertien item-lijsten terug ontvangen. Vervolgens is een reminder verstuurd. In reactie daarop zijn de resterende lijsten ontvangen. Bij het analyseren van de lijsten is de volgende norm gehanteerd: Indien 75 procent van de PMT-ers hetzelfde scoorden, was er sprake van consensus. Na analyse van de ontvangen lijsten bleek dat, hoewel verschillende PMT-ers de opbouw en inhoud van de lijst onduidelijk vonden, voor het merendeel van de items consensus bestond. Vervolgens is de lijst beoordeeld op consistentie: items die tot één cluster behoren, waarvan sommige wel tot consensus leiden en anderen niet zijn samengevoegd, zodat meer duidelijkheid ontstond. Zo was er bijvoorbeeld over het item 'verminderde psychomotoriek' consensus, maar niet over het item 'verstarring' dat tot dat cluster behoort. Door deze items als één cluster te beschouwen ontstond er een consistentere en duidelijker beeld. Het percentage items waarover overeenstemming bestond na deze eerste reductieronde bedroeg 62 procent.

Bij het tweede verzoek om reductie werden in eerste instantie elf van de dertien lijsten geretourneerd. Na het versturen van een reminder werden ook de overige twee lijsten ontvangen. Van de items die voor de tweede reductie waren verstuurd bedroeg de consensus in eerste instantie 30 procent. Nadat de items geclusterd werden beschouwd, bedroeg de consensus over deze items 60 procent

Het uiteindelijke percentage items (reductie één en twee samengenomen) waarover overeenstemming bestond bedroeg daarmee 85 procent. Over de items waarover na beide reducties nog geen overeenstemming bestond (15 procent) heeft de onderzoeker besloten tot welke groep deze gerekend zouden worden (hoofddrol, gedeelde rol, geen rol). Daarbij is rekening gehouden met de plaatsing van soortgelijke items binnen de drie groepen en zijn de scores van de eerste en tweede reductie met elkaar vergeleken. Om de uiteindelijke plaatsing van de overgebleven 434 items meer basis te geven is deze voorgelegd aan een Randpanel, waarop in paragraaf vijf nader wordt ingegaan.

9.4.3 Discussie

Met de itemlijsten kwamen verschillende opmerkingen retour, die bij de interpretatie van de gegevens in acht genomen moesten worden. De reductielijsten bleken lastiger in te vullen dan was verwacht en de invulling vergde meer tijd. Benadrukt werd ook dat de diagnostiek zeer settingafhankelijk is. De items in de verstuurde lijst werden veelal te algemeen geacht en dienden meer te worden toegespitst op het bewegen en de lichamelijkeheid. Dit ligt in het verlengde van de processen in de GGZ, waar vakspecifiek taalgebruik belangrijk wordt geacht. De opbouw van de lijst werd onduidelijk bevonden, evenals de termen. Geen van de PMT-ers in het Reductiepanel is bekend met de terminologie en opbouw van de ICIDH-2, welke totaal anders is dan de binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie meer gebruikelijke indelingen. Dit maakte het invullen lastig. Er werden ook items gemist. Er moeten meer vakspecifieke items aan de lijst worden toegevoegd. Een aantal leden van het Reductiepanel vindt het bijna onmogelijk per item aan te geven wie de hoofddrol heeft. Door een van de panelleden werd dat als volgt verwoord: *"Door vanuit verschillende disciplines naar hetzelfde kind te kijken krijg je een redelijk genuanceerd beeld. Het is dus eerder samen kijken dan het kijken op onderdelen, gedifferentieerd per discipline"*.

9.5 Het Randpanel

9.5.1 Methode

De tussenstap van reductie van de uitgebreide itemlijst was bedoeld als hulpmiddel om tot de kernitems voor psychomotorische diagnostiek te komen. Het bleef uiteindelijk ten dele een keuze van de onderzoeker welke items tot het kernconstruct behoren en welke niet. In de voorgaande fasen van dit onderzoek is de 'state of the art' van de psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld in beeld gebracht. Daarvoor is zowel informatie uit de literatuur als uit het veld verzameld en geïntegreerd. De redeneringen achter dit proces zijn in de loop van het onderzoek opgebouwd en verschillende keuzen zijn gemaakt. Er is onderzoek gedaan naar betrouwbare psychomotorische diagnostische instrumenten en er zijn diverse praktijkinstrumenten verzameld, die voldoende praktijkrelevantie hebben en zouden kunnen passen binnen het kader van dit onderzoek, maar nog psychometrisch onderzocht moeten worden. Tezamen met de resultaten van het Reductiepanel heeft dit geleid tot een (voorlopig) PsychoMotorisch Diagnostisch Construct, bestaande uit een kernchecklist en een aanvullende checklist (in de vorm van een aandachtspuntenlijst), met daaronder een aantal instrumenten voor nader onderzoek van een specifiek psychomotorisch item. Voordat dit diagnostisch construct kan worden onderzocht op bruikbaarheid in een implementatieproject, waarmee de gebruikersvaliditeit kan worden bepaald, is een tussenstap nodig. Verdere inhoudelijke validering van stellingen en aannamen door middel van vergelijking met andere bestaande theorieën is niet mogelijk, omdat dit onderzoek is gebaseerd op een nieuw conceptueel model, dat het biopsychosociale ontwikkelingsdenken verbindt met de (voorlopige) ICIDH-2. Daarbij is gebruik gemaakt van een deductief proces, waarbij reeds zo veel mogelijk literatuur rond psychomotoriek en de ICIDH is gebruikt. Om het construct verder te valideren is een deskundigenpanel (Randpanel) in het leven geroepen.

De Randpanelmethode is afkomstig van het onderzoeksinstituut de RAND Corporation en is voortgekomen uit de Delphimethode (Linstone & Turoff, 1975; Brook, 1994). Een Delphi-procedure kan worden gevolgd als er niet veel bekend is over het onderwerp van onderzoek en er in de literatuur te weinig aanwijzingen zijn

te vinden (Nijhof, 1999). In dat geval kan het bij elkaar brengen van meningen, ervaring en expertise vanuit verschillende oriëntaties uit onderzoek en praktijk zeer zinvol zijn. Oorspronkelijk is de Delphimethode bedoeld om toekomstige ontwikkelingen te kunnen voorspellen op basis van het oordeel van individuele deskundigen. Deze deskundigen krijgen gedurende een aantal rondes vragen voorgelegd over toekomstige situaties en worden geconfronteerd met de meningen van andere deskundigen. De vragen kunnen in de loop van de schriftelijke rondes steeds beter worden geformuleerd, waardoor ook de antwoorden van de deskundigen steeds nauwkeuriger worden. Het moderne Delphi-onderzoek kent veel varianten, waarbij naast voorspellingsgerichte ook ontwerpgerichte varianten zijn te onderscheiden. Binnen dit onderzoek wordt een ontwerpgerichte variant gebruikt. De Delphimethode bestaat uit schriftelijke en anonieme discussierondes, waarbij het verkrijgen van zo groot mogelijke consensus de belangrijkste doelstelling is (Hakim & Weinblatt, 1993). De Delphimethode is geschikt om snel antwoorden van goed kwaliteitsniveau op een gecompliceerd probleem te verkrijgen (Van Doesum, 1989).

Bij de Randpanelmethode, een van de variaties op de Delphimethode, staat oorspronkelijk het vaststellen van passende indicaties voor behandeling op basis van literatuur en ervaringen van deskundigen en het verhelderen van wederzijdse standpunten voorop. Eerst wordt literatuuronderzoek gedaan met als doel indicaties en contra-indicaties te vinden voor een bepaalde vorm van zorg of medisch handelen, waarnaar onderzoek wordt gedaan. Vervolgens wordt een gestructureerde lijst gemaakt van deze indicaties en contra-indicaties. Een samengesteld panel leest het literatuuroverzicht en vult de lijst aan met indicaties. Nadat de belangrijkste indicaties zijn geselecteerd, worden deze voorzien van een aantal niveaus en worden op basis daarvan theoretische patiënten geconstrueerd. Deze worden voorgelegd aan het panel. Na een schriftelijke ronde vindt er een groepsbijeenkomst plaats, gevolgd door een tweede schriftelijke ronde (Meijler, McDonnell & Rigter, 1994; Brook, 1994; Broers, Berben, Smit & de Lange, 1998). Volgens Broers en collega's kan de Randpanelmethode dienst doen als de wetenschappelijke literatuur onvoldoende houvast biedt. Ter aanvulling moet er dan een beroep gedaan worden op de klinische ervaring van deskundigen. Met behulp van deze deskundigen kunnen de leemten worden opgevuld. Bij de Randpanelprocedure is sprake van een interactieve methode, in die zin dat de communicatie- en informatiestromen in twee richtingen verlopen. Informatie wordt uitgewisseld en teruggekoppeld tussen onderzoeker en deelnemers. Deze informatie-uitwisseling en terugkoppeling verloopt in verschillende rondes, waarbij de onderwerpen die ter discussie staan steeds verder worden toegespitst. Volgens Nijhof (1999) is dit een essentieel kenmerk van de Delphimethode: mensen worden niet alleen ondervraagd op hun kennis en inzicht, maar worden tevens herhaaldelijk in de gelegenheid gesteld op elkaars opvattingen te reageren. Ook worden er vragen gesteld om de argumenten voor een bepaalde mening te achterhalen.

In deze fase van het onderzoek is het te vroeg theoretische patiënten te construeren, zoals bij de oorspronkelijke Randpanelmethode gebruikelijk is. Daarom is besloten een variatie op de Randpanelmethode te gebruiken om de gemaakte keuzen binnen dit onderzoek te kunnen verifiëren en om door middel van een discussie met een deskundigenpanel het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct te onderbouwen en waar nodig te verbeteren. Bij de variatie op de Randpanelmethode, waarvan tijdens dit onderzoek sprake is, worden de twee belangrijkste technieken van de Delphi-procedure gebruikt: het schriftelijk panel en de werkconferentie (discussiebijeenkomst). Bij de schriftelijke procedure beantwoorden de leden van het panel elk afzonderlijk de vragenlijsten en wordt de anonimiteit gewaarborgd. De panelleden hebben geen contact met elkaar over de vragenlijsten. Bij de werkconferentie worden de panelleden wel rechtstreeks met elkaar in contact gebracht en vindt discussie plaats aan de hand van door de onderzoeker van tevoren opgestelde discussiepunten. De onderzoeker legt de discussie vast en analyseert de verkregen informatie. Er is geen sprake van anonimiteit van de panelleden tijdens de discussiebijeenkomst. Naar aanleiding van de analyse van de discussiebijeenkomst kan een tweede schriftelijke ronde volgen. Een belangrijk doel voor het organiseren van een Randpanel is het verkrijgen van een uitspraak over de juistheid en bruikbaarheid van de door de onderzoeker opgestelde theoretische kaders, de beide checklists en de beschrijving en indeling van de diagnostische instrumenten. Daartoe dienen commentaar, correcties en aanvullingen verzameld te worden, opdat verbeteringen kunnen worden doorgevoerd.

Het beperkte aantal experts binnen het vakgebied nodigt uit tot een live vorm van paneldiscussie. Dat het aantal experts dat voor medewerking aan het Randpanel gevraagd kan worden beperkt is, is mede het gevolg van het feit dat geen experts kunnen worden gevraagd die participeerden tijdens de interviews en de reducerende. Enerzijds zou dit een te zware belasting vormen voor een klein deel van het veld, anderzijds zouden deze experts dan hun eigen producten zouden moeten beoordelen, wat de waarde van een deskundigenpanel aanzienlijk vermindert. Daarnaast is het in deze fase van belang deskundigen vanuit de diverse deelthereinen van dit onderzoek te betrekken en zowel praktijkwerkers als theoretici/onderzoekers hun licht op de resultaten tot nu toe te laten schijnen. Aan hen worden verschillende redeneringen en beslissingen voorgelegd, waarna discussie wordt gevoerd over het voorlopig diagnostisch construct. Op grond van de resultaten van dit deskundigenpanel wordt het voorlopig diagnostische construct verder aangepast voor implementatie in de praktijk. Op deze manier wordt het steeds waarschijnlijker dat de juiste items in beide checklists zijn opgenomen en blijft het onderzoek navolgbaar.

Deelnemers: Voor de omvang van het expertpanel zijn binnen de Randpanelmethode criteria ontwikkeld. Een Randpanel bestaat uit negen tot twaalf leden. De gedachte daarachter is dat er minimaal negen panelleden nodig zijn om zinvolle informatie te kunnen krijgen en dat het met meer dan twaalf leden moeilijk is een zinvolle discussie te voeren (Meijler, McDonnell & Rigter, 1994; Brook, 1994; Berben e.a., 1997; Broers e.a., 1998). Er zijn binnen dit onderzoek negen experts uit de verschillende deelthereinen van dit onderzoek geselecteerd (kinder- en jeugdpsychiaters, bewegingsdeskundigen, ICIDH-deskundigen, PMT-ers uit het praktijkveld die nog niet aan de eerdere ronden van het onderzoek hebben deelgenomen), waarvan verwacht werd dat zij hun mening in een discussie kunnen poneren en open staan voor de opinies en argumenten van anderen. Van daaruit kan gediscussieerd en nagedacht worden over het onderwerp van onderzoek. In eerste instantie zijn elf personen benaderd, die in de betreffende werkvelden bekend staan als deskundig. Voor de deelgebieden PMT, bewegingsdeskundigen en kinder- en jeugdpsychiatrie zijn ieder drie personen benaderd, voor het deelgebied ICIDH zijn twee personen benaderd. Van de elf aangeschreven deskundigen verklaarden acht personen zich bereid mee te werken aan het onderzoek. Het betrof drie praktijkwerkers (PMT-ers), twee ICIDH-deskundigen, twee vertegenwoordigers uit de kinder- en jeugdpsychiatrie en een bewegingsdeskundige. Er is vervolgens een andere bewegingsdeskundige aangeschreven, die zijn medewerking toezegde. Op deze manier werd het noodzakelijke aantal deelnemers aan het Randpanel gegarandeerd en werd tot een evenwichtige verdeling tussen de vier deelthereinen van dit onderzoek gekomen. Redenen om niet mee te werken aan het Randpanel waren te drukke werkzaamheden en verhuizing naar het buitenland.

Behalve het aantal panelleden is ook de samenstelling van het panel van belang. Fraser en collega's (1994) beschrijven dat zelfs als elk panellid voorzien is van dezelfde literatuur de meningen beïnvloed worden door andere factoren, zoals culturele achtergrond en werkplek. Ook Broers en collega's (1998) wijzen erop dat naast de klinisch relevante informatie ook altijd andere factoren een rol spelen in het beslissingsproces. Als voorbeelden noemen zij onder andere werkdruk en behandelingsklimaat van de afdeling en kennis, ervaring, waarden en normen van de deskundige. Het is volgens Fraser en collega's (1994) belangrijk te zorgen voor een evenwichtige samenstelling van het panel. Binnen dit onderzoek is dit gedaan door deskundigen van de vier deelgebieden van dit onderzoek uit te nodigen met verschillende werkplekken en werkzaamheden (MKD, KJP, docentschap, onderzoeker, psychiater, manager) en zowel mannen als vrouwen. Op deze manier is sprake van een gevarieerd gezelschap, waarin zowel theoretici, onderzoekers, beleidsmakers als practici zijn vertegenwoordigd. Naast de geselecteerde experts zijn ook de onderzoeker, de twee promotoren en een onafhankelijk voorzitter tijdens de discussiebijeenkomst aanwezig. De onderzoeker maakt notulen en vraagt verheldering waar nodig. De beide promotoren zijn als assistent-voorzitter aanwezig en houden de lijn van de discussie in de gaten. De onafhankelijk voorzitter leidt de discussiebijeenkomst.

Procedure: De procedure van de Randpanelmethodiek in dit onderzoek is van tevoren als volgt aangegeven en bestond uit een eerste schriftelijke ronde, een discussiebijeenkomst en een tweede schriftelijke ronde:

- Eerste schriftelijke ronde: Voorafgaand aan de discussie krijgen de panelleden informatie te lezen over het diagnostisch construct en worden hen schriftelijk vragen gesteld. De anonimiteit van de panelleden

wordt daarbij gewaarborgd. De panelleden scoren hun meningen bij de vragen op een negen-puntsschaal. Nadat alle vragenlijsten van de eerste schriftelijke ronde van het panel zijn teruggekregen wordt een tussenanalyse gedaan om te bepalen waar onduidelijkheden zijn en waar een duidelijk verschil van mening bestaat;

- **Discussiebijeenkomst:** Vervolgens wordt een live bijeenkomst belegd. Op de bijeenkomst krijgen de panelleden een overzicht van alle scores, waarbij slechts de eigen scores zijn gemarkeerd. Deze bijeenkomst heeft tot doel standpunten te verhelderen. De onafhankelijk voorzitter probeert een discussie op gang te brengen over de verschillen in interpretatie van de gegevens en de verschillen in scores. Het gaat er daarbij in eerste instantie niet om tot consensus te komen, maar om de best mogelijke informatie boven tafel te krijgen (Brook, 1994). Tijdens de bijeenkomst wordt slechts gediscussieerd over punten waarover discensus bestaat. In die zin is het een bijzondere discussie: punten waarover men het eens is komen niet aan de orde, de nadruk ligt op die vragen waarbij tegenstrijdige meningen naar voren komen uit de vragenlijsten. De onafhankelijk voorzitter vraagt om toelichting en argumentatie. Het te verwachten resultaat van de live bijeenkomst is dat het bespreken van elkaars argumenten leidt tot meer duidelijkheid en van invloed is op de uiteindelijke scores;
- **Tweede schriftelijke ronde:** Daarna volgt er een tweede schriftelijke ronde, waarbij de panelleden met de informatie uit de livebijeenkomst opnieuw scoren. Gezien de tijdsinvestering is ervoor gekozen alleen de items die onduidelijkheid of discensus opleveren opnieuw te laten scoren. Uit onderzoek (Meijler, McDonnell & Rigter; 1994, McDonnell e.a., 1996; Broers e.a., 1998) blijkt dat het te verwachten is dat in de tweede ronde de consensus toeneemt. De meeste consensusscores blijven onveranderd, terwijl de discensusscores veranderen.

Door middel van de uitgebreide vragenlijst en de interviews is geprobeerd inzicht te verkrijgen in de huidige situatie in het veld. Daarbij werd aansluiting gezocht bij de dagelijkse praktijk en de denkkaders van de praktijkwerkers. In de paneldiscussie wordt van de deelnemers gevraagd zich los te maken van de dagelijkse praktijk, maar deze wel in het oog te houden in verband met de toepasbaarheid van het mogelijke PsychoMotorisch Diagnostisch Construct. Er wordt van deze experts gevraagd op een abstracter niveau mee te denken. Het gaat bij de paneldiscussie in eerste instantie niet om het bereiken van consensus, maar om de gedachtegang van de experts op basis waarvan het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct kan worden aangepast. Het omvat het formuleren van een wenselijke situatie, relatief los van de bestaande praktijk, waarbij het meest wenselijke diagnostisch construct toch realistisch en toepasbaar moet zijn. Het in een panel bespreken van punten waarop de experts het met elkaar oneens zijn is volgens Berben en collega's (1997) de beste manier om argumenten te verzamelen, begripsverwarring op te sporen en de gedachtegang van het panel te onderzoeken.

De Randpanelmethode is kwalitatief en inhoudelijk. Het gaat evenwel niet om percentages of getallen. Wel is de beslissing over consensus/discensus belangrijk binnen het proces. De scoring op de gestelde vragen vindt plaats op een negen-puntsschaal, waarbij '1' bekeekent 'zeer ontoepasbaar' en '9' betekent 'uitermate toepasbaar' (Strauss, Chassin & Lock, 1995). Bij de analyse wordt uitgegaan van de volgende regels (McDonnell e.a., 1996): het twaalfkoppige panel is het met elkaar eens als minstens negen van de twaalf scores liggen in één van de blokken 1-3, 4-6 of 7-9. Het panel is het oneens als minstens vier van de scores liggen in elk van de blokken 1-3 en 7-9. In alle andere gevallen is het onbepaald. Het onderwerp van onderzoek wordt als passend beschouwd als de mediaan in het blok 7-9 ligt, zonder dat er sprake is van oneens zijn van het panel. Niet-passend is het geval als de mediaan ligt in het blok 1-3, zonder dat er sprake is van oneens zijn. Als de mediaan ligt in het blok van 4-6 of als er sprake is van oneens zijn, wordt dit beschouwd als 'twijfel'. Bij een negenkoppig panel hanteren Fraser en collega's (1994) de volgende richtlijnen: De mediaan wordt bepaald nadat de twee meest extreme scores zijn verwijderd. Er is sprake van overeenstemming als alle panelleden scoren in een van de driepuntsblokken, nadat de hoogste en de laagste score zijn verwijderd. Oneens is men het als ten minste één score valt in het blok 1-3 en één in het blok 7-9, nadat de hoogste en de laagste score zijn verwijderd. Gedeeltelijke overeenstemming is er in alle overige gevallen.

Broers en collega's (1998, p.13) geven een overzichtstabel ontleend aan Brook (1994) en Meijler, McDonnell en Rigter (1994).

	9 panelleden	12 panelleden
Consensus over gepastheid	7 of meer panelleden scoren 7, 8 of 9	9 of meer panelleden scoren 7, 8 of 9
Consensus over ongepastheid	7 of meer panelleden scoren 1, 2 of 3	9 of meer panelleden scoren 1, 2 of 3
Discensus	3 of meer panelleden scoren 1, 2 of 3 én 3 of meer panelleden scoren 7, 8 of 9	4 of meer panelleden scoren 1, 2 of 3 én 4 of meer panelleden scoren 7, 8 of 9
Twijfel over gepastheid	7 of meer panelleden scoren 4, 5 of 6	9 of meer panelleden scoren 4, 5 of 6

Figuur 16. Overzichtsschema voor het bepalen van Consensus (Broers en collega's, 1998, p.13)

Binnen dit onderzoek is de regel gehanteerd dat er consensus bestaat zodra zeven van de negen panelleden hetzelfde scoren.

9.5.2 Eerste schriftelijke ronde

Procedure: De vragenlijst van de eerste schriftelijke ronde van het Randpanel ging vergezeld van enige informatie over het onderzoek en uitleg over de bedoeling van het Randpanel. Benadrukt werd dat het de bedoeling was dat ieder panellid de vragen zou beantwoorden vanuit zijn of haar eigen deskundigheid. Het weinig vertrouwd zijn met een van de onderwerpen van de vragenlijst zou geen probleem moeten vormen bij de beantwoording van de vragen. Ter ondersteuning van de tekst werden twee figuren meegezonden (de opzet van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct en het conceptueel model, zie hoofdstuk zes). In een aparte bijlage werden vragen gesteld rond een korte uitleg van de ICIDH-2 en de verschillende dimensies, de omschrijving van verschillende diagnostische instrumenten op het gebied van de psychomotoriek, de kernchecklist met een uitleg en omschrijving van de begrippen en de facultatieve checklist met een uitleg en omschrijving van de begrippen.

De korte uitleg van de ICIDH-2 was gebaseerd op het beschrevene in hoofdstuk zes. De panelleden is gevraagd te beoordelen of de diverse tekstonderdelen voldoende waren uitgelegd en of de uitleg helder en duidelijk was. Hieronder wordt een scoringsvoorbeeld weergegeven.

Tekstfragment met betrekking tot activiteiten								
<i>De uitleg is:</i>								
onvoldoende			matig			voldoende		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>De beschrijving is:</i>								
onduidelijk			matig			duidelijk		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opmerkingen:								

Bij de omschrijving van psychomotorische diagnostische instrumenten zijn de volgende vragen gesteld:

- Is de beknopte beschrijving van het instrument duidelijk?
- Klopt volgens u het niveau waarop het instrument is ingedeeld?
- Hoe groot is de relevantie van het betreffende instrument voor psychomotorische diagnostiek?

- Acht u de bevindingen van het instrument inpasbaar in het construct (zijn de resultaten relateerbaar aan andere aspecten)?

Aan het eind van de vragenlijst is de respondenten gevraagd aan te geven of er volgens hen belangrijke instrumenten ontbraken en was er ruimte voor het plaatsen van aanvullende opmerkingen. Geordend naar de drie dimensies uit het conceptueel model zijn de instrumenten uit het overzichtsschema van appendix één in circa tien regels beschreven. Als aanvulling op deze instrumenten is een aantal veldinstrumenten beschreven, eveneens geordend naar de dimensies. Ter illustratie wordt hieronder een scoringsvoorbeeld weergegeven. Alle 77 omschreven instrumenten zijn op deze manier gescoord.

<i>De beschrijving is:</i>								
onduidelijk			matig			duidelijk		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opmerkingen:								
<i>Het niveau:</i>								
klopt helemaal niet			klopt gedeeltelijk			klopt helemaal		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opmerkingen:								
<i>De relevantie is:</i>								
zeer gering			matig			zeer groot		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opmerkingen:								
<i>De inpasbaarheid is:</i>								
slecht			matig			goed		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Opmerkingen:								

Bij de checklists is eerst de algemene opzet van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct beschreven inclusief de plaats van de checklists hierbinnen. Vervolgens zijn de begrippen kernchecklist en facultatieve checklist en de bijbehorende items omschreven. De respondenten is gevraagd te scoren wat zij vonden van de checklist als geheel, voor wat betreft de duidelijkheid, overzichtelijkheid en bruikbaarheid. Daarnaast is hen gevraagd per item aan te geven of zij de omschrijving duidelijk achtten. De vragen dienden, evenals in de bovenstaande illustraties, te worden beantwoord op een negen-puntsschaal.

Tenslotte is de panelleden verzocht aan te geven of volgens hen de aangegeven items tot de kernchecklist zouden moeten behoren of tot de facultatieve checklist. Hierbij werd geen gebruik gemaakt van negen-puntsschalen, maar konden de panelleden in de betreffende kolom een kruisje zetten. Ter illustratie:

<i>Item:</i>	<i>Kern:</i>	<i>Facultatief:</i>
Coördinatie		
Lateralisatie		
bewegen over de middellijn van het lichaam heen		

De vragenlijsten van de eerste schriftelijke ronde zijn voorzien van de initialen van het betreffende panellid. Dit had een tweeledig doel. Ten eerste is op deze manier na te gaan welke vragenlijsten zijn teruggestuurd en daarnaast werd het mogelijk de eigen score te markeren op het score-overzicht voor de discussiebijeenkomst. Panelleden die om verschillende redenen de vragenlijst niet volledig hadden ingevuld zijn verzocht dit alsnog te doen. Panelleden die niet binnen de gestelde termijn reageerden zijn verzocht dit op korte termijn te doen, opdat de verwerking voor de discussiebijeenkomst kon plaatsvinden. Drie panelleden die uitgebreide commentaren stuurden zonder de vragenlijst te hebben gescoord is uitgelegd dat de commentaren zeer zinvol zijn, maar binnen de discussiebijeenkomst thuishoren. Voor een adequate verwerking van de vragenlijsten zijn de scores op de negen-puntsschalen nodig. De vragenlijsten hadden een verkennend karakter, op basis waarvan de discussiepunten konden worden opgesteld. Op basis van de vragenlijsten is bepaald of er sprake was van consensus of discensus. Eén panellid kon geen deel van het panel blijven uitmaken omdat het voor hem, ondanks herhaalde uitleg van de functie van de vragenlijsten, onmogelijk bleek de lijsten in te vullen vanuit zijn benadering van de teksten. Dit panellid is vervangen door een nieuw panellid, die alle vragenlijsten heeft ingevuld. Een aantal opmerkingen van het afgefallen panellid is meegenomen in de discussiebijeenkomst en heeft op deze manier bijgedragen aan verheldering van het construct.

Resultaten: Naar aanleiding van de analyse van de eerste schriftelijke ronde bleek een aantal uitgangspunten en keuzen van de onderzoeker onvoldoende duidelijk. Besloten is deze door middel van het uitschrijven van een aantal basisassumpties te verhelderen en voorafgaand aan de discussiebijeenkomst aan de panelleden toe te sturen. Het betreft de volgende punten:

- beide meegezonden figuren, waaraan ten behoeve van de discussiebijeenkomst een korte uitleg is toegevoegd;
- een verklaring waarom de ICIDH-2 als deel van het conceptueel model is gekozen;
- de keuze de termen van de ICIDH-2 waar nodig aan te passen in het belang van de helderheid en toepasbaarheid voor PMT-ers;
- de keuze de contextuele factoren te beperken tot omgevingsfactoren (in de ontwikkeling van de ICIDH-2 werden contextuele factoren onderscheiden in omgevingsfactoren en persoonlijke factoren, wat in het kader van dit onderzoek verwarrend werd ervaren. De van toepassing zijnde persoonlijke factoren vallen binnen dit onderzoek veelal binnen de structuur-/functiedimensie);
- het uitgangspunt dat de indeling van de diagnostische instrumenten per dimensie slechts een globale indeling is, aangezien hetgeen een instrument pretendeert te meten niet altijd overeenkomt met wat het daadwerkelijk meet;
- de keuze-instrumenten in eerste instantie in te delen naar hun meetpretentie, waarbij is aangegeven dat nader onderzoek naar de validiteit van diverse instrumenten hard nodig is, maar buiten het kader van dit onderzoek valt;
- de aanname dat ook items die alleen door middel van vragen stellen te achterhalen zijn tot psychomotorische diagnostiek *kunnen* behoren;
- het statement dat beperkt functioneren moet worden gezien in het licht van leeftijd, sekse, fysieke, sociale en culturele omgeving. Dit is in eerste instantie een inschatting die nader kan worden onderzocht met specifieke diagnostische instrumenten of via een doorverwijzing naar een specialist.

Om tot discussiepunten voor de panelbijeenkomst te komen, is de verwerking van de vragenlijsten, naast deze basisassumpties, in eerste instantie beperkt tot het bepalen van consensus en discensus op basis van de scores op de negen-puntsschalen. Daarbij is alleen gekeken naar de kwantitatieve scores. De kwalitatieve opmerkingen zijn in deze fase buiten beschouwing gebleven, om de discussie te kunnen beperken tot de pure discensus-items. De kwalitatieve, vaak zeer zinvolle, opmerkingen, zijn echter wel meegenomen in het vervolg van het onderzoek en naast de resultaten van de discussiebijeenkomst gebruikt om het construct te verbeteren. In geval van aanzienlijke herformuleringen, zijn deze opnieuw voorgelegd aan het panel in de tweede schriftelijke ronde.

Rond de uitleg van de ICIDH-2 en de verschillende dimensies bestond aanzienlijke discensus. De teksten waren niet voor alle panelleden duidelijk genoeg. De omschrijvingen dienden derhalve meegenomen te worden in de discussiebijeenkomst.

Bij de vragen rond de diagnostische instrumenten was er eveneens weinig consensus. Met name hier leek het verschil tussen de disciplines en daarmee tussen de expertise van de panelleden een grote rol te spelen. Omdat de mate van discensus te groot was om over alle instrumenten en alle vier vragen te discussiëren, is gezocht naar hetgeen het meest van belang is. Binnen dit onderzoek zijn dat relevantie en inpasbaarheid. Indien er in de discussie consensus ontstaat dat een instrument niet relevant is, hoeft over de andere punten geen discussie meer gevoerd te worden. Indien een instrument wel relevant, maar niet inpasbaar wordt bevonden, geldt hetzelfde. Pas als beide positief worden bevonden, is discussie over omschrijving en niveau zinvol. Indien een instrument matig relevant wordt bevonden, is het van belang te kijken waarom dat zo is. In geval dit zo wordt gevonden, omdat het instrument specifiek is voor één bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld anorexia nervosa of autisme), kan het toch zinvol zijn het instrument in het diagnostisch construct op te nemen. Indien de relevantie matig wordt bevonden omdat het instrument door een andere discipline dan PMT zou moeten worden gebruikt (fysiotherapeut, ergotherapeut, neuroloog, psychiater, psycholoog) hoeft er geen verdere discussie plaats te vinden en wordt het instrument niet opgenomen in het construct, maar vindt een verwijzing plaats.

Voor de discussie zijn de twaalf instrumenten geselecteerd, waarbij de scores op relevantie het meest uiteenliepen (scores 1-8 en 2-8). De scores van zes andere instrumenten, waarop de discensus groot was (score 1-7) zijn achter de hand gehouden om ontwikkelde criteria gezamenlijk op toe te passen en indien nodig aan te vullen of te verbeteren, indien de tijd het zou toelaten. Het gaat bij de discussie rond de instrumenten om te komen tot een aantal criteria op basis waarvan de relevantie kan worden beoordeeld. Op deze manier ontstaat een base-line, een theoretische consensus op basis waarvan nieuwe instrumenten op een later tijdstip al dan niet aan het construct kunnen worden toegevoegd.

Rond de kernchecklist en facultatieve checklist met uitleg en omschrijving van begrippen bestond er een duidelijk verschil in mate van consensus. De facultatieve checklist werd in belangrijke mate duidelijker, overzichtelijker en bruikbaar geacht dan de kernchecklist. Ook werd de omschrijving van de items in de facultatieve checklist beter bevonden. Het verschil tussen de scores voor duidelijkheid en overzichtelijkheid van de kernchecklist en de facultatieve checklist is opvallend, omdat het dezelfde vragen betreft, rond eenzelfde soort checklist. Dit is meegenomen als onderwerp van discussie. Bij de beoordeling van de indeling van de items binnen de drie dimensies werd hetzelfde verschijnsel zichtbaar. Over tweederde van de items bestond bij het panel consensus dat deze binnen de juiste dimensie waren ingedeeld. Uitgesplitst naar items voor de kernchecklist en de facultatieve checklist, bleken items van de facultatieve checklist veel vaker als juist ingedeeld te worden beoordeeld dan items van de kernchecklist. Aangezien de itemlijst te lang was om alle items afzonderlijk mee te nemen als discussiepunt in de live bijeenkomst, zijn alleen die items waarover de meeste discensus bestond (waarbij de scores op de negen-puntsschaal het meest uiteenliepen) opgenomen als discussiepunt. Van de overige items werd verwacht dat deze op basis van tijdens de discussie naar voren gekomen criteria door de onderzoeker zelf konden worden aangepast. Eventueel zouden deze tijdens een tweede schriftelijke ronde opnieuw aan het panel kunnen worden voorgelegd. Tevens zou tijdens het implementatie-experiment blijken of de omschrijvingen voldoende duidelijk zijn.

Voor verschillende punten uit de vragenlijsten geldt dat er consensus bestond, terwijl er opmerkingen werden gemaakt die kunnen bijdragen aan verbetering van het construct. Dit geldt bijvoorbeeld voor de omschrijvingen van een aantal items. In dat geval zijn deze punten niet meegenomen in de discussie, maar zijn de opmerkingen wel verwerkt. Zo is de naamgeving van verschillende items veranderd omdat deze onvoldoende duidelijk bleken. Bij de discussie is uitgegaan van een zuivere consensus/discensus bepaling, zoals beschreven in de Randpanelmethode.

9.5.3 Discussiebijeenkomst

Procedure: Gezien de grote mate van discensus bij de eerste schriftelijke ronde beloofde de discussie pittig te worden: *"Hoe al deze mensen met een zeer eigen mening tot overeenstemming te brengen en visies te integreren?"* Gezien het aantal punten van discensus en de ingeplande tijd om een discussie te voeren (drie uur), moest de discussie worden beperkt tot hoofdpunten. Er is daarbij van uitgegaan dat naar aanleiding van de discussie details door de onderzoeker zelf konden worden veranderd en dat fouten daarin tijdens de tweede schriftelijke ronde of het implementatie-experiment alsnog naar boven zouden komen.

Alle panelleden hebben ter voorbereiding op de discussiebijeenkomst een uitgebreid schrijven ontvangen. Het doel van de bijeenkomst, het verbeteren van het PMDC voor zover dat niet bevestigd werd in de vragenlijsten en de door de onderzoeker gemaakte keuzen verifiëren, werd daarin nogmaals verwoord. Naast dit begeleidend schrijven zijn tevens de eerder genoemde basisassumpties meegestuurd. Om tijd te besparen tijdens de bijeenkomst, leek het zinvol panelleden van tevoren op de hoogte te stellen van de aannamen en uitgangspunten van de onderzoeker en hen te vragen of zij met deze uitgangspunten en gedachtegangen akkoord konden gaan en of deze helder zijn. Tijdens de bijeenkomst zou de voorzitter alleen vragen of het panel akkoord is met de basisassumpties. Slechts als dit niet het geval is, dient discussie over deze punten gevoerd te worden. Deze basisassumpties zijn mede opgesteld op basis van algemene opmerkingen bij de vragenlijsten. Daarnaast is een globaal overzicht van discussiepunten meegestuurd, opdat de panelleden zich hierop konden voorbereiden. Het betrof de volgende punten:

- de indeling van items in de kernchecklist of in de facultatieve checklist;
- de relevantie en inpasbaarheid van psychomotorische diagnostische instrumenten;
- de duidelijkheid en bruikbaarheid van de checklist en hoe deze kan worden verbeterd.

Met de onafhankelijk voorzitter zijn de discussiepunten van tevoren doorgesproken, evenals de structuur, taakverdeling en procedure van de bijeenkomst. Op grond daarvan zijn de detaildiscussiepunten uitgewerkt en is een tijdsplanning gemaakt. Eveneens is een korte inleiding voorbesproken, waarin de onafhankelijk voorzitter een aantal essentiële punten zou benadrukken. Tijdens deze inleiding op de discussiebijeenkomst is benoemd dat de meningen en visies van de panelleden nogal uiteen liepen, wat niet verwonderlijk is, gezien de verschillen in expertiseterrein van de vier aanwezige disciplines. Benadrukt is het belang van het uiten van de eigen mening/visie tijdens de bijeenkomst en het open staan voor elkaars argumenten, opdat een levendige discussie kan ontstaan en standpunten kunnen worden verhelderd. Expliciet is nog eens gezegd dat het tijdens de discussiebijeenkomst niet gaat om de verdediging van een kant-en-klaar product, maar om het beoordelen van de keuzen van de onderzoeker en het integreren van de visies van de vier aanwezige disciplines ter verbetering van het construct. Het doel is alle aanwezigen, met een zeer eigen mening (zoals bleek uit de vragenlijsten), door middel van discussie aan de hand van punten uit de vragenlijsten, nader tot elkaar te laten komen en te streven naar een voor iedereen acceptabel construct. De subdoelen van de discussiebijeenkomst zijn tijdens dit voorwoord op de discussiebijeenkomst nog eens uiteen gezet. De discussie dient om:

- verschil in interpretatie van gegevens te verhelderen;
- verschillen in scores te bespreken en te verduidelijken;
- standpunten te verhelderen;
- argumenten te verzamelen;
- begripsverwarring op te sporen;
- gedachtegangen te onderzoeken;
- zo mogelijk te leiden tot meer overeenstemming;
- suggesties voor veranderingen/verbeteringen naar voren te halen.

Op de dag van de discussiebijeenkomst hebben de panelleden de gedetailleerde discussiepunten gekregen met daarop de anonieme gemeenschappelijke scores en een kopie van de eigen scores. De gedetailleerde discussiepunten zijn gebaseerd op de kwantitatieve scores op de vragenlijsten, op basis waarvan consensus/discensus is bepaald. Tevens is een meer gedetailleerde tijdsplanning bijgevoegd. De voorzitter en beide assistent-voorzitters hebben de detail-discussiepunten van tevoren ontvangen. Expliciet is vermeld dat alleen gediscus-

sieerd zou worden over punten van discensus. Items waarover consensus bestond waren geen onderwerp van discussie. Om de discussie tot de hoofdpunten te beperken werd slechts gediscussieerd over punten waarover de grootste discensus bestond. De volgorde van discussiepunten is bepaald door de onderzoeker: van 'van groot belang voor het vervolg van het onderzoek' tot 'van minder groot belang voor het vervolg van het onderzoek'. Dit laatste kon het geval zijn, doordat de onderzoeker inschatte met behulp van scores en opmerkingen uit de vragenlijsten de betreffende punten zelf te kunnen verbeteren, dan wel dat het mogelijk was de betreffende punten door middel van een tweede schriftelijke ronde wederom aan het panel voor te leggen. Het panel was van tevoren op de hoogte gesteld van de mogelijkheid van een tweede schriftelijke ronde. Aan het eind van de discussiebijeenkomst zou de panelleden worden medegedeeld hoe het vervolg er uit zou gaan zien. Indien de discussiebijeenkomst daar aanleiding toe zou geven, zou een tweede schriftelijke ronde worden aangekondigd. Indien de informatie vanuit de discussiebijeenkomst voldoende zou zijn om mee verder te kunnen, zouden de panelleden van de uiteindelijke resultaten op de hoogte worden gesteld. Verwacht werd dat de discussie voor een groot deel zou draaien om de vragen: *"Wat is psychomotorische diagnostiek en wat zijn de grenzen?"* *"Wat is het kerndomein van de psychomotorische diagnostiek?"* *"Welke items behoren tot de kern en welke instrumenten zijn relevant en in te passen?"* Het streven was om tijdens deze discussiebijeenkomst tot een aantal criteria te komen en tot een voor iedere discipline acceptabel construct (ook al is er verschil in expertiseterrein). Na de verwerking van de resultaten van het Randpanel zou een implementatieproject worden gestart, wat betekende dat de discussie beperkt kon blijven tot de hoofdpunten. Verwacht werd dat overige onvolkomenheden tijdens de implementatie duidelijk zouden worden en aanleiding konden zijn tot verdere verbetering van het construct.

De gehele discussie is opgenomen op cassette-recorders. De bandopnamen zijn zo veel mogelijk integraal uitgetypt. Het materiaal van één cassette-recorder (drie uur bandopname) is volledig uitgetypt, het materiaal van de andere cassette-recorder is gebruikt ter controle. Naast bandopnamen zijn ook de aantekeningen (notulen) van de onderzoeker gebruikt voor verwerking.

Resultaten: De discussiemiddag was intensief. De geselecteerde panelleden bleken deskundig op hun eigen expertiseterrein en tevens bereid mee te denken met andere disciplines. Op deze manier werd er niet *tegen* elkaar gediscussieerd, maar *met* elkaar. Gezamenlijk werd gezocht naar de best mogelijke oplossingen. De combinatie van disciplines in het panel bleek goed te werken. In het algemeen kan gesteld worden dat verschillende zaken rond het onderzoek scherper zijn neergezet door het panel, waardoor een beter concept is ontstaan. Het panel heeft in die zin een meerwaarde gehad. Er zijn veel zinvolle en bruikbare opmerkingen gemaakt tijdens de bijeenkomst en juist de interactie tussen de vier verschillende disciplines, negen individuen met een eigen mening, zorgden voor een dynamisch proces dat met alleen schriftelijke rondes niet te bereiken zou zijn geweest. Uit de reacties van individuele panelleden werd duidelijk dat ook zij de discussie als vruchtbaar, verhelderend en productief hebben ervaren. Het intensieve, constructieve, gezamenlijke denken vroeg echter veel tijd, waardoor niet alle voorbereide discussiepunten aan bod konden komen en enkele doelstellingen van de bijeenkomst niet zijn gehaald. Zo is er geen discussie gevoerd over de duidelijkheid van de omschrijvingen van verschillende items van de kern- en facultatieve checklist en de indeling van de items binnen de drie dimensies. Ook heeft de discussie over de verschillende psychomotorische diagnostische instrumenten niet geleid tot de beoogde criteria ter beoordeling van instrumenten in de toekomst.

Hieronder zullen de overige resultaten van de discussiebijeenkomst samengevat worden weergegeven. Indien de basisassumpties zonder discussie door het panel zijn overgenomen is daarover in onderstaande tekst niets geschreven. Deze basisassumpties zijn reeds in de voorgaande hoofdstukken aan bod gekomen en worden meegenomen in de - voorlopig - definitieve versie van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct.

De verklaring waarom voor de ICDH-2 is gekozen en niet voor de DSM-IV of de ICD-10 vraagt volgens het panel nog enige toelichting (dit is inmiddels verwerkt in het conceptueel model zoals omschreven in hoofdstuk zes). Voor het doel van dit onderzoek is een beschrijvend systeem nodig. De DSM-IV en de

ICD-10 beschrijven vooral symptomen, geordend naar syndromen. DSM-criteria zijn niet geschikt om te bepalen of een individu in het dagelijks leven disfunctioneert. De vaak brede problematiek van kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie kan lang niet altijd adequaat worden weergegeven in de DSM-IV en de ICD-10. De ICIDH-2 beschrijft kenmerken van het individu binnen verschillende dimensies zonder deze te clusteren tot syndromen. De ICIDH-2 beschrijft dus op een ander niveau dan de DSM-IV en de ICD-10 en is daarmee meer bruikbaar. Doordat met behulp van de ICIDH het actuele functioneren van het individu in kaart wordt gebracht kan de behoefte aan therapie met behulp van de ICIDH beter duidelijk worden gemaakt dan met de DSM-IV en de ICD-10.

Rond het probleem van het bepalen binnen welke dimensie een diagnostisch instrument meet verschillen de meningen. Er zijn veel instrumenten die binnen de activiteitendimensie meten, maar (ook) pretenderen iets binnen de structuur/functiedimensie te zeggen. Het is, zoals ook al in hoofdstuk zeven beschreven, maar zeer de vraag of dit werkelijk het geval is. De indeling van deze instrumenten binnen de structuur/functiedimensie houdt daarom een risico in. Het panel is het er over eens dat vanuit de instrumenten vaak wel iets kan worden gezegd over de structuur-/functiedimensie, maar dat de kracht van psychomotorische diagnostiek binnen de activiteitendimensie ligt. Ook al doet een PMT'er een test binnen de structuur/functiedimensie, hij zal altijd ook dingen zien binnen de activiteitendimensie en in de interactie. Daarmee wordt het moeilijk een instrument binnen één dimensie in te delen, tenzij de indeling uitsluitend plaatsvindt aan de hand van de meetpretentie van het instrument (welke niet altijd overeenkomt met de werkelijkheid, zie hoofdstuk zeven). Daarnaast kan een PMT'er nooit alleen bepalen dat er sprake is van een stoornis binnen de structuur/functiedimensie, maar kan zijn onderzoek wel aanleiding geven tot verder onderzoek door bijvoorbeeld een neuroloog. Het nader uitwerken van de veldinstrumenten wordt gewenst geacht. Het panel beaamt dat elk onderzoek volgende onderzoeksstappen oplevert. Uitwerking zal dan ook niet in het kader van het huidige onderzoek plaatsvinden. Rond de beschrijving van de instrumenten wordt genoemd dat het nodig is de instrumenten zelf te hebben om deze goed te kunnen beoordelen. Alleen literatuur daarover is onvoldoende. Het probleem dat niet alle genoemde instrumenten gemakkelijk te verkrijgen zijn en dat bovendien in het kader van dit onderzoek niet alle genoemde bestaande instrumenten kunnen worden aangeschaft en in praktijk gebracht wordt evenwel erkend.

In het algemeen is het panel het erover eens dat er naast observeren ook gevraagd mag worden om een zo goed mogelijk beeld van een kind te krijgen. Daarbij moet er wel onderscheid gemaakt worden tussen items die relatief eenvoudig uitgevraagd kunnen worden en items die te diep gaan voor een observatieperiode van drie sessies. Geopperd wordt naast elkaar te zetten wat de PMT'er ziet en wat gevraagd wordt naar analogie van het voorgestructureerde kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek SCICA (*Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents*, Kasius, 1997). De mogelijke contrasten tussen wat verbaal en nonverbaal waar te nemen is, zijn interessant.

Het onderscheid tussen kernitems en facultatieve items levert een conceptuele discussie op. Genoemd wordt dat er altijd overlapping is binnen een multidisciplinair, samenwerkend team. Er worden standaard door andere disciplines observaties gedaan die ook de PMT'er meeneemt in diens diagnostiek. Voorgesteld wordt de kernchecklist te laten bestaan uit items die altijd bekeken moeten worden en de facultatieve lijst te laten afhangen van leeftijd, doelgroep en setting. Het uitgangspunt dat PMT zich moet onderscheiden van andere disciplines en moet kunnen aangeven voor welke items deze diagnostiek specifiek ingezet kan worden, wordt teruggebracht naar de manier van kijken: *"Niet zozeer waar de PMT'er naar kijkt, als wel hoe deze er naar kijkt is belangrijk"*. De kracht ligt in wat een PMT'er specifiek aan bepaalde items ziet en hoe hij interpreteert. Tevens kan het zo zijn dat een kind zich in de PMT-ruimte anders gedraagt dan in andere situaties, waardoor psychomotorische diagnostiek een meerwaarde heeft, onafhankelijk van naar welke items gekeken wordt. De term facultatief werd te vrijblijvend geacht. Voorgesteld wordt de term te vervangen door aanvullend.

Bij de discussie over welke items tot de kernchecklist en welke tot de facultatieve checklist moeten behoren is nog eens vermeld dat een Reductiepanel in een eerdere fase van het onderzoek tot de indeling

is gekomen, zoals deze aan het panel is voorgelegd. Daarbij is ervoor gekozen de items die door het Reductiepanel als 'geen item voor psychomotorische diagnostiek' waren beoordeeld, niet nogmaals aan het Randpanel voor te leggen en het Randpanel bij de overige items in de eerste schriftelijke ronde slechts de keuze te geven of deze tot de kernlijst of tot de facultatieve lijst zouden moeten behoren en niet nogmaals de optie 'geen rol voor PMT-er' mee te geven, omdat vanuit het Reductiepanel al deze items in ieder geval relevant genoeg bleken voor opname in het construct. Tijdens de discussiebijeenkomst kon de optie 'verwijderen uit het construct' bij discensus-items eventueel wel besproken worden. Opgemerkt is dat het doel van de vragenlijsten en discussiebijeenkomst rond dit punt slechts was te komen tot een voorlopige kernchecklist en een facultatieve checklist en dat tijdens het implementatie-experiment duidelijk zou worden of beide lijsten bruikbaar zijn of nog moeten worden aangepast. De discussie is gevoerd aan de hand van de anonieme totaalscores in de tabel, waarbij de eigen scores zijn gemarkeerd. Aan dit discussiepunt is veel tijd besteed, omdat het van groot belang werd geacht voor de afbakening van het diagnostisch werkerterrein van de psychomotorisch therapeut. De discussie over discensus-items uit de kernchecklist leverde veel zinvolle opmerkingen op en was waardevol.

In de pauze na deze discussie werd in gezamenlijk overleg tussen de voorzitter, beide assistent-voorzitters en de onderzoeker besloten dat eenzelfde discussie over de facultatieve checklist weinig nieuw materiaal zou opleveren en is er mede gezien de geplande tijd voor gekozen deze discussie niet te voeren en over te gaan naar het volgende discussiepunt. Beide checklists dienden te worden herzien op basis van de opmerkingen bij de discussie rond de kernchecklist en deze herziene checklists zouden opnieuw aan het panel worden voorgelegd in een tweede schriftelijke ronde.

Uit de opmerkingen rond de indeling van de items in beide checklists bleek, evenals bij het Reductiepanel, dat de indeling veelal settingafhankelijk is. Een item kan bijvoorbeeld tot de kern behoren als er geen ergo- of fysiotherapeut binnen de instelling aanwezig is, maar tot de facultatieve lijst als dit wel het geval is. Er is ook een verschil tussen Nederland en België (en andere Europese landen) in wat tot de psychomotoriek wordt gerekend. Zo horen bijvoorbeeld uithoudingsvermogen sec en schrijfvaardigheid in België wel tot het takenpakket van de PMT-er, maar in Nederland meestal niet. Het Randpanel oordeelt dat als een item in de kernlijst staat, er ook altijd iets over geschreven moet worden in de verslaglegging. Daarbij brengt een PMT-er meestal iets in binnen de activiteitendimensie, waarbij hoogstens een stoornis binnen de structuur/functiedimensie kan worden vermoed. De checklist is bedoeld om snel te kunnen aanstrepen welke items opvallend zijn en er kort achter te kunnen zetten wat opvalt. Het betreft veelal items waarbij automatisch opvalt als er iets bijzonders is, wat aanleiding kan zijn tot verder onderzoek door de PMT-er zelf of door een andere discipline. Sommige items zijn leeftijdgebonden. Het item moet dan afhankelijk van de leeftijd anders worden ingevuld (bijvoorbeeld bij de grondvormen van bewegen dient bij kleuters een ander bewegingsaanbod te worden gedaan dan bij adolescenten). Tevens hebben veel 'functionele' items, zoals lateralisatie, ook een psychosociale component of een symbolische betekenis waar een PMT-er naar kijkt en wat belangrijke informatie kan opleveren. De PMT-blik is in deze belangrijk. Bijvoorbeeld springen kan symbool staan voor los (durven) komen van iets (of iemand). PMT heeft vaak meer trekking op de belevingsaspecten, de emotionele aspecten en hoe iemand met materiaal en zichzelf omgaat, dan op de functionele, ergonomische aspecten. Hiermee zal rekening moeten worden gehouden bij het opstellen van de checklists en het omschrijven van de items.

Bij veel items kan volgens het panel in de kernlijst een globale aanduiding volstaan en kunnen in de facultatieve lijst specificaties worden opgenomen waar de PMT-er naar kijkt zodra iets opvalt. Als er niets opvallends is, hoeft niet naar de specificaties gekeken te worden. Daarbij zijn sommige items in deze versie van de checklist te veel gespecificeerd en andere items niet gespecificeerd genoeg. Hier moet opnieuw naar gekeken worden. Sommige items zijn in deze versie nog onduidelijk door de naamgeving. Hierbij moeten de ICIDH-termen omgezet worden naar PMT-termen. Tevens is er herordening van verschillende items nodig om de lijsten meer overzichtelijk en duidelijk te maken voor PMT-ers. Zo zijn de grondvormen van bewegen niet alle vertegenwoordigd in de checklists. Dit moet wel en vraagt herordening.

In de discussie over de duidelijkheid en bruikbaarheid van beide checklists kwam het opvallende verschil in score aan bod: de facultatieve checklist werd veel duidelijker geacht dan de kernchecklist. Het bleek dat met name een aantal items in de kernlijst onduidelijk werd bevonden. Veel items waren rechtstreeks afkomstig uit de ICIDH-2 en daarmee werd de ordening voor PMT-ers onduidelijk. In de facultatieve lijst kwamen de items volgens enkele panelleden meer overeen met wat een PMT-er in zijn werk dagelijks tegenkomt en werd de lijst daarmee duidelijker. Items moeten in de omschrijving concreet gemaakt worden: hoe abstracter, hoe minder de PMT-er er van zal begrijpen. In het panel kwam tevens naar voren dat de indeling in hoofd- en subitems onduidelijk werd bevonden.

Voor wat betreft de discussie over de psychomotorische diagnostische instrumenten was bij de globale discussiepunten aangegeven dat de discussie vooral zou moeten gaan over de vraag of het betreffende instrument een plaats zou moeten hebben binnen het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct. Het gaat daarbij om de relevantie en inpasbaarheid. Pas in tweede instantie zou over het ICIDH-niveau van het instrument en de omschrijving ervan worden gediscussieerd. Op deze manier zou duidelijk kunnen worden wat de meest relevante instrumenten zijn en wanneer beter kan worden doorverwezen naar een andere discipline. De discussie vond plaats aan de hand van twaalf instrumenten, waarover de meeste discensus bestond. Het doel was vanuit de discussie over deze selectie tot criteria te komen, op grond waarvan kan worden beoordeeld of een instrument een plaats zou moeten hebben binnen het diagnostisch construct. Op deze manier zouden ook op een later tijdstip nieuwe instrumenten aan het construct kunnen worden toegevoegd. De discussie bleef uiteindelijk hoofdzakelijk beperkt tot discussie over de relevantie. De andere drie vragen kwamen slechts zijdelings aan bod. Het bleek niet eenvoudig tot criteria te komen op grond waarvan de overige - niet besproken - instrumenten zouden kunnen worden beoordeeld als al dan niet relevant voor opname in het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct. De overige drie vragen werden daardoor op dat moment minder belangrijk. Omdat de meeste panelleden geen praktische ervaring hadden met het merendeel van de instrumenten is gepoogd de discussie algemeen te houden en te laten gaan over wat voor soort instrumenten wel in het construct zouden kunnen worden opgenomen en welke niet en op basis van welke criteria dit dan zou moeten gebeuren. Daarbij bleek het, naast het beoordelen van de kwaliteit van een instrument, opnieuw te gaan om de vraag: *"Wat kan de PMT-er wel en wat niet, waar liggen de grenzen van het vakgebied?"*

Het Randpanel stelt dat er veel instrumenten zijn die ongeveer hetzelfde meten. Het is de vraag hoe bepaald kan worden welke het meest relevant zijn. Er moeten daarin door de onderzoeker keuzen gemaakt worden. De beoordeling van de diverse instrumenten in de literatuur zijn daarbij dubieus en spreken elkaar niet zelden tegen. Sommige instrumenten zijn niet relevant, omdat de meeste PMT-ers niets doen met het item dat onderzocht wordt. Een functioneel item als schrijfmotoriek, wat op het eerste oog niet relevant is, kan toch relevant worden als een andere kant van het item belicht wordt. Zo wordt er volgens het panel onderzoek gedaan naar schrijfmotoriek in relatie tot Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Developmental Coördination Disorder en Anorexia Nervosa. Het zal dan in de checklist en in de omschrijving van de instrumenten duidelijk gemaakt moeten worden dat de test met het oog op deze relatie wel relevant wordt bevonden. De relevantie van instrumenten hangt ook samen met de kernchecklist en facultatieve checklist. Daarin is bepaald welke items het meest relevant zijn om naar te kijken. Daarvoor zouden instrumenten beschikbaar moeten zijn als verder onderzoek gewenst is. Op dit moment zullen daarbij blinde vlekken bestaan en soms instrumenten dubbelop zijn. In dat geval moet voor de beste instrumenten worden gekozen. Daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat instrumenten voor volwassenen niet zomaar kunnen worden ingezet bij jeugdigen. Deze moeten worden aangepast, waarmee de normering, betrouwbaarheid en validiteit opnieuw moeten worden onderzocht. Toch kunnen deze instrumenten wel een bijdrage leveren aan de diagnostiek of aanleiding zijn tot verder onderzoek. Ook Amerikaanse normen zijn volgens het panel geen reden een instrument af te schrijven. Een instrument [bijvoorbeeld de De Test of Gross Motor Development (TGMD) van Ulrich, 1985] kan relevant zijn en nader onderzoek naar Nederland-

se normen vragen. Dergelijke instrumenten kunnen als relevant worden beschouwd, waarbij de inpasbaarheid een vraagteken is.

Veldinstrumenten zijn vaak meer een observatierichtlijn, een structurering van het kijken van de PMT-er, dan een test. De klinische blik is belangrijk (bijvoorbeeld bij de trampolineobservatie van Kuin). Veldinstrumenten zijn over het algemeen niet onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid. Toch zijn deze instrumenten vaak relevant omdat ze uit het psychomotorische veld komen en veel informatie opleveren. Opvallend is dat de door de onderzoeker toegevoegde veldinstrumenten, in vergelijking met de bestaande instrumenten, met name voor wat betreft relevantie positief werden gescoord. Bij de bestaande instrumenten was in 68 procent van de gevallen een drie of lager ('helemaal niet relevant') gescoord door tenminste één van de panelleden. Bij de veldinstrumenten was dit slechts in 28 procent het geval. Als uit de checklists een onduidelijk beeld komt en nader onderzoek gewenst is, kan op basis van sommige van deze instrumenten aan de hand van verschillende activiteiten en situaties nader naar het betreffende item gekeken worden. Andere veldinstrumenten zijn vooral geschikt om informatie boven te halen om de checklists goed te kunnen invullen en betreffen een handelen, waaraan de PMT-er veel kan zien. Het is de vraag of deze dan als veldinstrument in het construct moeten worden opgenomen of als aanbeveling voor een bewegingsaanbod. Informatie uit veldinstrumenten moet altijd worden ingepast in de overige informatie, omdat deze op zichzelf niet valide en betrouwbaar is.

Geconcludeerd kan worden dat het door het Randpanel als zeer lastig ervaren wordt instrumenten te beoordelen op basis van een omschrijving. Het zelf gebruikt hebben van een instrument wordt bijna noodzakelijk bevonden. Erkend wordt dat dit echter een levenswerk op zich is en te veel zou zijn binnen het kader van dit onderzoek. Geopperd wordt in een volgende fase van dit onderzoek nog eens naar de omschrijving en beoordeling van de instrumenten te kijken met een van de panelleden, die zowel wetenschappelijke als praktische ervaring heeft met veel van de instrumenten. Ook is het idee geopperd om naast de progressieve diagnostiek (nader onderzoek met behulp van een instrument naar aanleiding van vragen rond een specifiek item), een aantal instrumenten standaard af te nemen, omdat dit zoveel informatie oplevert. Dit moet dan een soort basisbewegingsaanbod worden in de eerste fase van de diagnostiek ten behoeve van het invullen van de checklists. Daarnaast moet er een relatie worden gelegd tussen de items en de instrumenten. Dit zal in de volgende fase van het onderzoek gebeuren.

Een groot aantal conclusies op basis van de discussiebijeenkomst is uitgeschreven en voorgelegd aan het Randpanel in de tweede schriftelijke ronde. Deze conclusies worden beschreven bij de resultaten van de tweede schriftelijke ronde.

9.5.4 Tweede schriftelijke ronde

Procedure: Naar aanleiding van de discussiebijeenkomst vroeg een groot aantal punten om nadere uitwerking dan wel herziening. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen punten welke na verdere uitwerking tijdens de implementatie kunnen worden getest (omschrijvingen van de items, definities, uitleg en omschrijving van de ICIDH-2), punten die na herziening door het Randpanel opnieuw moeten worden beoordeeld in een tweede schriftelijke ronde en punten waarvoor nog aanvullende informatie nodig is om tot een adequate uitwerking/herziening te komen, welke de Randpanelleden bij de tweede schriftelijke ronde is verzocht - voor zover mogelijk - aan te leveren.

De tweede schriftelijke ronde bestond uit een begeleidend schrijven, de voorlopige conclusies van de discussiebijeenkomst en het verzoek met betrekking tot een aantal punten de eigen mening op de bijgevoegde negen-puntsschalen weer te geven. Vanuit de discussiebijeenkomst bleek dat er een vertaalslag moest plaatsvinden om het construct voor PMT-ers bruikbaar en waardevol te maken. Sommige items uit de ICIDH-2 waren te letterlijk uit het Engels vertaald, waardoor ongebruikelijk Nederlands ontstond. Deze zijn vervangen door meer Nederlandse terminologie. Daarnaast hebben herformuleringen plaatsgevonden op basis van opmerkingen van het Reductiepanel en van het Randpanel bij de schriftelijke ronde en tijdens de discussiebijeenkomst. Reden hiervoor was dat sommige termen te weinig aansloten bij het kin-

der- en jeugdpsychiatrisch zorgveld en daardoor voor de gebruikers onduidelijk waren. Bij de herformuleringen en ook bij de herordening van items is geprobeerd de herkenbaarheid van de ICIDH-2 evenwel in het oog te houden, opdat de overdracht naar andere zorgvelden (die meer gewend zijn te werken met ICIDH-termen, bijvoorbeeld de revalidatie en verstandelijk gehandicaptenzorg) mogelijk blijft. Generaliseerbaarheid en overdraagbaarheid stonden hierbij centraal. In het verlengde van de eerste schriftelijke ronde en de discussiebijeenkomst, werd op basis van de scores van de tweede schriftelijke ronde bepaald of er sprake is van consensus of discensus.

Naar aanleiding van de discussie is besloten, naast de tweede schriftelijke ronde op basis van de negen-puntsschalen, meer informatie over de verschillende instrumenten bij de panelleden op te halen en deze naast de resultaten van de eerste schriftelijke ronde en de discussiebijeenkomst te verwerken. De resultaten van deze verwerkingsprocedure zijn voorgelegd aan een deskundige die zowel wetenschappelijke als praktische ervaring heeft met een groot aantal instrumenten. In samenwerking met deze deskundige is de omschrijving en indeling van de instrumenten nader uitgewerkt (voor zover dat binnen het kader van dit onderzoek mogelijk was). De uitwerking van instrumenten zou plaatsvinden naast de implementatiefase en speelde daarin geen rol. De extra informatie met betrekking tot de diagnostische instrumenten uit eigen ervaring van de panelleden is niet gescoord op negen-puntsschalen en is niet verwerkt volgens de Randmethode. Het betreft toegevoegde informatie. De panelleden is gevraagd aan te geven met welke instrumenten de verschillende items nader zouden kunnen worden onderzocht of naar welke discipline zou moeten worden doorverwezen. Ter illustratie:

<i>Kern</i>	<i>Aanvullend</i>	<i>Progressieve diagnostiek (psychomotorisch diagnostisch instrument of andere discipline)</i>
Coördinatie en sturing	Oog-hand coördinatie	
	Oog-voet coördinatie	

Daarnaast is de Randpanelleden gevraagd een door de onderzoeker gemaakte selectie van psychomotorische diagnostische instrumenten te beoordelen. De selectie heeft zowel plaatsgevonden op basis van literatuurgegevens als op basis van de resultaten van het Randpanel. De selectiecriteria die in eerste instantie gehanteerd zijn, zijn de volgende:

- de betrouwbaarheid en validiteit dienen voldoende of goed te zijn, of indien deze (nog) niet zijn onderzocht dient het een goed onderbouwd praktijkinstrument te zijn met goede gebruikersvaliditeit;
- er mag geen specifieke kennis (bijvoorbeeld neurologisch) gevraagd worden, die niet van een willekeurige PMT-er verwacht kan worden;
- er mag geen gebruik gemaakt worden van groot-materiaal dat niet voor de PMT-er beschikbaar is (zoals grote trampoline of video met groot beeldscherm);
- het instrument moet geschikt zijn voor individuele diagnose, niet alleen voor het screenen van grote groepen kinderen;
- er moet een Nederlandse versie beschikbaar zijn.

Resultaten: Over de inleidende vragen en conclusies die waren opgesteld naar aanleiding van de discussiebijeenkomst, was men het in grote lijnen met elkaar eens: de figuren en begeleidende teksten werden voldoende duidelijk bevonden. De keuze om uit de beschikbare instrumenten de voor dit moment best mogelijke instrumenten te selecteren op basis van literatuurgegevens en de resultaten van de schriftelijke ronde en de discussiebijeenkomst van het Randpanel vond men acceptabel. Hetzelfde geldt voor de overweging instrumenten met een meetpretentie binnen de structuur/functie dimensie, maar die vaardigheden

meten binnen de activiteitendimensie, binnen beide dimensies in te delen en beide aspecten in de interpretatie te betrekken. Een instrument dat is ontworpen voor volwassenen dient volgens het panel niet per definitie uit de selectie te worden verwijderd, indien het de best mogelijke optie op dit moment betreft. Er dient wel bij vermeld te worden dat het instrument eventueel dient te worden aangepast aan de leeftijdsgroep en opnieuw moet worden onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. Indien er meerdere instrumenten beschikbaar zijn voor de progressieve diagnostiek van een item, dient volgens het panel de keuze voor een van deze instrumenten te worden onderbouwd. Daar waar nog geen instrumenten beschikbaar zijn voor nader onderzoek van een item zullen waar mogelijk veldinstrumenten worden ingezet, met de uitleg dat onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid nog plaats dient te vinden. In het algemeen vond het Randpanel de conclusie terecht dat de meeste instrumenten slechts een indicatie geven van de problematiek en de resultaten moeten worden ingepast in de overige informatie. Een aantal veldinstrumenten is op basis van de discussiebijeenkomst en met instemming van het Randpanel tijdens de tweede schriftelijke ronde opgenomen in de aanvullende checklist (en zijn daarmee vervallen als veldinstrument) en een aantal is opgenomen in een basisbewegingsaanbod ten behoeve van het PMDC.

Naar aanleiding van de discussiebijeenkomst is een aantal wijzigingen doorgevoerd in de checklists. Dit heeft geleid tot een nieuwe overzichtstabel met een andere ordening. Het doel daarvan was de opbouw van de checklist voor de PMT-er meer herkenbaar te maken. Het onderscheid hoofdrol, gedeelde rol, geen rol, zoals dat eerder is gehanteerd, is er op dit niveau uitgelaten. Dit onderscheid is nog wel van belang in het vervolgonderzoek, de *progressieve diagnostiek*. Soms zal de PMT-er zelf het vervolgonderzoek kunnen doen, soms zal dat in samenwerking met andere disciplines moeten en soms zal moeten worden doorverwezen naar een specialist en speelt de PMT-er geen rol in de progressieve diagnostiek.

De kernchecklist en aanvullende checklist kunnen leiden tot een zogenaamde basis-combi-checklist, bestaande uit de kernchecklist en een deel van de aanvullende checklist, specifiek voor een bepaalde leeftijdsgroep, doelgroep en/of setting. Hoe een PMT-er naar de verschillende items dient te kijken moet in de handleiding bij het PMDC worden omschreven. De vijf-hokjes-methode [onderscheid tussen functioneel (technische vaardigheid), expressief (wat valt op aan de manier van doen), en beleving (hoe ervaart het kind het)], waarbij de belevingscomponent dient te worden uitgesplitst in observeren en vragen] zoals omschreven in de tweede schriftelijke ronde, werd door het panel te ingewikkeld bevonden. Hier is in de definitieve handleiding van het PMDC (zie appendix twee) een oplossing voor gezocht.

Het Randpanel is het eens met de stelling dat de checklist is bedoeld om globaal te scoren welke items opvallend zijn en dat dit over het algemeen vrij snel zichtbaar is in hoe het kind zich beweegt. Deze fase van het PMDC is niet bedoeld om specifieke tests uit te voeren, maar kan daar wel aanleiding toe zijn. Ook gaat het Randpanel akkoord met de voorstellen om in de handleiding aandacht te besteden aan de interpretatie van observaties en een basisbewegingsaanbod op te nemen in het PMDC.

Bij de vragen of de items in de goede kolom (kern/aanvullend) zijn opgenomen en binnen de juiste dimensie zijn ingedeeld is men het grotendeels [in ruim driekwart van de gevallen] met elkaar eens. Bij de vragen naar naamgeving en specificaties van items bestaat een relatief grote mate van discensus [ongeveer in de helft van de gevallen], wat ten dele kan worden verklaard uit het feit dat bij de nieuwe naamgeving geen nieuwe omschrijvingen van de items zijn meegestuurd. Bij de vraag naar specificaties speelt een grote rol dat door enkele Randpanellleden de vraag niet is gescoord indien het kernitem niet verder gespecificeerd staat in de lijst. Hoewel de onderzoeker van mening is dat ook hierbij gescoord kan worden (immers de specificaties kunnen dan onvoldoende zijn), is door een aantal Randpanellleden 'n.v.t.' vermeld, waarmee een consensusscore onmogelijk wordt.

Een probleem dat uit de tweede schriftelijke ronde van het Randpanel naar voren komt, is dat de meeste aanvullende items specificaties van de kern zijn (dit is in tegenstelling tot de eerste schriftelijke ronde en op basis van de discussiebijeenkomst aldus veranderd). In de tweede schriftelijke ronde blijkt dit toch veel verwarring te geven: Wat houdt het kernitem nog in als het niet de specificaties betreft? Hoe dient bijvoorbeeld oriëntatie te worden onderzocht anders dan door te kijken naar oriëntatie in de ruimte of in de tijd?

Hiermee is in de nieuwste versie van de checklists rekening gehouden. Een aantal specificaties is onder het kernitem geplaatst en een aantal is bij aanvullend gehouden, waarbij opnieuw apart het hoofdkopje is vermeld; bijvoorbeeld oriëntatie in de ruimte als kernitem en oriëntatie in de tijd als aanvullend item. Over de vraag hoe de opbouw van de lijst ervaren wordt liggen de meningen van de Randpanelleden ver uiteen: scores van drie tot negen op de negen-puntsschaal. Naar aanleiding van de verschillende opmerkingen en commentaren dient de checklist zodanig verbeterd te worden dat de opbouw voor eenieder duidelijk is.

Tenslotte is op de vraag om kwalitatieve informatie rond verschillende psychomotorische diagnostische instrumenten weinig respons ontvangen. De meeste Randpanelleden zijn niet of maar zeer beperkt bekend met de instrumenten. De ontvangen informatie is verwerkt en heeft – naast het literatuuronderzoek – als basis gediend voor nader overleg met een deskundige op het gebied van psychomotorische diagnostische instrumenten. De uiteindelijke selectie is opgenomen in bijlage vijf van het PMDC.

9.5.5 Resultaten

In deze fase van het onderzoek is zowel door het Reductiepanel als het Randpanel waardevolle, aanvullende informatie verstrekt. Op grond van de schriftelijke ronden van beide panels en de discussiebijeenkomst van het Randpanel zijn zowel de kernchecklist als de aanvullende checklist grondig herzien. Naast de kwantitatieve scores zijn ook de kwalitatieve opmerkingen meegenomen in de aanzet tot het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct. Tezamen leidden deze tot correcties binnen het construct. Daarbij zijn alleen punten van discensus en punten van consensus over fouten veranderd. Indien er sprake was van positieve consensus over gemaakte keuzen van de onderzoeker, zijn er geen veranderingen aangebracht.

Er bleek, ondanks eerdere controles door derden, nogal wat overlapping in de items van beide checklists en onduidelijkheid in de omschrijvingen van de items en opbouw van de lijst. Op grond van de kwantitatieve scores en de kwalitatieve commentaren zijn verschillende items samengevoegd (ter bevordering van de overzichtelijkheid en hanteerbaarheid van de lijsten), is de opbouw (volgorde) van de lijst veranderd en zijn verschillende items uit de checklists verwijderd (geen rol voor de PMT-er). Er heeft een herordening plaatsgevonden op basis van de vier ontwikkelingsdomeinen (lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal). Daarmee is tevens de aansluiting bij het conceptueel model (ICIDH en het ontwikkelingsdenken) verstevigd.

De uitgangspunten voor de verdere ontwikkeling van het PMDC naar aanleiding van deze fase van het onderzoek zijn samengevat:

- *Kernitems* moeten bij elk psychomotorisch onderzoek bekeken worden, onafhankelijk van leeftijd, doelgroep en setting;
- *Aanvullende items* kunnen afhankelijk van leeftijd, doelgroep en setting en beschikbare tijd aan de kernchecklist worden toegevoegd. Deze selectie kan per PsychoMotorisch Onderzoek (PMO) verschillend zijn;
- De *checklist* is bedoeld om kwantitatief te scoren wat opvalt in het gedrag van het kind en in het gesprek met het kind. Naast deze score dient een verslag te worden gemaakt met kwalitatieve beschrijvingen van de observatiesessies. Op grond van beide tezamen kunnen vervolgens conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan voor verder onderzoek of behandeling (bijvoorbeeld wel of geen indicatie PMT, behandelingsdoelen voor PMT). De score op de checklists betreft observatie zonder interpretatie (voor zover dat mogelijk is), binnen de kwalitatieve verslaglegging kunnen interpretaties worden toegevoegd;
- *Scores op de checklist* moeten worden gerelateerd aan wat gezien de leeftijd/ontwikkeling te verwachten is. Sommige kernitems kunnen voor de heel jonge kinderen, gezien hun ontwikkelingsniveau, nog niet worden gescoord;
- Bij de *observatie* wordt er niet alleen naar gekeken of het individu feitelijk iets kan, maar er ook naar gestreefd om in het bewegingscontact te begrijpen waarom activiteiten lopen zoals ze lopen. Hiervoor is een integratie van alle drie de dimensies en de externe factoren nodig.

Er ontstond op deze manier een nieuwe kernchecklist en een nieuwe aanvullende checklist. De items zijn te onderscheiden voor wat betreft dimensie (structuur/functie, activiteit, participatie) en omgevingsfactoren én voor wat betreft ontwikkelingsdomein (lichamelijk, cognitief, emotioneel, sociaal). Daarnaast wordt er onderscheid gemaakt tussen observatie- en gespreksgegevens. Hierbij is de indeling zo zorgvuldig mogelijk, maar blijft altijd in zekere mate arbitrair. Sommige items kunnen binnen verschillende dimensies worden geplaatst en soms is ervoor gekozen een cluster van items bij elkaar te houden als een van de items eigenlijk beter binnen een andere dimensie zou thuis horen. Indien er sprake is van een hoofditem met subitems, zal voor het hoofditem geen scoringsmogelijkheid worden vermeld, omdat dit vanuit de eerste schriftelijke ronde verwarring bleek te geven. Alleen de afzonderlijke subitems kunnen worden gescoord. Bij sommige kernitems moet de PMT-er er wel alert op zijn of er iets opvalt, maar kan hij het niet forceren (bijvoorbeeld pijnbeleving; de PMT-er kan iemand niet met opzet pijn gaan doen).

9.5.6 Discussie

In de eerste schriftelijke ronde kregen de Randpanelleden een grote hoeveelheid informatie toegestuurd over het onderzoek tot dan toe. De reacties daarop varieerden van ".... In elk geval bevat de onderzoeksopzet me zeer. Verrassend ook te kunnen constateren dat er geleidelijk aan een 'volwassen' psychomotorisch diagnostisch construct aan het ontstaan is...." tot ".... Hoe kan iemand deze lijst serieus invullen? Iedereen mag zijn eigen maatstaven toepassen, immers, criteria worden niet gegeven...." De extreme reacties lijken samen te hangen met het verschil in expertiseterrein. Opvallend bij de verwerking van de vragenlijst was dat er met name enorme verschillen worden gevonden in de mening wat een PMT-er al dan niet zou moeten/kunnen doen en waar de grenzen liggen met de andere disciplines. Dit lijkt zeer setting- en persoonsafhankelijk. Binnen dit onderzoek is gepoogd met behulp van de kernchecklist deze grens te verhelderen. Desalniettemin vraagt het om verder onderzoek, waarvoor in hoofdstuk elf een aanbeveling zal worden gedaan.

9.6 Conclusies

Concluderend kan gesteld worden dat, evenals bij de interviews, bij het Randpanel duidelijk wordt dat er een enorme diversiteit bestaat in wat onder psychomotorische diagnostiek wordt verstaan en waar de grenzen liggen van het vakgebied. De nieuwste versie van de ICIDH pretendeert voor *alle* mensen te zijn en moet in die zin breed ingezet kunnen worden. Het blijft een gegeven dat PMT-ers binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie zullen moeten wennen aan het werken met de drie dimensies, maar het biedt ook vele mogelijkheden. Indien er bijvoorbeeld sprake is van een stoornis binnen de structuur/functiedimensie, waar door middel van behandeling weinig aan te veranderen is, kan besloten worden behandelingsdoelen te stellen binnen de activiteiten- of participatiedimensie om daarmee te trachten de kwaliteit van leven te verbeteren. Het PMDC is op basis van de resultaten van beide panels, zoals beschreven in dit hoofdstuk, verder uitgewerkt ten behoeve van het implementatie-experiment, waarop in hoofdstuk tien nader wordt ingegaan. De resultaten van de implementatie zullen bepalen in hoeverre het PMDC daarna nog moet worden aangepast. De - voorlopig - definitieve versie van het PMDC, gebaseerd op de resultaten van dit gehele onderzoek, is weergegeven in appendix twee.

Hoofdstuk 10 Implementatie van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct

We zijn allemaal van elkaar afhankelijk.

*We moeten niet alleen zien dat we er zelf komen,
we moeten bovendien anderen helpen er te komen,
omdat we alleen niet verder kunnen gaan.*

(J. Hayhurst, 1997, p.74)

10.1 Inleiding

Vanuit het voorgaande literatuur- en veldonderzoek is een grote hoeveelheid informatie verzameld, die moest worden omgezet in een bruikbaar diagnostisch construct. Het Randpanel heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de opzet van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct (PMDC). Het PMDC, zoals dat op basis van de hoofdstukken een tot en met acht was opgezet, is aan de hand van de resultaten van het Randpanel, zoals beschreven in hoofdstuk negen, verregaand herzien. Het construct dat op deze manier is ontstaan diende te worden geïmplementeerd in de praktijk om te onderzoeken in hoeverre het PMDC ook daadwerkelijk praktisch bruikbaar is. Op basis van de resultaten van deze toetsing kan vervolgens al dan niet een aanbeveling worden gedaan om het diagnostisch construct verder uit te werken tot een PsychoMotorisch Diagnosticum (PMD), waarvoor verder onderzoek naar psychometrische kwaliteiten zou moeten plaatsvinden. Het implementatieproject zoals dat binnen het kader van dit onderzoek is uitgevoerd, moest duidelijk maken of het PMDC werkt in de context van een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek. Om de implementatie generaliseerbaarheid te geven diende de implementatie bij meerdere patiënten van verschillende leeftijden binnen diverse klinieken plaats te vinden.

Het implementatietraject bestond uit drie stappen:

- Allereerst is onderzoek gedaan naar de voorwaarden voor implementatie van een nieuw product in de praktijk (10.2). Aan de hand van literatuuronderzoek en interviews door een assistent-onderzoeker met psychologen, (ortho)pedagogen en de chef de clinique van een kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie zijn de voorwaarden voor de implementatie van een dergelijk product geformuleerd.
- Rekening houdend met deze voorwaarden is vervolgens de opbouw van de (voorlopig) definitieve versie van het PMDC beschreven (10.3).
- Om de gebruikersvaliditeit te kunnen beoordelen zijn twee vragenlijsten, bestaande uit beweringen rond de voorwaarden en doelstellingen van het PMDC, ontwikkeld. In aansluiting hierop is het implementatietraject beschreven (10.4), inclusief de resultaten.

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies op basis van dit deel van het onderzoek.

10.2 Voorwaarden voor implementatie

Joha en Joosten (1994) stellen als doel van ontwikkelend onderzoek het produceren van kennis in een vorm die bruikbaar is voor het handelen in de praktijk. Belangrijke elementen daarbij zijn het benutten van theoretische kennis en praktijkkennis, de samenwerking tussen onderzoekers en belanghebbenden in de praktijk, evaluatie van proces en product en de implementatie van producten: *"Wanneer er geen kant-en-klare antwoorden voorhanden zijn, moet relevante kennis verzameld worden en in zo'n vorm gegoten, dat zij bruikbaar is voor verbetering van het handelen"* (Joosten & Joha, 1994, p.1). Volgens Berkers (1998) ontwikkelt een kleine selecte groep materiaal dat later, nadat het beproefd is, op grote schaal kan worden ingevoerd. Berkers (1998) geeft aan dat als een nieuwe methode in de hulpverlening, ter kwaliteitsverbetering en professionalisering, op basis van algemene of vakspecifieke kennis en onderzoek naar de praktijk is opgesteld, dit ontwerp getoetst moet worden in de praktijk, waarna het kan worden aangepast. Daarna kan deze nieuwe methode door middel van scholing, training en begeleiding worden geïmplementeerd in de

hulpverlening. De ervaringen met deze nieuwe methode kunnen vervolgens worden gebruikt om de methode bij te stellen en te actualiseren.

Voordat implementatie van het PMDC in de praktijk van start kan gaan, moet de vraag worden beantwoord hoe deze implementatie op een verantwoorde wijze plaats kan vinden en hoe het moet worden geëvalueerd. Verantwoord wil in dit geval zeggen dat de voorwaarden waaraan het construct moet voldoen voor implementatie expliciet zijn gemaakt, de wijze waarop diagnostisch materiaal wordt verzameld en ingebracht duidelijk is en er duidelijke afspraken omtrent het gebruik en de evaluatie van het construct zijn gemaakt. Het PMDC zoals dat in het kader van dit onderzoek is ontwikkeld, moet leiden tot duidelijke indicaties voor PMT, moet aangrijpingspunten bieden voor behandeling en moet een bijdrage leveren aan de algemene diagnostiek en de kwaliteit van zorg.

Om verantwoord een product te kunnen implementeren is een gedegen voorbereiding noodzakelijk. Implementatie is de invoering van een nieuw programma in een organisatie. Het is de fase die voorafgaat aan de feitelijke toepassing van het nieuwe programma (Steman & Zomerplaag, 1994). Voor implementatie is het van belang dat het instrument past binnen het reguliere behandelingsproces en geen grote taakverzwaring voor de betrokkenen met zich meebrengt (Staring, Duterloo & Ten Horn, 1993). Daarnaast is het belangrijk om de kwaliteit van het PMDC te kunnen beoordelen. Omdat psychometrisch onderzoek in deze fase nog niet mogelijk is, zal beoordeeld worden of het gebruik van het PMDC tot nieuwe uitspraken en perspectieven leidt en zal gekeken worden naar de mate waarin deze uitspraken en perspectieven beter gefundeerd zijn dan voorheen (Donker, 1990). Op deze wijze wordt aan de hand van het begrip gebruikersvaliditeit een oordeel gegeven omtrent de kwaliteit van het construct. Het is daarnaast belangrijk om duidelijkheid te verkrijgen hoe en wanneer binnen een kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie diagnostisch materiaal wordt verzameld en ingebracht, opdat de resultaten van de psychomotorische diagnostiek ook bij de opstelling van het behandelingsplan betrokken kunnen worden. Tevens moeten om de implementatie binnen het reguliere behandelingsproces plaats te laten vinden, concrete afspraken omtrent het gebruik van het construct worden gemaakt.

Om tot de voorwaarden voor een verantwoorde implementatie en evaluatie van het PMDC te komen, zijn de volgende subvragen geformuleerd:

1. *Aan welke voorwaarden moet het PMDC voldoen voor gebruik in de observatiefase?*
2. *Hoe en wanneer wordt diagnostisch materiaal binnen een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie verzameld en ingebracht?*
3. *Welke afspraken moeten worden gemaakt met de klinieken waar implementatie plaatsvindt omtrent het gebruik van het construct?*
4. *Hoe is de gebruikersvaliditeit van het construct te bepalen?*

Om de subvragen te kunnen beantwoorden, is gebruik gemaakt van verschillende methoden, welke hieronder worden weergegeven.

10.2.1 Methode

Praktische bruikbaarheid in samenhang met wetenschappelijke kwaliteit zijn belangrijke doelstellingen van dit onderzoek. In dit onderzoek zijn de data van kwalitatieve aard. Zij worden op hun inhoud geanalyseerd.

Literatuurstudie: Om de eerste subvraag ("*Aan welke voorwaarden moet het PMDC voldoen vóór gebruik in de observatiefase?*") te kunnen beantwoorden, is literatuuronderzoek gedaan en is gebruik gemaakt van de resultaten van het voorgaande veldonderzoek, zoals deze in de hoofdstukken acht en negen zijn beschreven.

Interviews: Om de tweede en de derde subvraag ("*Hoe en wanneer wordt diagnostisch materiaal binnen een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie verzameld en ingebracht?*", "*Welke afspraken moeten worden gemaakt met klinieken waar implementatie plaatsvindt omtrent het gebruik van het construct?*") te kunnen beantwoorden zijn door een assistent-onderzoeker interviews gehouden met twee psychologen, twee (ortho)pedagogen en een chef de clinique, welke werkzaam waren in een kliniek voor kinder- en jeugd-

psychiatrie, in een Medisch Pedagogisch Instituut en in een Adolescentenpsychiatriekliniek. De psychologen en (ortho)pedagogen waren alleen werkzaam als diagnosticus en hadden geen behandelende functie. Deze aparte positie maakt de psycholoog-diagnosticus of de (ortho)pedagoog-diagnosticus tot een specifieke informatiebron. De chef de clinique is het hoofd van de kliniek en verantwoordelijk voor het behandelingsproces. Uitgangspunt voor de implementatie van het PMDC is dat het binnen het reguliere behandelingsproces dient te passen. Daarom is in overleg met bovengenoemde onderzoeksgroep de implementatiefase voorbereid.

Vragenlijsten: Voor de beantwoording van de vierde subvraag (*"Hoe is de gebruikersvaliditeit van het construct te bepalen?"*) tenslotte, zijn twee vragenlijsten ontwikkeld, die bij het implementatieonderzoek gebruikt moeten worden. In de vragenlijsten wordt een vijfpuntsschaal als meetmethode gebruikt. Omdat geen gebruik kon worden gemaakt van een bestaande schaal die zijn waarde voldoende heeft bewezen, moesten nieuwe beweringen worden geformuleerd. Het formuleren van kwalitatief goede beweringen kon maar in beperkte mate op basis van de in de literatuur genoemde eisen plaatsvinden. Daarom was het belangrijk dat de inhoud van de beweringen uit deze vragenlijst in de hierboven genoemde interviews beoordeeld werd. Op basis hiervan konden de beweringen verder worden aangescherpt.

10.2.2 Resultaten

De resultaten van dit onderzoek worden aan de hand van de vier eerder genoemde subvragen beschreven.

Subvraag 1: Aan welke voorwaarden moet het PMDC voldoen voor gebruik in de observatiefase (literatuurstudie)?

Voorafgaand aan de implementatie moet een instrument in het algemeen aan een aantal voorwaarden voldoen. In de literatuur worden een vijftal algemene kwaliteitsvoorwaarden onderscheiden (Marshall & Rossman, 1989; Graziano & Raulin, 1993; Miles & Huberman, 1994; Van Praat & Suerink, 1994): objectiviteit, betrouwbaarheid, normering, efficiëntie en validiteit.

Het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct wordt Construct genoemd, omdat het nog niet op al deze eisen is onderzocht. Dat is een fase die moet volgen op het huidige onderzoek (aanbeveling tot verder onderzoek, zie hoofdstuk elf). Implementatie in het kader van het bepalen van de gebruikersvaliditeit en haalbaarheid van de toepassing van het product in de praktijk gaan hieraan vooraf. Elk van de vijf genoemde algemene kwaliteitsvoorwaarden wordt in een aantal specifieke voorwaarden onderverdeeld. Voor implementatie van het PMDC is ernaar gestreefd aan zo veel mogelijk van deze specifieke voorwaarden te voldoen. Achter de hieronder genoemde voorwaarden staat cursief vermeld hoe deze zijn meegenomen in de opbouw van het PMDC.

- Het construct moet met een inleiding, waarin het doel van het construct wordt uitgelegd en instructies voor het gebruik van het construct worden gegeven, beginnen. *Hiertoe gaat het PMDC vergezeld van een uitgebreide handleiding;*
- De testdata, naam, leeftijd en sekse van het kind moeten vermeld worden. *Er is een bijlage aan het PMDC toegevoegd, waarin de gevraagde gegevens standaard kunnen worden ingevuld;*
- Er moet rekening gehouden worden met personele en situationele variabelen die het psychomotorisch gedrag en de evaluatie van dit gedrag kunnen beïnvloeden. Voorbeelden van deze variabelen zijn: de lichamelijke conditie van het kind, de omgevingstemperatuur, de eventuele aanwezigheid van een groepsleid(st)er en het geslacht van de therapeut. *Deze factoren zijn als 'verstorende variabelen' opgenomen in de handleiding, met een aanwijzing hoe hier in voorkomende gevallen mee om te gaan;*
- Niets dat van belang is, moet over het hoofd gezien worden. Er moet ruimte zijn om andersoortige observaties te vermelden. *Om aan deze voorwaarde te voldoen, is er ruimte in de kantlijn van de checklist om aanvullende opmerkingen te plaatsen. Daarnaast is er in de kwalitatieve verslaglegging, die (naast de kwantitatieve score op de checklist) gemaakt dient te worden een apart kopje 'andersoortige observaties' opgenomen;*

- De wijze waarop het construct is opgebouwd, moet expliciet en in detail vermeld zijn. *De opbouw van het construct wordt uitgebreid in de handleiding vermeld;*
- Het construct moet alle aspecten van de psychomotoriek, voor zover mogelijk, gestandaardiseerd in kaart brengen. *Door middel van de opbouw van dit onderzoek is ernaar gestreefd alle aspecten van de psychomotoriek te omvatten voor zover deze relevant zijn voor de diagnostiek van kinderen en jeugdigen binnen het psychiatrisch zorgveld. Het Reductiepanel en het Randpanel hebben een grote rol gespeeld in het bepalen welke items in het PMDC vertegenwoordigd moeten zijn. Het gestandaardiseerd in kaart brengen van deze items is voornamelijk moeilijk, omdat er daartoe geen voldoende psychometrisch onderbouwde instrumenten bestaan. Door middel van een standaardbewegingsaanbod, dat aan het PMDC is toegevoegd, wordt ernaar gestreefd het in kaart brengen van de items zo veel als op dit moment mogelijk is te standaardiseren;*
- De keuze voor vervolgonderzoek moet expliciet en controleerbaar zijn. *Er is ten behoeve van deze voorwaarde een bijlage aan het PMDC toegevoegd, waarin aan ieder item - voor zover mogelijk - een instrument voor vervolgonderzoek is gekoppeld. Waar dit niet mogelijk was, omdat er op dit moment geen instrumenten beschikbaar zijn voor vervolgonderzoek van het betreffende item, is een discipline vermeld waarnaar doorverwezen zou moeten worden;*
- Het construct moet niet alleen de psychomotorische onmogelijkheden, maar ook de psychomotorische mogelijkheden van een kind beschrijven. *Om ervoor zorg te dragen dat dit aspect voldoende wordt belicht, is in de standaardverslaglegging een kopje 'mogelijkheden' en een kopje 'beperkingen' opgenomen;*
- De onderwerpen moeten kort en bondig vermeld worden. *Alle onderdelen van het PMDC zijn in de uitgebreide handleiding zo kort en bondig mogelijk en zonder verlies van informatie vermeld;*
- De uitleg van de onderwerpen moet duidelijk en helder zijn. *Zie vorige voorwaarde. Tevens is aan het PMDC een omschrijving van de items van de checklist toegevoegd. Tijdens de implementatie moet blijken of de omschrijving voldoende helder en duidelijk is;*
- De te onderscheiden onderwerpen moeten dekkend zijn. *Hiernaar is gestreefd door het selecteren van de items door verschillende mensen na elkaar te laten uitvoeren, waardoor tot een steeds completere en onderscheidende lijst is gekomen;*
- De te onderscheiden onderwerpen moeten elkaar wederzijds uitsluiten. *Hiervoor geldt hetzelfde als bij het vorige punt;*
- De rol van de PMT-er moet expliciet omschreven zijn. *De rol van de PMT-er is in de handleiding omschreven;*
- Het construct moet er overzichtelijk en praktisch uitzien. *Het PMDC is naar aanleiding van het commentaar van het Randpanel herzien om tot een zo overzichtelijk en praktisch mogelijk construct te komen. Tijdens de implementatie moet duidelijk worden of het PMDC ook wat dit betreft nog te verbeteren valt.*

Naast de bovengenoemde voorwaarden voor implementatie, zoals deze uit literatuuronderzoek naar voren zijn gekomen, is er - zoals in hoofdstuk acht omschreven - een aantal eisen uit het veldonderzoek te destilleren:

- Het PMDC moet flexibel zijn (de checklist moet bijvoorbeeld ook achteraf kunnen worden ingevuld). *Hiermee is in de opzet rekening gehouden. De checklist kan na iedere sessie, voor zover de items aan de orde zijn geweest, worden ingevuld. Daarnaast is er de keuze om alleen de kernchecklist te scoren of ook de aanvullende checklist en kan er al dan niet voor vervolgonderzoek (progressieve diagnostiek) worden gekozen;*
- Het PMDC moet ruimte geven voor de eigen manier van werken, terwijl het tegelijkertijd een kader biedt voor psychomotorische diagnostiek; *Het PMDC geeft door middel van de handleiding, de checklist, het standaardbewegingsaanbod en de standaardverslaglegging een duidelijk kader voor psychomotorische diagnostiek. Daarbinnen blijft er ruimte voor de eigen manier van werken. Zo kan het bewe-*

gingsaanbod worden aangepast aan de leeftijd en specifieke elementen van de doelgroep en is er vrijheid in hoe uitgebreid de diagnostiek wordt gedaan;

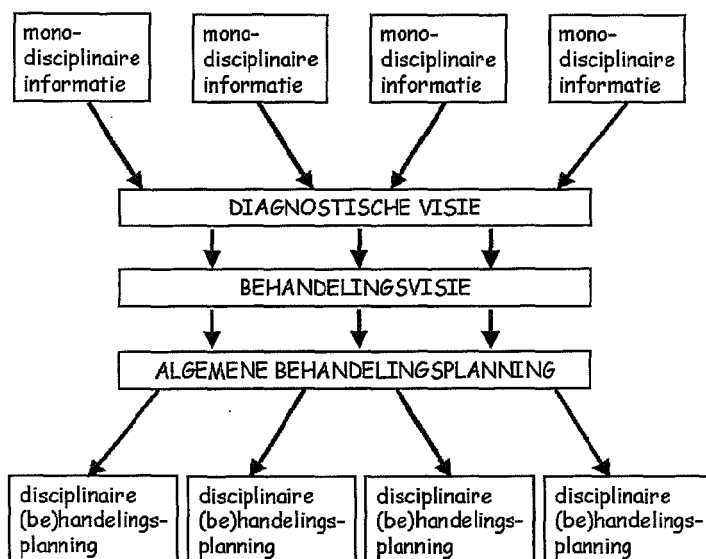
- *Het PMDC moet in relatief weinig tijd veel diagnostische informatie geven; Tijdens de implementatie moet blijken of aan deze voorwaarde is voldaan. In de opzet van het PMDC is gestreefd naar optimale efficiëntie: in zo kort mogelijke tijd tot een zo volledig mogelijk en goed onderbouwd beeld komen;*
- *Het PMDC moet praktisch zijn. Hiervoor geldt hetzelfde als bij het vorige punt;*
- *Het PMDC moet informatie over deelaspecten van de psychomotoriek geven. Door de indeling van de items in verschillende dimensies en ontwikkelingsdomeinen kan een duidelijk beeld ontstaan op welk deelaspect van de psychomotoriek de (meeste) problemen zich bevinden;*
- *Het PMDC moet informatie over het totaalbeeld van de psychomotoriek geven. Alle dimensies en ontwikkelingsdomeinen tezamen geven een totaalbeeld van de psychomotoriek. De standaardverslaglegging is zo opgezet dat zowel de deelaspecten als dit totaalbeeld zal worden omschreven;*
- *Het PMDC moet het stellen van behandelingsdoelen vergemakkelijken. Daartoe is in een bijlage aan ieder item een cluster van behandelingsdoelen gekoppeld. Indien het item als afwijkend wordt gescoord kan in dit schema worden opgezocht op welke behandelingsdoelen de PMT zich kan richten.*

Subvraag 2: Hoe en wanneer wordt diagnostisch materiaal binnen een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie verzameld en ingebracht (interviews)?

Met de implementatie van het construct is het de bedoeling dat de psychomotorische diagnostiek ook bij de opstelling van het behandelingsplan wordt betrokken. Aan de hand van alle informatiebronnen dienen hypothesen omtrent de noodzakelijke vorm van behandeling en/of begeleiding opgesteld te worden. Daarom is het belangrijk een kwalitatieve analyse te maken van de wijze waarop psychologen en (ortho)pedagogen, die in een kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie als diagnosticus werkzaam zijn, diagnostisch materiaal verzamelen.

Uit de literatuur komt naar voren dat binnen kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken over het algemeen in de eerste acht weken na opname door middel van aanvullende biopsychosociale diagnostiek wordt geprobeerd in het dossier ontbrekende informatie aan te vullen, zodat op het multidisciplinaire overleg (de observatiestaf) van een totaalvisie gesproken kan gaan worden (Verheij, 1997). De basis van deze totaalvisie wordt gevormd door de ontwikkelingsanamnese, het kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek en de observaties vanuit de leefgroep. Daarnaast wordt door de psycholoog en (ortho)pedagoog een aantal tests afgenomen. Deze tests zijn toegespitst op de problematiek van het kind. Na acht weken wordt in de multidisciplinaire observatiestaf een voorstel voor een algemeen behandelingsplan opgesteld. De beleidscoördinator/psychiater is de hoofdverantwoordelijke voor het geheel van de behandeling en heeft er belang bij dat alle delen op elkaar afgestemd functioneren. De (ortho)pedagoog en psycholoog hebben een consultatieve en geen beleidsverantwoordelijke taak en zijn mede daardoor in staat om behandelingsstrategieën te blijven zoeken die zo veel mogelijk recht doen aan de beoogde doelen. De leefgroepcoördinator heeft er belang bij dat de beoogde behandeling uitvoerbaar is in de dagelijkse praktijk. Naast het algemeen behandelingsplan worden behandelings- en begeleidingsplannen per discipline (leefgroep, school, remedial teaching, muziektherapie, bewegingstherapie, creatieve therapie beeldend, dramatherapie, psychotherapie en ouder- en gezinsbegeleiding) geformuleerd. Dit wordt schematisch in figuur zeventien weergegeven.

Uit de interviews van de assistent-onderzoeker met eerder genoemde disciplines bleek dat het diagnostisch materiaal op een aantal verschillende wijzen verzameld wordt. Zowel mondeling overleg met de beleidspsychiater, informatieverzameling uit het dossier (klachten, conclusies vanuit eerder onderzoek), overleg met andere disciplines als afname van een aantal diagnostische tests rond de vierde week na opname vinden plaats. Er wordt gebruik gemaakt van een standaard onderzoeksverslag. Dit onderzoeksverslag wordt in de observatiestaf ingebracht. Het onderzoeksverslag bestaat uit conclusies vanuit eerder onderzoek, vraagstellingen, gebruikte tests en testscores, conclusies, eventuele andersoortige observaties en samenvatting van de conclusies.



Figuur 17. Schematische weergave van het proces van (be)handelingsplanning (Verheij, 1998, p.50)

Het is, om de implementatie een kans van slagen te geven en de tijdsinvestering die gevraagd wordt van de overige disciplines zo klein mogelijk te houden, belangrijk dat de verzameling van diagnostische informatie tijdens het implementatie-experiment de bestaande structuur van informatieverzameling van de kliniek waar de implementatie plaatsvindt volgt. Tevens moet ernaar gestreefd worden de (eventuele) lichamelijke, de cognitieve, de emotioneel-sociale en de psychomotorische diagnostiek op elkaar af te stemmen. Daartoe dienen concrete afspraken te worden gemaakt. Deze worden besproken bij subvraag drie.

Subvraag 3: Welke afspraken moeten worden gemaakt met de klinieken waar implementatie plaatsvindt omtrent het gebruik van het construct (interviews)?

Om de implementatie van het construct in de observatiefase op een verantwoorde wijze te laten plaatsvinden, moet een aantal afspraken worden gemaakt met de klinieken waar de implementatie gaat plaatsvinden. Deze afspraken zijn gebaseerd op de in dit hoofdstuk genoemde interviews en de eerdere interviews volgend op de vragenlijsten in het veld (zie hoofdstuk acht). Het betreft de aanmelding van een kind en jeugdige; het tijdstip van het psychomotorisch onderzoek (PMO); het aantal observaties; de duur van de observatie; individuele en/of groepsobservatie; de aanwezigheid van een groepsleid(st)er bij het PMO; de wijze van verslaglegging van het psychomotorisch diagnostisch onderzoek; het informeren van het multidisciplinaire team. Voor de uitwerking van deze afspraken is uitgegaan van de voorbeeldkliniek waar de interviews van deze fase hebben plaatsgevonden. Op basis hiervan zijn de volgende conclusies getrokken:

- De aanmelding van een kind: het is belangrijk dat de beleidscoördinator/-psychiater de psychomotorisch diagnosticus (veelal de PMT-er) vroegtijdig informeert omtrent een nieuwe opname. Aan de hand van deze aanmelding kunnen met de groepsleid(st)er afspraken gemaakt worden omtrent de onderzoeksdatums en heeft de psychomotorisch diagnosticus voldoende tijd om informatie te verzamelen. Het advies is om deze aanmelding volgens een vast traject te laten verlopen. Het aanmeldingsformulier zal in ieder geval de naam van het kind, de geboortedatum, de datum van opname, een samenvatting van

de problematiek en een vraagstelling(en) voor het psychomotorisch diagnostisch onderzoek moeten bevatten. In bijlage zeven bij het PMDC (zie appendix twee) is een dergelijk aanmeldingsformulier weergegeven.

- Het tijdstip van afname van het PsychoMotorisch Onderzoek; uit de interviews in deze fase van het onderzoek komt naar voren dat de afname van de tests door de psycholoog en (ortho)pedagoog rond de vierde week na opname plaatsvindt. Om de resultaten te kunnen vergelijken met psychologische of emotioneel-sociale tests die voor opname afgenomen zijn, moet het kind voldoende gewend zijn in de leefgroep. Om het psychomotorisch onderzoek niet te laten samenvallen met de bovengenoemde tests is het advies om de afname van de checklist in de tweede week na opname plaats te laten vinden. Planning van het psychomotorisch onderzoek na het psychologisch onderzoek heeft als nadeel dat het moeilijk is tot conclusies te komen voor de eerste observatiestaf. Een voordeel van een vroege planning voor het psychomotorisch onderzoek is dat een groot aantal kinderen dan nog geen medicatie heeft, zodat er bij de observatie geen rekening gehouden hoeft te worden met eventuele (bij)werkingen van deze medicatie.
- Het aantal observaties; uit de interviews komt naar voren, dat het noodzakelijk is om een kind minstens twee maal te zien. Een eventuele derde observatie is volgens de geïnterviewde chef de clinique facultatief en afhankelijk van het verloop van de eerste observatie. In het PMDC wordt vooralsnog gekozen voor drie observatiesessies, opdat er voldoende tijd is een zodanig bewegingsaanbod te doen dat het mogelijk is de checklist geheel te kunnen scoren.
- De duur van de observatie; aan de hand van het interview met de chef de clinique is het advies om de observatie minimaal 20 en maximaal 45 minuten te laten duren. Een groepsobservatie kan zonnig langer duren.
- Individuele en/of groepsobservatie; uit voorgaande veldinterviews (zie hoofdstuk acht) blijkt dat het zinvol is om een kind zowel individueel als in de groep te zien. Op deze manier wordt een zo compleet mogelijk beeld verkregen. Uit het interview met de chef de clinique blijkt een groepsobservatie in de kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie niet haalbaar te zijn. Daarentegen is het in de psychiatrisch kliniek voor adolescenten wel mogelijk om een patiënt in de groep te zien. De uiteindelijke keuze voor individuele en/of groepsobservaties blijkt settingafhankelijk.
- Aanwezigheid van een groepsleid(st)er; uit de interviews met de psycholoog en (ortho)pedagoog komt naar voren dat er duidelijke afspraken gemaakt dienen te worden omtrent de eventuele aanwezigheid van een groepsleid(st)er. Het advies is om bij bepaalde problematiek, bijvoorbeeld angststoornissen, te besluiten om een groepsleid(st)er mee te nemen naar de ruimte. De rol van deze persoon moet duidelijk omschreven zijn. Uit het interview met de chef de clinique blijkt dat het de voorkeur verdient om deze persoon in de hoek van de PMT-ruimte te laten plaatsnemen. Op deze wijze wordt een kind zo min mogelijk afgeleid door de aanwezigheid van de groepsleid(st)er.
- De wijze van verslaglegging van het onderzoek; uit het interview met de chef de clinique komt naar voren dat het aanbeveling verdient om de verslaglegging van het psychomotorisch diagnostisch onderzoek op dezelfde wijze als het psychologisch en psycho-pedagogisch onderzoek vorm te geven. Het multidisciplinaire team is gewend aan dit stramien en weet welke informatie waar in het onderzoeksverslag te vinden is. Het stramien voor het ontwikkelde onderzoeksverslag voor de psychomotorische diagnostiek is in bijlage zes van het PMDC (zie appendix twee) weergegeven. Het kan zijn dat dit stramien niet voor alle instellingen waar implementatie plaatsvindt gebruikelijk is. In het implementatie-experiment zal moeten blijken of dit bezwaarlijk is en of de verslaglegging moet worden aangepast aan het stramien van de eigen instelling.
- Het informeren van het multidisciplinaire team; tenslotte zullen de medewerkers van het multidisciplinaire team van de klinieken waar het PMDC geïmplementeerd wordt geïnformeerd moeten worden. Het advies is om de medewerkers te informeren omtrent het theoretisch kader van het construct, de doelstellingen, de implementatie, de verslaglegging en de observatiestaf. Deze informatie kan mondeling of

schriftelijk worden verstrekt. Daar het belangrijk is dat een ieder kritiek kan leveren of vragen kan stellen, heeft een mondelinge wijze van informeren van de medewerkers de voorkeur. In veel klinieken vindt regelmatig een coördinerend overleg plaats. Iedere medewerker hoort bij dit overleg aanwezig te zijn. Dit overleg kan een goede plaats zijn om het team te informeren omtrent de implementatie van het construct. Medewerkers die niet bij dit coördinerend overleg aanwezig kunnen zijn, worden door middel van de notulen van dit coördinerend overleg geïnformeerd. Binnen elke instelling waar implementatie plaatsvindt moet bekeken worden wat de meest gezegende manier is om het multidisciplinaire team te informeren.

Subvraag 4: Hoe is de gebruikersvaliditeit van het construct te bepalen (vragenlijst)?

Om de gebruikersvaliditeit van het PMDC te bepalen dient een vragenlijst te worden ontwikkeld. De gebruikersvaliditeit moet aan de hand van beweringen, waarin de voorwaarden en doelstellingen van het PMDC centraal staan, worden bepaald. Tevens moet per bewering ruimte zijn om te vermelden, waarom men het met die betreffende bewering al dan niet eens is. Op deze wijze kan het PMDC aangepast en verbeterd worden. De vragenlijst moet volgend op het implementatie-experiment, als evaluatiemoment, bij de beleidscoördinatoren/psychiaters, psychologen, (ortho)pedagogen, leefgroepcoördinatoren en psychomotorisch therapeuten van de betrokken instellingen worden afgenomen. Een groot aantal beweringen kan alleen door de PMT-ers beoordeeld worden. Daarom dienen twee versies ontwikkeld te worden. De versie voor de beleidspsychiater, de psycholoog, de (ortho)pedagoog en de leefgroepcoördinator bestaat uit beweringen waarin de doelstellingen van het PMDC centraal staan. In de versie voor de PMT-er staan ook de voorwaarden centraal.

10.3 De opbouw van het PMDC

Op basis van alle tot nu toe in dit onderzoek verzamelde gegevens is een conceptversie van het PMDC vastgesteld. Deze conceptversie is gebruikt voor het implementatie-experiment, waarop in de volgende paragraaf wordt ingegaan. De conceptversie bestaat uit een uitgebreide handleiding, twee checklists, een bijlage waarin alle items zijn omschreven, een bijlage waarin het basisbewegingsaanbod behorende bij de checklists van het PMDC is aangegeven, een overzichtsschema waarin alle items zijn gekoppeld aan het bewegingsaanbod en aan behandelingsdoelen, het standaard onderzoeksverslag (inclusief een voorbeeldverslag) en een voorbeeld aanmeldingsformulier voor psychomotorisch onderzoek. Op alle onderdelen van het PMDC wordt hieronder kort ingegaan.

In deze conceptversie ontbreekt in het overzichtsschema de kolom met instrumenten voor progressieve diagnostiek, evenals een bijlage waarin alle instrumenten voor progressieve diagnostiek zijn omschreven, inclusief een verantwoording waarom deze instrumenten zijn gekozen tot de beste optie op dit moment. Zoals in het vorige hoofdstuk omschreven is dit deel van het PMDC parallel aan de implementatiefase met behulp van een extern deskundige nader uitgewerkt. Voor de (voorlopig) definitieve versie van het PMDC wordt verwezen naar appendix twee.

10.3.1 Handleiding

De handleiding bij het PMDC is vrij uitgebreid en omvat verschillende onderwerpen om de implementatie van het PMDC zo verantwoord mogelijk te laten verlopen. De onderwerpen zijn zo kort en bondig als mogelijk is zonder verlies van informatie omschreven. De inhoud van de handleiding is gebaseerd op het voorafgaande literatuur- en veldonderzoek. De in de handleiding omschreven onderwerpen worden hieronder kort aange-
stipt:

- Inleiding: hierin staat onder andere vermeld dat het PMDC is bedoeld om psychomotorische diagnostiek systematisch te kunnen laten verlopen, waaruit het PMDC bestaat en voor welke doelgroep het bedoeld is;

- Doel van het construct: vermeld wordt dat het PMDC bedoeld is om een bijdrage te leveren aan het algemene kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek, om handvatten te geven voor het stellen van behandelingsdoelen en om helderheid te geven voor wat betreft (contra)indicaties voor PMT en om op deze manier bij te dragen aan de kwaliteit van zorg;
- (Contra)indicaties voor psychomotorische diagnostiek volgens het PMDC: genoemd wordt dat er sprake moet zijn van een vraagstelling en dat het kind in staat moet zijn drie sessies psychomotorisch onderzoek (PMO) vol te houden;
- Referentiekader: hierbij is het model beschreven, zoals vermeld in hoofdstuk zes. Er is een kopje 'algemeen' (waarin de ICIDH-2 wordt geïntroduceerd), een kopje 'structuur/functie', een kopje 'activiteiten', een kopje 'participatie' en een kopje 'omgeving/contextuele factoren'. Ieder kopje is voorzien van drie vignetten om duidelijk te maken welke problematiek onder welke dimensie valt. Vignet één betreft een jongen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, vignet twee een meisje met anorexia nervosa en vignet drie een jongen met ADHD-problematiek;
- Wijze waarop het construct is opgebouwd: na een algemene introductie worden de verschillende onderdelen van het PMDC omschreven. Het betreft de kernchecklist en de aanvullende checklist (en de manier waarop gescoord moet worden), de omschrijvingen van de items (die zo veel als mogelijk vakspecifiek zijn gemaakt), het basisbewegingsaanbod (waarbij onder andere expliciet vermeld wordt dat bij afwijkende scores altijd meerdere arrangementen aangeboden moeten worden en de PMT-er niet alleen kijkt of het kind iets wel of niet *kan*, maar ook expressie en beleving observeert), de progressieve diagnostiek (die zo mogelijk door de PMT-er zelf wordt gedaan of wordt doorverwezen naar een specialist), de behandelingsdoelen (die in de bijlage in algemene termen zijn geformuleerd, maar in het individuele geval in voor het kind begrijpelijke taal moeten worden gespecificeerd, aansluitend bij de belevingswereld) en het overzichtsschema (dat als hulpmiddel kan dienen bij het koppelen van items van de checklist aan het basisbewegingsaanbod, instrumenten voor progressieve diagnostiek en mogelijke behandelingsdoelen);
- De rol van de psychomotorisch diagnostisch therapeut: hierbij is onder meer beschreven dat de PMT-er voorwaardenscheppend aanwezig is, wat wil zeggen dat hij het PMO zo veel als mogelijk faciliteert door de attitude adviezen (zie volgend kopje) op te volgen en rekening te houden met verstorende variabelen. Tevens wordt vermeld dat naast het scoren van de checklist kwalitatieve verslaglegging moet worden gemaakt, waarbij de PMT-er onderscheid maakt tussen ervaringen van het kind en observaties van de onderzoeker;
- Attitude adviezen: er wordt een aantal adviezen gegeven met betrekking tot attitude om het PMO zo goed mogelijk te laten verlopen. Deze adviezen zijn gebaseerd op hetgeen PMT-ers in de uitgebreide vragenlijst hebben aangegeven bij de vraag naar hoe zij omgaan met verstorende variabelen en op adviezen zoals vermeld door Oudshoorn en collega's (1995, p. 72, p.77-79);
- Individuele en groepsobservaties: idealiter bestaat het PMO uit één of twee individuele sessies en één of twee groepsessies. Indien een groepsobservatie niet mogelijk is binnen de setting waar gewerkt wordt, moeten specifieke groepsitems als 'O' gescoord worden (niet geobserveerd), of moet observatie binnen de leefgroep, bewegingsonderwijs of iets dergelijks plaatsvinden;
- Aanwezigheid van groepsleiding: vermeld wordt dat in principe bij het PMO geen groepsleiding aanwezig is, tenzij dit op grond van de problematiek noodzakelijk of wenselijk wordt geacht. Er wordt aangegeven hoe hier, in dat geval, praktisch mee om te gaan;
- Verstorende variabelen: variabelen die van invloed kunnen zijn op de scores en daarmee het beeld van het kind vertroebelen worden expliciet vermeld. Er wordt aangegeven dat dezelfde variabelen soms ook juist extra informatie kunnen geven die in de kwalitatieve verslaglegging kan worden verwerkt. De lijst verstorende variabelen is gebaseerd op literatuuronderzoek. De items die tijdens de uitgebreide vragenlijst (zie hoofdstuk acht) evenwel niet herkenbaar bleken voor PMT-ers zijn uit deze lijst verwijderd;

- Interpretatie en verslaglegging: de scores op de checklist vormen samen met 'aantekeningen in de kantlijn' de basis voor de kwalitatieve verslaglegging. Vermeld wordt dat het standaardverslag afhankelijk van de setting, indien gewenst, kan worden aangepast. De verslaglegging dient zo veel als mogelijk vakspecifiek te zijn. Observatiegegevens moeten worden vergeleken met gespreksgegevens. Aanbevolen wordt interpretaties regelmatig te checken in een breder verband (supervisie, intervisie, multidisciplinair overleg);
- Voorwaarden voor wat betreft ruimte en materiaal: onder dit kopje worden de materialen vermeld die nodig zijn om het totale basisbewegingsaanbod af te kunnen nemen. Verder wordt een ruimte aanbevolen die enigszins geluidswerend is, hoge ramen heeft (opdat er niet te veel prikkels binnenkomen) en prikkelarm gemaakt kan worden. Bij sommige kinderen (bijvoorbeeld zeer angstige of onrustige kinderen) is een kleinere ruimte aan te bevelen;
- Informereren van het multidisciplinaire team: aanbevolen wordt het multidisciplinaire team in te lichten over het theoretisch kader van het construct, de doelstellingen, de implementatie, de verslaglegging en de observatiestaf;
- Aanmeldingen voor het PMO: binnen de eigen instelling moeten afspraken worden gemaakt over de wijze van aanmelden, waarbij gebruik kan worden gemaakt van een standaard aanmeldingsformulier;
- Planning van het PMO: aanbevolen wordt drie sessies van 20 tot 45 minuten te plannen in de eerste acht weken van opname, zo mogelijk tussen de tweede en vierde week;
- Scholing van de psychomotorisch diagnostisch therapeut ten behoeve van een eenduidig gebruik van het PMDC: vermeld wordt dat het aanbeveling verdient een korte scholing te volgen in het gebruik van het PMDC. Het PMDC als geheel is (op papier) zo uitgebreid dat een individuele PMT-er de moed zou kunnen verliezen om het geheel nauwkeurig te bestuderen alvorens er mee aan de slag te gaan. Bovendien moet er de gelegenheid zijn vragen te stellen en te oefenen met collega's. In aansluiting aan de scholing wordt aanbevolen regelmatig binnen intervisiegroepen/collegiaal overleg met elkaar van gedachten te wisselen over het gebruik van het PMDC om mogelijke blinde vlekken of stokpaardjes te ontdekken.

10.3.2 Checklist

De checklist bestaat uit een voorblad, waarop algemene gegevens (naam, geslacht, geboortedatum, leeftijd, datum van opname, samenvatting van de problematiek, vraagstelling PMO, datums PMO en naam van de onderzoeker) kunnen worden ingevuld. Tevens staat hier vermeld hoe de checklist moet worden gescoord. Daarbij wordt de volgende scoringsmethode gebruikt:

- 0 *over het item kan niets worden gemeld naar aanleiding van de observatiesessies (niet geobserveerd en/of niet aan de orde gekomen tijdens het gesprek)*
- 1 *over het item is niets opvallends te melden; het kind/de jeugdige gedraagt zich 'normaal', zoals volgens de ontwikkelingsnormen te verwachten is of het kind/de jeugdige geeft geen opvallende antwoorden in het gesprek*
- 2 *het item valt op als licht-afwijkend (bijvoorbeeld lichte motorische achterstand, enigszins angstig). Het gedrag is aanwezig met een lichte tot matige intensiteit of het kind/de jeugdige geeft enigszins opvallende antwoorden in het gesprek*
- 3 *het item valt sterk op als afwijkend. Het gedrag is zeer duidelijk aanwezig met een grote intensiteit of het kind/de jeugdige geeft zeer opvallende antwoorden in het gesprek*

De checklist is onderverdeeld in een kernchecklist en een aanvullende checklist. Elke checklist is onderverdeeld in de drie dimensies en contextuele factoren. Elke dimensie is vervolgens weer onderverdeeld in de vier ontwikkelingsdomeinen. Bovendien zijn binnen elk subdomein dat op deze manier ontstaat (bijvoorbeeld Kernchecklist - dimensie van structuur/functie - lichamelijke ontwikkeling) observatie- en gespreks-

gegevens gescheiden. Dit alles om zo helder mogelijk te krijgen binnen welke dimensie en welk ontwikkelingsdomein de problemen zich hoofdzakelijk bevinden en om observatie- en gespreksgegevens te kunnen vergelijken om eventuele discrepanties daartussen te kunnen weergeven. De items zijn afkomstig van de ICIDH-2 en uit het eerdere veldonderzoek (vragenlijsten en interviews), waarbij de relevantie van de items is bepaald door het Reductiepanel en het Randpanel (zie hoofdstuk negen).

10.3.3 Omschrijving van de items

De omschrijvingen van de items volgen de opbouw van de checklists, zodat de items snel teruggevonden kunnen worden. De omschrijvingen zijn zo veel als mogelijk vakspecifiek gemaakt. Waar dat leidde tot onslachtige, onleesbare omschrijvingen zijn vakspecifieke termen weggelaten en moet door de lezer worden bedacht dat alle items betrekking hebben op lichamelijke en/of bewegingssituaties. Zo gaat het bijvoorbeeld bij het item 'kennis toepassen' om het toepassen van kennis uit eerdere bewegingssituaties in nieuwe bewegingssituaties. De omschrijvingen zijn afkomstig uit de ICIDH-2-draft (1999) en op basis van de schriftelijke rondes van het Randpanel en de discussiebijeenkomst aangepast. Items die niet voorkomen in de ICIDH-2 zijn door de onderzoeker zelf omschreven, rekening houdend met de opmerkingen van het Randpanel.

10.3.4 Basisbewegingsaanbod

Het basisbewegingsaanbod dat in bijlage drie van het PMDC (zie appendix twee) wordt genoemd kan worden aangepast aan de leeftijd en de doelgroep als dat nodig wordt geacht. Het aanbod is verdeeld over drie sessies PMO, waarbij de scheiding niet absoluut is. Indien tijdens de eerste sessie een bewegingsarrangement niet aan bod komt, terwijl dit wel belangrijk wordt geacht, kan dit in de tweede sessie worden aangeboden. Het bewegingsaanbod binnen de eerste sessie is opgebouwd van meer gestructureerde vormen naar vrijere situaties en gaat uit van een individueel contact. De tweede sessie kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden en betreft met name spelvormen naast elkaar en met elkaar. De derde sessie is gebaseerd op groepsobservatie en bevat onder andere spelvormen tegen elkaar. Ook in de tweede en derde sessie verlopen de aangeboden arrangementen van meer gestructureerd naar meer vrij. Bij elk bewegingsarrangement dat in deze bijlage vermeld staat wordt aangegeven over welke items uit de checklist het iets kan zeggen. De vragenlijst in het basisbewegingsaanbod is niet psychometrisch onderzocht, maar kan wel veel informatie opleveren. In de implementatiefase wordt de vragenlijst bekeken op gebruikersvaliditeit. Daarop kan een aanbeveling volgen voor nader onderzoek in de toekomst. Het basisbewegingsaanbod is afgeleid vanuit verschillende stappen binnen dit onderzoek:

- Bij de uitgebreide vragenlijsten werden, bij de vraag met welke instrumenten bepaalde kenmerken in het bewegen onderzocht kunnen worden, verschillende bewegingsarrangementen genoemd, die de betreffende kenmerken zichtbaar maken;
- Tijdens de interviews zijn veldinstrumenten verzameld, die kunnen aansluiten bij verschillende items in de checklists. De diverse vragenlijsten zijn omgevormd tot een basisvragenlijst, die informatie verschaft over verschillende items, die niet direct in het bewegen zichtbaar zijn (in de checklists geordend onder 'gespreksgegevens');
- Vanuit het Randpanel bleken bepaalde veldinstrumenten zeer veel informatie te verschaffen. Er werd voorgesteld deze instrumenten tot het basisbewegingsaanbod om te vormen.

Met behulp van het basisbewegingsaanbod, inclusief de basisvragenlijst, is het mogelijk alle items van de checklists te scoren.

10.3.5 Overzichtsschema

In het overzichtsschema worden vanwege de leesbaarheid per item maximaal vijf bewegingsarrangementen genoemd die iets kunnen zeggen over het betreffende item. Tevens zijn clusters van behandelingsdoelen gekoppeld aan de verschillende items. In de in deze concept-versie lege kolom moeten in de definitieve versie instrumenten worden vermeld, welke kunnen worden gebruikt voor progressieve diagnostiek, indien het be-

treffende item als afwijkend wordt gescoord en er nader onderzoek van gewenst is. Indien geen instrument voorhanden is, wordt een discipline vermeld waar naar kan worden doorverwezen. Het overzichtsschema volgt de structuur van de checklists opdat items snel terug te vinden zijn.

10.3.6 *Psychomotorisch onderzoeksverslag*

Er is een standaard onderzoeksverslag bijgevoegd, dat naast algemene gegevens (zoals hierboven omschreven bij de checklist) bestaat uit de volgende kopjes: 'conclusies vanuit eerder onderzoek' (specifieke probleemgebieden en visie op ontwikkelingsmogelijkheden en beperkingen), 'vraagstellingen en verwachtingen betreffende dit onderzoek' (vanuit eerder onderzoek, vanuit de beleidspsychiater en vanuit andere disciplines), 'diagnostiek volgens het PMDC' (waarbij van iedere sessie moet worden aangekruist welk bewegingsaanbod is gedaan, welke observaties daarbij naar voren zijn gekomen en wat op basis van die sessie als mogelijkheden en beperkingen van het kind gezien worden), 'progressieve diagnostiek' [welke instrumenten zijn gebruikt en wat waren de resultaten (*niet van toepassing tijdens de implementatiefase*)], 'conclusies vanuit dit onderzoek' (uitgesplitst naar de dimensies structuur/functie, activiteiten en participatie en de contextuele factoren), 'andersoortige observaties tijdens dit onderzoek' en 'samenvatting en integratie van de conclusies' [uitgesplitst naar samenvatting van de conclusies, beantwoording van de vraagstelling, discussiepunten, aanbevelingen voor progressieve diagnostiek, (contra)indicaties voor PMT en aanbeveling voor behandelingsdoelen]. Er is een voorbeeldverslag (casus) in appendix twee opgenomen ter illustratie.

10.3.7 *Aanmeldingsformulier voor psychomotorisch onderzoek*

Een standaard aanmeldingsformulier voor het PMO, zoals eerder omschreven, is in appendix twee opgenomen.

Het PMDC, zoals dat in deze paragraaf is beschreven, is geïmplementeerd in vier instellingen voor kinderen jeugdpsychiatrie, met als doel de gebruikersvaliditeit en praktische haalbaarheid van het construct binnen een multidisciplinair team te bepalen. Indien de resultaten van de implementatie positief zijn, kan het PMDC op basis van deze resultaten verder worden aangescherpt, voordat de -voorlopig - definitieve versie van het PMDC verder wordt verspreid voor gebruik door andere PMT-ers werkzaam binnen de kinderen jeugdpsychiatrie.

10.4 Implementatie van het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct

10.4.1 *Methode*

Gekozen is voor een kleinschalige implementatie in vier klinieken. Een grootschalige implementatie waarin uitgebreid kwantitatieve data worden verzameld past niet in deze fase van het onderzoek. Het gaat voornamelijk om het bepalen van de gebruikersvaliditeit, de praktische haalbaarheid en hoe het PMDC in het multidisciplinaire team ervaren wordt. Er is een pragmatische keuze gemaakt de implementatie alleen binnen instellingen voor kinderen jeugdpsychiatrie te laten plaatsvinden. De huidige implementatie binnen de vier instellingen is in feite een pilotonderzoek. Binnen dit pilotonderzoek moeten vergelijkbare instellingen worden onderzocht. Bij MKD's is er vaak slechts behoefte aan diagnostiek in de periode na de zomervakantie en worden in de rest van het jaar relatief weinig kinderen opgenomen. Binnen instellingen voor ambulante GGZ is er vaak sprake van minder intensief multidisciplinair overleg. In (dag)klinische settings is er een traditie van longitudinale multidisciplinaire diagnostiek en uitgebreide multidisciplinaire verslaglegging. Als vervolg op dit onderzoek kan worden onderzocht of het PMDC ook binnen andere settings bruikbaar is (zie hoofdstuk elf).

Deelnemers: Voor de implementatie van het PMDC zijn vier PMT-ers benaderd, die werkzaam zijn in een instelling voor kinderen jeugdpsychiatrie. Binnen de implementatie in het kader van dit onderzoek worden zowel klinische als dagklinische aanmeldingen onderzocht in de leeftijdsrange van drie tot achttien jaar. Er is naar gestreefd de interne validiteit van het PMDC zo hoog mogelijk te laten zijn door de implementatie te laten plaatsvinden door PMT-ers die in een overeenkomstige setting werken, in overeenkomstige ruim-

ten, met overeenkomstige materialen, die ongeveer dezelfde arrangementen aanbieden en allen dezelfde instructie hebben ontvangen. Twee van de instellingen waar het PMDC is geïmplementeerd bevinden zich in de Randstad en twee in het noorden van het land. Drie van de vier betrokken PMT-ers hebben niet in eerdere fasen aan het onderzoek meegewerkt. De vierde PMT-er heeft meegewerkt aan de interviews, maar niet in de fasen die daarop volgden. Hiermee werd voorkomen dat de PMT-ers hun eigen product moesten beoordelen.

Instrumenten: Om de werkwijze van het PMDC zelf te ervaren en te kunnen beoordelen is de PMT-ers gevraagd een aantal PsychoMotorische Onderzoeken (PMO's) te doen op basis van het PMDC (A). Hun ervaringen hiermee en die van het multidisciplinaire team zijn vervolgens geëvalueerd door middel van twee vragenlijsten (B en C), waarbij stellingen moesten worden gescoord op een vijfpuntsschaal, die liep van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal niet mee eens'. Bij elke stelling werd de ruimte geboden om een reden voor de score aan te geven. Tenslotte is na een aantal maanden onaangekondigd nagegaan of het PMDC door de betreffende PMT-ers nog werd gebruikt (D).

A. Iedere PMT-er is gevraagd ernaar te streven binnen zeventien weken tien PMO's volgens het PMDC uit te voeren, waarvan vijf bij kinderen (0-12 jaar) en vijf bij jeugdigen (12-18 jaar). Halverwege het traject zou de onderzoeker contact opnemen met eenieder om na te gaan of dit haalbaar was of dat het nodig was de tijdspanne of de verdeling van kinderen en jeugdigen over de meewerkende PMT-ers veranderen. Op deze manier zouden 40 PMO's volgens het PMDC uitgevoerd worden, wat de kans verkleint dat individuele casuïstiek een te grote rol gaat spelen in de evaluatie van de implementatie en het PMDC. De PMT-ers is verzocht na afronding van de PMO's de vragenlijsten voor het team door minimaal drie teamleden van verschillende disciplines (psychiater, psycholoog/pedagoog, leefgroepwerkers, ouderbegeleider/systeemtherapeut) te laten invullen en naar de onderzoeker te retourneren. Het is van belang dat deze disciplines voldoende informatie uit de verslaglegging kunnen halen om tot een daadwerkelijke meerwaarde van het gebruik van het PMDC binnen het multidisciplinaire team te kunnen spreken. Daarnaast moesten de PMT-ers zelf een uitgebreide vragenlijst invullen en zijn zij verzocht opmerkingen betreffende teksten, lay-out, onduidelijkheden, enzovoorts aan de onderzoeker door te geven. Naast de vragenlijsten is de PMT-ers gevraagd de geanonimiseerde verslagleggingen (waarop wel leeftijd, samenvatting van de problematiek en vraagstelling voor het PMO zijn vermeld) tezamen met de gescoorde checklists op te sturen.

B. De vragenlijst voor de PMT-ers bestond uit de volgende stellingen:

- Het PMDC geeft ruimte voor de eigen manier van werken;
- Het PMDC biedt een kader voor systematische psychomotorische diagnostiek;
- Het PMDC geeft binnen een acceptabele tijdsinvestering veel informatie omtrent de psychomotoriek;
- Het PMDC vergemakkelijkt het stellen van indicaties dan wel contraïndicaties voor PMT;
- Het PMDC vergemakkelijkt het stellen van behandelingsdoelen voor PMT;
- Het PMDC geeft voldoende informatie omtrent de diverse deelaspecten van de psychomotoriek;
- Het PMDC geeft voldoende informatie omtrent het totaalbeeld van de psychomotoriek;
- De handleiding van het PMDC is als geheel duidelijk en overzichtelijk;
- De inleiding is duidelijk;
- Het doel van het construct is duidelijk;
- De (contra)indicaties zijn duidelijk;
- Het referentiekader is helder;
- De wijze waarop het PMDC is opgebouwd wordt goed uitgelegd;
- De checklists zijn duidelijk;
- De checklists zijn overzichtelijk;
- De omschrijvingen van de items geven voldoende houvast;
- De items uit de checklist vullen elkaar aan (overlappen niet);

- De checklist kan ook achteraf (na iedere sessie) worden ingevuld;
- Het basisbewegingsaanbod is duidelijk omschreven;
- De wijze van hanteren van het basisbewegingsaanbod is duidelijk omschreven;
- De progressieve diagnostiek is duidelijk omschreven;
- De clusters van behandelingsdoelen zijn helder;
- Het overzichtsschema geeft voldoende houvast;
- Het overzichtsschema is overzichtelijk;
- De rol van de PMT-er is voldoende omschreven;
- De attitudeadviezen zijn helder;
- De attitudeadviezen zijn navolgbaar;
- De keuze tussen individuele en groepsobservaties is helder omschreven;
- De eventuele aanwezigheid van groepsleiding is helder omschreven;
- De versturende variabelen zijn duidelijk;
- Het is duidelijk hoe met de versturende variabelen om te gaan;
- De adviezen rond interpretatie en verslaglegging zijn voldoende duidelijk;
- Het standaard onderzoeksverslag geeft voldoende houvast;
- De voorwaarden voor wat betreft ruimte en materiaal zijn kloppend;
- De voorwaarden voor wat betreft ruimte en materiaal zijn volledig;
- Hoe het multidisciplinaire team geïnformeerd dient te worden is duidelijk;
- Het informeren van het multidisciplinaire team zoals omschreven is uitvoerbaar;
- Hoe aanmeldingen voor het PMO geregeld kunnen worden is duidelijk;
- Het regelen van aanmeldingen zoals omschreven is uitvoerbaar;
- De planning van het PMO is duidelijk;
- De planning van het PMO is haalbaar;
- De aanbeveling voor scholing is duidelijk;
- Scholing voor het gebruik van het PMDC is noodzakelijk;
- In het PMDC worden naast de beperkingen de mogelijkheden van het kind voldoende belicht;
- Het PMDC geeft voldoende ruimte andersoortige informatie te vermelden;
- Het PMDC als geheel ziet er overzichtelijk uit;
- Het PMDC is praktisch in gebruik;
- Het PMDC is flexibel in het gebruik.

Vervolgens is een aantal open vragen gesteld, waarin de betrokken PMT-ers is gevraagd of er bepaalde arrangementen zijn die zij bij bepaalde kinderen per se wel of per se niet zouden doen, of er randvoorwaarden voor wat betreft de soort setting en de kwalificaties van de therapeut genoemd zouden moeten worden, hoe zij de implementatie van het PMDC hebben ervaren en tenslotte of er nog aanvullende opmerkingen zijn.

- C. De vragenlijst voor het multidisciplinaire team bestond uit de volgende stellingen:
- Het PMDC levert een duidelijke bijdrage aan de algemene diagnostiek in de observatiefase;
 - Het PMDC heeft een meerwaarde naast de cognitieve diagnostiek;
 - Het PMDC heeft een meerwaarde naast de emotioneel-sociale diagnostiek;
 - Het PMDC heeft een meerwaarde naast de observaties uit de leefgroep;
 - het PMDC leidt tot duidelijke indicaties dan wel contraïndicaties voor PMT;
 - De indicaties dan wel contraïndicaties voor PMT zijn met het PMDC beter gefundeerd dan voor de introductie van het PMDC;
 - Het PMDC leidt tot duidelijke behandelingsdoelen;
 - Psychomotorische diagnostiek volgens het PMDC kan, aan de hand van de verslaglegging, op efficiënte wijze worden ingevoegd in het multidisciplinaire stafoverleg in de observatiefase;

- De introductie van het PMDC in de observatiefase betekent een acceptabele taakverzwaring voor het multidisciplinaire team.

Tenslotte is de open vraag gesteld hoe de betrokkene de introductie van het PMDC en de bijdrage aan de diagnostiek vanuit PMT heeft ervaren.

- D. Driekwart jaar na de afronding van het implementatietraject is een korte vragenlijst verstuurd naar de betrokken PMT-ers met de vraag of zij het PMDC nog gebruikten (waarom wel/niet). Indien dit bevestigend werd beantwoord was de volgende vraag of zij het PMDC nog zo strikt hanteerden als tijdens het implementatietraject of dat zij zelf dingen hadden aangepast (zo ja, wat dan en waarom?). Als laatste is gevraagd of zij het PMDC (weer) zouden gaan gebruiken zodra de definitieve versie er is. De PMT-ers waren er van tevoren niet van op de hoogte dat zij geruime tijd na de implementatie deze vragen konden verwachten. Het doel hiervan was na te gaan of de meerwaarde van het PMDC voor de betrokken PMT-ers groot genoeg was om er mee door te gaan ook na het onderzoekstraject.

Procedure: De vier PMT-ers die hebben meegewerkt aan de implementatie hebben gedurende een dagdeel instructie ontvangen. Tijdens deze bijeenkomst zijn de handleiding en bijlagen van het PMDC doorgesproken en bestond de mogelijkheid vragen te stellen. Benadrukt is dat deze PMT-ers meewerkten aan de implementatie van een nieuw diagnostisch construct en dat het een conceptversie betrof. Er is uitdrukkelijk verzocht deze conceptversie niet te verspreiden onder collega's en vakgenoten om te voorkomen dat er verschillende versies in het veld terecht komen. De PMT-ers is gevraagd zelf de introductie van het PMDC in het multidisciplinaire team te doen en te zorgen voor voldoende aanmeldingen. Op deze manier zou duidelijk worden of dit in een later stadium voor PMT-ers na een korte scholing in het gebruik van het PMDC mogelijk is.

Analyse: De vragenlijsten zijn kwalitatief geanalyseerd. Waar dat zinvol was zijn kwantitatieve gegevens in de vorm van frequenties vermeld. Op basis van deze geanonimiseerde verslagleggingen van de PMO's bestond voor de onderzoeker de mogelijkheid controle uit te oefenen op het aantal kinderen dat geobserveerd werd en kon er tijdens het implementatietraject indien nodig worden bijgestuurd. Daarnaast boden de verslagen in combinatie met de scores op de checklist mogelijkheden voor een analyse op de volgende twee punten:

- Zijn de kwantitatieve scores op de checklists voldoende terug te lezen in de verslagen of zijn de verslagen overwegend gebaseerd op kwalitatieve observaties en eigen interpretaties?
- Zijn er grote verschillen in verslaglegging terug te vinden tussen de betrokken PMT-ers of geeft het PMDC voldoende houvast voor een eenduidige verslaglegging?

Ten behoeve van de eerste subvraag is de helft van het aantal verslagen geanalyseerd uitgaande van het kwalitatieve verslag. Onderzocht is of als afwijkend benoemde items terug te vinden zijn in de scores van de checklist. De andere helft van de verslagen is uitgaande van de scores op de checklist geanalyseerd: zijn de afwijkende scores terug te vinden in de kwalitatieve verslaglegging?

Voor de tweede subvraag zijn de verslagen van de vier betrokken PMT-ers naast elkaar gelegd. Er is onderzocht of de verslagen van de vier PMT-ers onderling veel verschillen vertoonden. Tevens is gekeken of de verschillende verslagen van eenzelfde PMT-er bij de diverse PMO's verschillen vertoonden in opzet, uitgebreidheid en ordening van gegevens onder de verschillende voorgeschreven kopjes.

10.4.2 Resultaten

Het voorgenomen tijdstraject bleek te ambitieus: Het aantal aanmeldingen voor PMO verschilden per instelling en per periode, waardoor geen van de PMT-ers binnen de gestelde tijdspanne voldoende observaties kon doen. Daarnaast bleek het inwerken en het zich eigen maken van het PMDC meer tijd te kosten dan verwacht. Met name de eerste observaties waren daardoor zeer tijdsintensief: de PMT-ers moesten terugkijken in de documentatie welk bewegingsaanbod moest worden gedaan, over welke items dat iets zei, hoe dat moest worden gescoord en hoe de scores en waarnemingen dienden te worden omgezet in verslaglegging. Tijdens de uitloop van het experiment in de zomermaanden kwam het een aantal keren voor dat

kinderen onverwacht uit de instelling vertrokken, waardoor een reeds gestart PMO niet kon worden afge-
maakt. Het implementatietraject heeft uiteindelijk twee maal zo lang geduurd dan was voorgenomen.
Bij afronding van het implementatietraject waren 23 kinderen en 18 jeugdigen gezien. De verdeling van
kinderen en jeugdigen over de PMT-ers was als volgt:

PMT-er	Aantal kinderen	Aantal jeugdigen
W	3	8
X	5	5
Y	7	3
Z	8	2

Figuur 18. Verdeling van kinderen en jeugdigen over de PMT-ers tijdens het implementatie-project

Het bleek in de praktijk lastiger het gevraagde aantal jeugdigen binnen de gestelde tijdstermijn te obser-
veren dan het aantal kinderen. Dit was vooral het gevolg van het feit dat de jeugdigen over het algemeen
korter in de instellingen verbleven dan de kinderen, waardoor het moeilijker was een PMO te plannen en af
te ronden. Eén PMT-er is verzocht meer jeugdigen te onderzoeken dan kinderen om te zorgen dat er vol-
doende jeugdigen in de onderzoeksgroep werden opgenomen. Binnen de instelling van deze PMT-er was dit
goed mogelijk.

A. De scores op de checklists en de verslaglegging door de betrokken PMT-ers

In het algemeen kan gesteld worden dat er grote verschillen zijn in hoeverre de checklist gescoord is.
Daarbij verschillen niet alleen de PMT-ers onderling van elkaar. Verschillende sessies van dezelfde PMT-
er verschillen eveneens. De neiging lijkt te bestaan de aanvullende checklist achterwege te laten bij tijd-
gebrek en als een item niet geobserveerd is geen 0 te scoren, maar niet te scoren. Alle PMT-ers maken
opmerkingen in de kantlijn, maar wel in sterk wisselende mate. De opmerkingen in de kantlijn zijn vaak ter-
rug te lezen in de verslaglegging en lijken te helpen duidelijk te houden waarom op een bepaalde manier
gescoord is en welke kwaliteit de score had.

De eerste subvraag (*"Zijn de kwantitatieve scores op de checklists voldoende terug te lezen in de
verslagen of zijn de verslagen overwegend gebaseerd op kwalitatieve observaties en eigen interpreta-
ties?"*) is positief te beantwoorden. Over het algemeen kan gesteld worden dat items die in het verslag als
afwijkend worden beschreven, ook als zodanig zijn gescoord in de checklist. Tevens zijn afwijkende scores
in de checklist over het algemeen goed terug te lezen in het verslag. Daarbij moet wel worden opgemerkt
dat indien er veel items als afwijkend worden gescoord, de PMT-er vaak niet al deze items weergeeft,
maar zelf een selectie maakt. De meest opvallende items worden dan weergegeven. Items die eveneens
afwijkend zijn maar in mindere mate zijn niet altijd terug te vinden in het verslag. Enerzijds kan dit ten
dienste zijn van de leesbaarheid van het verslag, anderzijds is er kans op vertekening van het beeld door
de selectie van de PMT-er.

Op de tweede subvraag (*"Zijn er grote verschillen in verslaglegging terug te vinden tussen de be-
trokken PMT-ers of geeft het PMDC voldoende houvast voor een eenduidige verslaglegging?"*) is geen een-
duidig antwoord mogelijk. Alle verslagen volgen in grote lijnen de richtlijnen zoals deze in het PMDC gege-
ven zijn. Dit is prettig voor de lezer, aangezien er herkenbaarheid is door de vaste volgorde van de kopjes.
Opvallend was dat het kopje *b 'vraagstellingen en verwachtingen betreffende dit onderzoek vanuit de be-
leidspsychiater'* in verreweg de meeste gevallen is ingevuld en slechts een enkele keer is verwezen naar de
'vraagstelling PMO' die bij de algemene gegevens in het verslag moet worden ingevuld. In vrijwel alle ver-
slagen is bij deze twee kopjes dezelfde vraagstelling ingevuld. Het kopje *'discussiepunten'* is één keer inge-

vuld en betrof een aanbeveling tot verlengde observatie. Het kopje *'andersoortige observaties tijdens dit onderzoek'* is slechts enkele keren ingevuld. In deze gevallen betrof het een kind dat eveneens tijdens groepstherapie gezien werd en daar een ander beeld vertoonde, dan wel dat binnen deze groep andersoortige observaties waren gedaan dan tijdens de diagnostiek sessies.

Twee PMT-ers hebben de standaardverslaglegging strikt gehanteerd. De lay-out is door hen gehandhaafd en alle kopjes zijn in het verslag opgenomen gebleven. De kopjes die niet van toepassing waren zijn als dusdanig vermeld ('n.v.t.'). Het bewegingsaanbod per sessie is volledig weergegeven, zoals in het standaardverslag, waarbij de gebruikte arrangementen zijn aangekruist. De verslagen zijn daarmee consistent en het is gemakkelijk bepaalde informatie terug te vinden. Eén PMT-er heeft een aantal verslagen gemaakt volgens het standaardconcept en een aantal verslagen waarin in grote lijnen het concept wordt gevolgd, maar aanpassingen zijn gemaakt. Deze aanpassingen betreffen het al dan niet vermelden van de leeftijd van het kind, de samenvatting van de problematiek en het geslacht van het kind en het weglaten van de kopjes progressieve diagnostiek, beantwoording van de vraagstelling, discussiepunten en aanbeveling voor progressieve diagnostiek. Ook wordt de aanbeveling voor behandelingsdoelen een aantal keren onder (contra)indicatie vermeld. In deze gevallen is het cluster van waaruit de behandelingsdoelen zijn gedestilleerd niet expliciet vermeld. Tevens is de lay-out per verslag wisselend. De vierde PMT-er heeft het conceptverslag vrij consequent aangepast. Dat wil zeggen dat alle verslagen van deze PMT-er, op één na, dezelfde lay-out volgen, maar niet gelijk zijn aan het conceptverslag. De letters voor de kopjes in het standaardverslag zijn weggelaten, waardoor vergelijking met de andere verslagen moeilijker is (ook in geval van overdrachtssituaties tussen verschillende PMT-ers en/of instellingen). Tevens is een aantal kopjes consequent weggelaten. Het betreft de kopjes *'conclusies vanuit eerder onderzoek'* (met de subkopjes specifieke probleemgebieden en visie op ontwikkelingsmogelijkheden en beperkingen), *'vraagstellingen en verwachtingen betreffende dit onderzoek'* (vanuit eerder onderzoek, vanuit de beleidspsychiater en vanuit andere disciplines), *'progressieve diagnostiek'* (gebruikte instrumenten en resultaten), *'andersoortige observaties tijdens dit onderzoek'*, *'discussiepunten'* en *'aanbeveling voor progressieve psychomotorische diagnostiek'*. Bovendien formuleerde deze PMT-er als enige de behandelingsdoelen niet volgens de clusters.

Samenvattend kan gesteld worden dat hoewel in grote lijnen voldaan wordt aan de richtlijnen, zoals gegeven binnen het PMDC, er grote verschillen zijn in de leesbaarheid van de verslagen. Sommige verslagen zijn erg lang en roepen de neiging op alleen de conclusies te lezen. Bij het kopje 'resultaten' per sessie wordt in deze gevallen zeer uitgebreid weergegeven wat er gezegd en gedaan is. In deze gevallen lijken drie complete sessieverslagen opgenomen in het PsychoMotorisch Onderzoeksverslag. Daarnaast blijkt het niet voor iedere PMT-er in alle gevallen duidelijk wat onder welk kopje moet, waardoor er binnen het verslag veel herhalingen (kunnen) optreden. De kopjes 'resultaten', 'mogelijkheden' en 'beperkingen' per sessie lopen in verschillende verslagen door elkaar heen. Onder het kopje 'conclusies' vanuit dit onderzoek worden door de vier PMT-ers de scores op de checklist benoemd. Door één PMT-er wordt dit heel letterlijk gedaan. Door de overige drie PMT-ers wordt dit meer beschrijvend gedaan met enige toelichting. Deze toelichting is dan in de checklists veelal terug te lezen als opmerking in de kantlijn, welke soms een beschrijving van het gescoorde en soms een interpretatie van het waargenome inhoudt.

In ongeveer de helft van de in het kader van dit onderzoek uitgevoerde psychomotorische onderzoeken was de vraagstelling algehele diagnostiek. In de andere gevallen was er sprake van een specifieke vraagstelling. In veel gevallen werd bij 'vraagstelling vanuit de beleidspsychiater' hetzelfde vermeld als bij de inleidende gegevens van het verslag achter 'Vraagstelling PMO'. In sommige gevallen werd deze vraagstelling PMO nader uitgewerkt onder het kopje 'vanuit de beleidspsychiater'. In het geval van een specifieke vraagstelling werd deze door de betrokken PMT-ers aan het eind van de verslaglegging voor zover mogelijk beantwoord. In de verslagen is een aantal malen terug te lezen dat er verschil is waargenomen tussen wat er gezegd wordt door het kind en wat er door de PMT-er is geobserveerd. Slechts een enkele keer wordt expliciet in het verslag melding gemaakt van versturende variabelen. Ook het bij het kind navragen of het de problematiek/de observaties van de PMT-er herkent, wordt zelden vermeld. Rond het kopje

'aanbeveling behandelingsdoelen' valt op dat twee PMT-ers de relevante clusters noemen met *alle* daarin geformuleerde doelen. Eén PMT-er noemt de clusters met daarbij alleen die doelen uit het betreffende cluster die voor dat individuele kind van toepassing zijn en één PMT-er noemt geen clusters, maar formuleert eigen doelen.

B. Vragenlijst Psychomotorisch Therapeuten

De vragenlijsten voor de PMT-ers zijn gescoord op een vijfpuntsschaal. Tevens werd naar de reden voor de betreffende score gevraagd. Daarnaast was er ruimte voor aanvullende opmerkingen. De vier bij de evaluatie betrokken PMT-ers hebben de lijsten volledig en uitgebreid ingevuld.

Over het algemeen kan gesteld worden dat het werken met het PMDC positief is ervaren. Dit blijkt zowel uit de scores op de vijfpuntsschaal als uit de aanvullende opmerkingen. In 88,5 procent van de gevallen scoorden de PMT-ers in de kolommen 'helemaal mee eens' en 'mee eens', wat een positieve waardering van het PMDC betekent. In 10,5 procent werd 'niet mee eens, maar ook niet mee oneens' gescoord en slechts in één procent van de gevallen werd 'niet mee eens' gescoord. 'Helemaal niet mee eens' is in geen van de gevallen gescoord. Met name positief bevonden werd dat de checklist zorgt voor een duidelijke ordening en dat op deze manier inzichtelijk wordt waar de PMT-er naar moet kijken tijdens een psychomotorisch onderzoek. Eén van de PMT-ers ervoer het als een 'trechter': van algemeen naar steeds specifieker. Ook positief was dat de patiëntgebonden tijdsinvestering meeviel: zodra het construct bekend is, kost het niet meer tijd dan de eigen manier van werken waar men aan gewend was. Diagnostiek volgens het PMDC geeft volgens de PMT-ers duidelijker aan of er sprake is van een (contra)indicatie voor PMT. Het PMDC geeft door middel van de checklist voldoende informatie over de diverse deelaspecten van de psychomotoriek en de in de verslaglegging gevraagde samenvattingen zorgen voor een totaalbeeld. De handleiding wordt als duidelijk en overzichtelijk ervaren, al is het veel en is een mondelinge toelichting handig. Daaraan gekoppeld stellen de PMT-ers dat een workshop/scholing in het gebruik van het PMDC houvast zou geven, aangezien het in het begin gecompliceerd en veel is. Zonder scholing is het evenwel haalbaar, maar kost meer tijd en vraagt motivatie. Het wennen aan de checklists en de hoeveelheid informatie die gevraagd wordt ging snel. De checklists zijn goed achteraf (na de sessie met het kind) in te vullen. Wel bevelen de PMT-ers aan de checklists zo snel als mogelijk na de sessie in te vullen om de kans op vergeten zo klein mogelijk te maken (*N.B. Dit was al in de handleiding aangegeven*). Het basisbewegingsaanbod wordt als een prettig houvast ervaren. Er is voldoende ruimte verschillende activiteiten te kiezen met hetzelfde observatiedoel. Ook als kinderen niet in een groep gezien worden kunnen vrijwel alle items aan bod komen. Het toegevoegde overzichtsschema wordt door drie PMT-ers handig gevonden, de vierde heeft het nauwelijks gebruikt. Het standaardonderzoeksverslag geeft houvast. Met name de kopjes 'mogelijkheden' en 'beperkingen' worden prettig gevonden. Wel wordt ook hier aangegeven dat direct na de sessie invullen het meest efficiënt is en de minste kans geeft tot vertekening of vergeten. Positief werd gevonden dat het mogelijk is binnen de gegeven kaders een eigen weg te volgen.

Uit deze vragenlijst kwamen naast positieve ervaringen een aantal aandachtspunten en punten ter verbetering van het PMDC naar voren. Het wordt essentieel gevonden dat een kind minimaal één keer individueel gezien kan worden. Ook wordt aanbevolen vier of vijf sessies in te plannen om het volledige bewegingsaanbod te kunnen doen en alle items te kunnen scoren. De niet-patiëntgebonden tijdsinvestering is volgens de PMT-ers groot. Het werken met een nieuw referentiekader vraagt tijd en een aantal keren goed doorlezen van de beschrijving in de handleiding. Een specifieke vraagstelling voor het PMO, zoals in de handleiding vermeld staat, is er niet altijd. Er wordt door de verwijzer vaak gevraagd naar een geheel beeld. Bij de checklists zou meer ruimte moeten zijn om opmerkingen in de kantlijn te plaatsen. Met name als er niet direct tijd is na een sessie om kwalitatieve gegevens in een verslag vast te leggen is dit belangrijk. De checklists zouden winnen aan overzichtelijkheid als de aanvullende checklist niet los van de kernchecklist zou worden gepresenteerd, maar er in geïntegreerd zou zijn. De omschrijvingen van de items worden door twee PMT-ers duidelijk gevonden, door de andere twee wordt aangegeven dat er onvoldoende

tijd is geweest zich alle omschrijvingen eigen te maken en dat de omschrijvingen ook niet allemaal even duidelijk zijn. Hoewel de vrijheid die het basisbewegingsaanbod geeft in het aanbieden van de arrangementen en het formuleren van de vragen bij de vragenlijst enerzijds prettig wordt gevonden, wordt anderzijds genoemd dat het daardoor subjectgevoelig is en het risico bestaat in oude fouten of gewoonten te vervallen. Indien er sprake is van drie sessies is niet het hele bewegingsaanbod haalbaar: de PMT-er moet dan zelf keuzen maken, waardoor het subjectiever wordt.

De clusters van behandelingsdoelen worden als algemeen ervaren, waarbij er volgens één PMT-er enige overlapping tussen de clusters bestaat. Concrete werkpunten moeten alsnog zelf worden geformuleerd. (*N.B. In de handleiding bij het PMDC staat vermeld dat de behandelingsdoelen in algemene termen zijn geformuleerd, maar in het individuele geval in voor het kind begrijpelijke taal moeten worden gespecificeerd, aansluitend bij de beleavingswereld*). Een negatief aspect van de standaardverslaglegging is dat deze is ingericht op exact drie observatiesessies. Dit geeft problemen als de PMT-er ervoor kiest het kind vaker te zien. Het aankruisen van het bewegingsaanbod binnen het verslag wordt niet door iedere PMT-er zinvol gevonden. Zowel de sessies beschrijven als conclusies binnen de verschillende dimensies ervaart één van de PMT-ers als dubbelop. De verslaglegging kost veel tijd en zou volgens deze PMT-er kunnen worden ingekort. Het informeren van het volledige multidisciplinaire team is wegens tijdgebrek niet altijd mogelijk. Bovendien is niet iedereen er even geïnteresseerd in. De planning van het PMO blijkt lastig. Het is niet altijd mogelijk een kind snel na opname drie maal te zien. Bij kortdurende opnamen is dit soms niet rond te krijgen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de implementatie van het PMDC door de betrokken PMT-ers als leerzaam en inspirerend is ervaren. Het PMDC wordt een prettig instrument gevonden en geeft veel houvast. Doordat het PMDC anders geordend is dan de meeste PMT-ers gewend zijn, kost het in het begin veel tijd. Met name de verslaglegging vraagt in dat opzicht aandacht. Het gebruik van het PMDC draagt bij aan gerichtere en specifiekere observatieverslagen. De combinatie van groeps- en individuele observatiemomenten wordt als meerwaarde gezien. Bovendien draagt het PMDC bij aan verduidelijking van het beeld dat een multidisciplinair team heeft van PMT en aan gerichtere observatievragen van verwijzers.

C. Vragenlijst Multidisciplinaire Team

De vragenlijsten voor het multidisciplinaire team zijn, evenals die voor de PMT-ers, gescoord op een vijfpuntsschaal. Ook bij deze vragenlijsten werd naar de reden voor de betreffende score gevraagd. Tevens was er ruimte voor aanvullende opmerkingen. Er zijn 27 ingevulde vragenlijsten ontvangen van de multidisciplinaire teams van de vier betrokken instellingen. Zeven hiervan waren afkomstig van psychiaters, zes van psychologen/pedagogen, vier van groepscoördinatoren, zeven van ouderbegeleiders/gezins-/systeemherapeuten en vijf van overige disciplines (leerkrachten, activiteitenbegeleiders en andere vaktherapeuten). Er is in eerste instantie voor gekozen de vijf clusters apart te analyseren om te onderzoeken of er wezenlijk verschil bestond tussen hoe de diverse disciplines de introductie van het PMDC hebben ervaren.

Over het algemeen kan gesteld worden dat de implementatie van het PMDC positief is ervaren. Dit blijkt zowel uit de scores op de vijfpuntsschaal als uit de aanvullende opmerkingen. Uit de totaalscores blijkt dat ruim driekwart van de scores in de kolommen 'mee eens' en 'helemaal mee eens' vallen, wat betekent dat het PMDC voldoet aan de gestelde doelen, zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven. Bijna twintig procent van de scores valt in de kolom 'niet mee eens', maar ook niet mee oneens' en slechts vijf procent van de scores valt in de kolom 'niet mee eens'. De kolom 'helemaal niet mee eens' werd niet gescoord. De scores van de subgroepen vertoonden enige nuanceverschillen, waaraan vanwege de kleine aantallen respondenten geen conclusies kunnen worden verbonden. In grote lijnen kan wel gesteld worden dat de scores aangeven dat de psychologen/pedagogen de implementatie van het PMDC het meest positief hebben beoordeeld. Bijna negentig procent van de scores viel in de kolommen 'mee eens' en 'helemaal mee eens'. De kolom 'niet mee eens' werd niet gescoord. De psychiaters toonden zich het meest kritisch door in negen procent van de gevallen 'niet mee eens' te scoren. In bijna driekwart van de gevallen scoorden zij evenwel

'mee eens' of 'helemaal mee eens'. De ouderbegeleiders/gezins-/systeemtherapeuten scoorden kritisch in acht procent van de gevallen. Zij scoorden eveneens echter in driekwart van de gevallen 'mee eens' of 'helemaal mee eens'. De groepscoördinatoren scoorden relatief vaak 'niet mee eens, maar ook niet mee oneens': bijna dertig procent. In de overige gevallen scoorden zij 'mee eens' of 'helemaal mee eens'. De overige disciplines scoorden in een kwart van de gevallen 'niet mee eens, maar ook niet mee oneens'. Voor zeven-tig procent waren zij het met de stellingen eens.

Vanuit de opmerkingen die bij deze vragenlijsten gemaakt zijn, komen eveneens slechts nuanceverschillen tussen de disciplines naar voren. Er lijkt met name een verschil te bestaan in het al dan niet gewend zijn aan het lezen van uitgebreide verslagen en de mate waarin belang wordt gehecht aan gestandaardiseerde observatie en verslaglegging. Over het algemeen kan gesteld worden dat het als positief wordt ervaren dat het PMDC uitgebreid is en aspecten omvat die niet in observaties van andere disciplines worden omschreven. Door verschillende respondenten wordt aangegeven dat het prettig is dat door middel van de verslaglegging het proces tijdens de observatiesessies te volgen is, wat veel informatie geeft. Ook het inzicht in wat de therapeut en patiënt gedaan hebben tijdens de sessies draagt hieraan bij. Het PMDC als geheel wordt als grondig en uitgebreid ervaren. Met name het expliciteren van mogelijkheden en beperkingen wordt als een meerwaarde gezien. Een belangrijk bij-effect (dat een aantal keren wordt genoemd) is dat PMT inzichtelijker is geworden door de implementatie van het PMDC. Het is duidelijker geworden wat de PMT-er doet in de zaal en waarom. Daarmee draagt het PMDC bij aan de profilering van het vak. Het observeren van een kind vanuit een andere invalshoek, zowel individueel als in een groep, wordt als een meerwaarde ervaren. Over het algemeen wordt gesteld dat het gebruik van het PMDC, mede door de vorm van de rapportage, leidt tot duidelijke (contra)indicaties voor PMT. Door het expliciet in kaart brengen van de mogelijkheden en beperkingen worden de (contra)indicaties inzichtelijker en beter onderbouwd. Voor wat betreft het stellen van behandelingsdoelen is de mening dat er specifiekere gekeken wordt en dat de grondigheid van het PMDC in combinatie met de voorgeschreven verslaglegging dwingt tot het stellen van doordachte doelen. Het PMDC filtert het probleemgebied goed uit. Een positief punt van de uitgebreide verslaglegging is dat het als een goede methode wordt ervaren om als PMT-er een duidelijke(r) plek in te nemen in de observatie en behandeling. De methodische opzet draagt bij aan een betere efficiëntie. Het verslag geeft een duidelijk beeld van de patiënt. Door de uitgebreide verslaglegging hoeft er mondeling niet veel meer te worden toegelicht en is er formeel gezien meer vastgelegd. De introductie van het PMDC wordt door de meeste respondenten niet als taakverzwaring ervaren. Als het haalbaar is binnen de bestaande formatie wordt een structurele invoering van het PMDC zeker de moeite waard geacht.

Uit de vragenlijsten kwam naast de positieve ervaringen een aantal punten naar voren dat aandacht behoeft voor het vaststellen van de - voorlopig - definitieve versie van het PMDC. Zo wordt genoemd dat de hoeveelheid informatie soms ten koste gaat van de duidelijkheid. Door sommige respondenten wordt het PMDC te gedetailleerd gevonden. Het PMDC heeft met name een meerwaarde als het in combinatie met de overige observaties en tests wordt gezien. Tezamen leidt dit tot een duidelijk beeld van het kind. Veel hangt ook af van de kennis en ervaring van de PMT-er die het onderzoek uitvoert. Sommige respondenten stellen dat ervaring nodig is voor het goed kunnen interpreteren van de gegevens. Andere respondenten stellen dat het PMDC vooral bruikbaar is voor beginnende PMT-ers en dat de meer ervaren PMT-ers op hun eigen manier even goed indicaties kunnen stellen en tot behandelingsdoelen kunnen komen. Het mondeling toelichten van een eigen, meer beschrijvend, verslag levert dan evenveel informatie als het uitgebreide PMDC-verslag. Met betrekking tot de behandelingsdoelen wordt door één respondent de vraag gesteld of de behandelingsdoelen die vanuit het PMDC naar voren komen ook wel de behandelingsdoelen van de patiënt zelf zijn. De leesbaarheid van het verslag is niet optimaal en lijkt veel herhaling in zich te dragen. De vele kopjes maken het enigszins onoverzichtelijk. Kopjes die niet van toepassing zijn zouden kunnen worden weggelaten. Door één respondent wordt aangegeven dat wat een collega te vertellen heeft interessanter is dan het verslag op basis van het PMDC.

Samenvattend kan gesteld worden dat het PMDC als een waardevolle, professionele toevoeging aan het totaalpakket van de diagnostiek gezien wordt. Het schept inzicht in de werkwijze van de PMT-er en de manier waarop conclusies en aanbevelingen tot stand komen. Met name de uitwerking van mogelijkheden en beperkingen wordt als positief ervaren. Het PMDC geeft een rijker en completer beeld van PMT met goede aanknopingspunten voor behandeling. Het biedt veel informatie en dwingt tot reflectie en formulering van doelstellingen. Het wordt als iets protocollairs ervaren: "zo zou het moeten". Hoewel de uitgebreide verslaglegging een duidelijke bijdrage levert aan de diagnostiek en veel informatie geeft, wordt de leesbaarheid door meerdere respondenten als minder prettig ervaren. Het is de vraag of het PMDC vooral voor onervaren PMT-ers bruikbaar is en ervaren PMT-ers met een beknoptere versie zouden kunnen volstaan of dat juist enige ervaring gewenst is voor het goed kunnen omgaan met het PMDC. Het thuis raken in de gebruikte termen vraagt enige tijd omdat deze niet allemaal gangbaar zijn.

D. De korte vragenlijst geruime tijd na afronding van het implementatietraject

Twee PMT-ers gebruiken het PMDC nog regelmatig. Zij vinden het een prettige en duidelijke manier om observatie te doen. Eén PMT-er heeft de conceptversie doorgegeven aan een collega-PMT-er die het ook gebruikt bij observaties én heeft het PMDC door een stagiaire laten afnemen, wat een leerrendement had. De andere PMT-er gebruikt het PMDC nog wel, maar moet zich ertoe zetten omdat het meer werk is dan de eigen manier van observeren. Zij geeft wel aan dat het PMDC meer vakspecifieke informatie geeft en zij gebruikt de vragenlijst uit het basisbewegingsaanbod standaard. De twee andere PMT-ers hebben het PMDC niet meer gebruikt vanwege zwangerschapsverlof en verandering in werksituatie.

De twee PMT-ers die het PMDC nog gebruiken hebben geen grote veranderingen aangebracht. Beide PMT-ers korten het verslag vaak in. Eén van beiden vult alleen de afwijkende scores in op de checklist en ziet de kinderen vaker dan drie maal. Zij geven aan ook de definitieve versie te zullen gaan gebruiken, omdat het een prettig en overzichtelijk instrument is dat veel vakspecifieke informatie geeft. Beide andere PMT-ers hebben de intentie het PMDC weer te gaan gebruiken, waarvan één dit in overleg met het PMT-team wil besluiten. Dit team heeft verschillende opdrachten uit het PMDC in de eigen - vóór het PMDC bestaande - observatieprocedure opgenomen. Het in korte tijd uitleggen van het hoe en waarom van het PMDC vond deze PMT-er lastig: het aanpassen van de eigen manier van observeren op basis van het PMDC was eenvoudiger.

10.4.3 Discussie

Hoewel de beoordeling van de onderzoeksresultaten aldus positief mag worden genoemd, zijn er ook kanttekeningen bij het construct te plaatsen. Zo berust het PMDC voor een groot deel op participerende observatie. Berkers (1998) noemt als nadelen van participerende observatie het gevaar van selectieve perceptie en interpretatie door de observator en de beroepsmatige en natuurlijke neiging alleen te kijken naar de ander en het eigen aandeel over het hoofd te zien. Volgens Berkers (1998) zijn er drie groepen factoren die kunnen leiden tot vertekening. Deze factoren liggen in het waarnemen, in het interpreteren van de waarneming en in de persoon van de waarnemer. Objectieve observatie is dan ook niet mogelijk. Het is van belang maatregelen te nemen om vertekening tegen te gaan. Voor wat betreft vertekening door het waarnemen moet rekening gehouden worden met het principe van het geheel (de neiging de werkelijkheid in betekenisvolle gehelen te organiseren, waardoor de aandacht van de observator zich eerder richt op het afwijkende dan op het normale), het kop-en-staart-principe (de neiging meer belang te hechten aan de begin- en eindfase van een gebeurtenis) en het principe van de samenhang (de neiging een totaalplaatje te maken, waarbij de kenmerken die zijn waargenomen elkaar beïnvloeden en de centrale eigenschappen de meeste invloed hebben). Berkers (1998) noemt als mogelijkheden om vertekening zoveel mogelijk tegen te gaan het indirect observeren door gebruik te maken van een cassette recorder of videorecorder om tot een nauwkeuriger observatie te komen. Een andere optie is gebruik te maken van een checklist om het aandachtsveld af te bakenen. Binnen het PMDC wordt de laatste mogelijkheid gebruikt. Daarnaast zijn er in het standaardverslag expliciet de kopjes 'moge-

lijkheden' en 'beperkingen' opgenomen, waardoor de kans op vertekening door het principe van het geheel verminderd wordt. Het kop-en-staart-principe zal minder gelden doordat er sprake is van meerdere relatief korte, betekenisvolle bewegingsarrangementen die worden gescoord. Er is derhalve weinig kans het midden te vergeten. Het principe van de samenhang is het moeilijkst te ondervangen, maar wordt verminderd door expliciet te scoren, waardoor op het moment van verslagleggen pas de scores worden geïnterpreteerd (of kunnen worden geherïnterpreteerd), waardoor de samenhang in observaties tot een later moment wordt uitgesteld. Voor wat betreft vertekening door het interpreteren van de waarneming kunnen het principe van verkorten en versimpelen (het is onmogelijk alle details mee te wegen) en het niet-onbevangen principe (het is bijna onmogelijk eerdere informatie te negeren) een rol spelen. Fouten in de interpretatie van de waarneming zijn moeilijk te ondervangen door het construct zelf. Scholing zal hierin een belangrijke rol moeten spelen. Het is bij observaties van belang onderscheid te maken tussen wat het kind doet en interpretaties (Verhulst e.a., 1993). Dit gebeurt binnen het PMDC. Het zelfde geldt voor vertekening door de persoon van de waarnemer. Daarbij moet gelet worden op culturele bepaaldheid (leeftijd, geslacht en culturele achtergrond beïnvloeden wat en hoe wordt waargenomen), motieven en emoties (wat de observator wil bereiken en hoe hij zich voelt beïnvloeden wat geobserveerd wordt en hoe dat geïnterpreteerd wordt) en beroepssocialisatie (afhankelijk van bekwaamheden en vroegere ervaringen wordt binnenkomende informatie geselecteerd en gestructureerd, de beroepsblik). De klinische blik en intuïtie van de PMT-er die de diagnostiek uitvoert zullen altijd een belangrijke rol blijven spelen. Het PMDC zorgt er wel voor dat er gericht en meer gestructureerd wordt gekeken.

Naast het probleem van de vertekening speelt bij de observatie een rol dat de invloed van cognitieve factoren onderkend en zo mogelijk ondervangen moet worden. Harris, Olthof en Vos (1980) wijzen in het kader van wetenschappelijk onderzoek op het probleem dat een gebrekkige prestatie van een kind in een bepaald gedeelte van het onderzoek veroorzaakt kan worden doordat het een probleem heeft met een voorafgaand gedeelte, zoals de verbale instructies of het onthouden daarvan. Bij het PMDC heeft het kind iedere keer een nieuwe kans omdat het veel korte bewegingsarrangementen betreft die in verschillende mate op cognitieve vaardigheden berusten. Het kind heeft dus minder kans vast te lopen doordat het een vorige opdracht niet begreep. Bij de hulpverlening aan probleemkinderen wordt geaarzeld al te zeer te leunen op introspectieve gegevens, aangezien naast de waarschijnlijk toch al beperkte reflectiemogelijkheden van het kind, een probleemkind wellicht juist in de problemen is gekomen doordat het het zicht op het eigen functioneren mist. Het zich bewustmaken van het eigen functioneren is een vaardigheid die pas later in de ontwikkeling plaatsvindt. Heel jonge kinderen kunnen dat niet spontaan. Het denken over een vaardigheid behoort pas enige tijd na het ontwikkelen van de vaardigheid zelf tot de mogelijkheden van het kind. Binnen een psychomotorisch diagnosticum kan om die reden niet zonder meer worden uitgegaan van introspectieve vermogens. Het hardop laten denken als mogelijke introspectieve methode kan zinvol zijn bij psychomotorische diagnostiek, daar het een aantal veranderingen in het denkproces kan bewerkstelligen. Zo vertraagt het het denken, maakt het meer expliciet en geeft het onderliggende gedachten minder de kans onverwachte wendingen in het proces te bewerkstelligen. Bij kinderen met psychiatrische problemen, die worden gekenmerkt door een uiterst chaotisch en ongestructureerd denken, waarbij adequate cognitieve controle over het gedrag niet kan worden uitgeoefend en problematisch gedrag ontstaat, kan hardop denken een manier zijn om het denkproces te structureren. Dit kan een manier zijn om de invloed van cognitieve factoren op de testresultaten te minimaliseren dan wel te expliciteren en is als zodanig opgenomen in de handleiding.

Een psychometrisch zwak punt van het PMDC zou kunnen zijn dat er keuzevrijheid bestaat in welke bewegingsarrangementen worden aangeboden. Mijster (1998) geeft echter aan dat het belangrijker is een onderzoek uit te voeren naar de geest dan naar de letter van de beschreven methode. Zij bedoelt hiermee dat het aanbod in werkvormen kan wisselen, maar dat de achterliggende ideeën en het theoretisch kader van waaruit gewerkt wordt gehandhaafd blijven.

Er is geen concurrent validiteit van het PMDC berekend. De vraag in hoeverre de testresultaten overeenstemmen met andere tegelijkertijd verkregen gegevens uit andere test, observaties, anamnese, enzovoorts is namelijk niet te beantwoorden. Er zijn geen goede andere psychomotorische diagnostische me-

thoden waarmee het PMDC kan worden vergeleken. Vergelijking met psychologische tests of een psychiatrisch onderzoek heeft niet zo veel zin, aangezien te verwachten is dat er vanuit het PMDC andere observaties zullen volgen dan vanuit de onderzoeken van de andere disciplines. Hierin ligt juist de meerwaarde van het PMO. Tezamen met de overige onderzoeken kan op deze manier een zo compleet mogelijk beeld worden gevormd van de problematiek van het kind.

10.5 Conclusies

Vanuit de vragenlijsten kan geconcludeerd worden dat de gebruikersvaliditeit voldoende tot goed is. Zoals in dit hoofdstuk omschreven, is de vraag of het PMDC leidt tot nieuwe uitspraken en perspectieven en de mate waarin deze uitspraken en perspectieven beter zijn gefundeerd dan voorheen, bepalend voor de gebruikerskwaliteit en daarmee voor de kwaliteit van het product. Deze vragen zijn in de evaluatie van de implementatie overwegend positief beantwoord. De opmerkingen en de scores op de vragenlijsten geven aanwijzingen om het PMDC op enkele punten aan te passen voordat het wordt vrijgegeven voor gebruik in het veld. Met name de vorm van verslaglegging vraagt zowel volgens het multidisciplinaire team als volgens twee van de vier PMT-ers nog aandacht. De punten die vanuit de evaluatie van de implementatie van het PMDC naar voren kwamen als punten die zouden moeten/kunnen worden aangepast zijn hieronder puntsgewijs weergegeven. Achter elk punt is vermeld of en hoe verandering heeft plaatsgevonden.

- *Het bladeren tussen kernchecklist en aanvullende checklist bij iedere dimensie en ontwikkelingsdomein werkt niet prettig;* De aanvullende checklist wordt niet langer los van de kernchecklist aangeboden, maar geïntegreerd onder elke dimensie/ontwikkelingsdomein weergegeven. Wel wordt er tussen kernitems en aanvullende items gedifferentieerd door deze in een aparte kolom te vermelden. Hiermee kan de kans kleiner worden gemaakt dat bij minder tijd de aanvullende checklist al bij voorbaat wordt overgeslagen, terwijl er wellicht relevante items in staan voor het betreffende individu met zijn of haar specifieke problematiek. In de uiteindelijke lay-out staan kernitems en aanvullende items behorende bij eenzelfde dimensie en ontwikkelingsdomein op één bladzijde;
- *Er moet ruimte zijn voor aantekeningen in de kantlijn;* In de versie van de checklist zoals deze tijdens de implementatie bestond maakten de meeste PMT-ers ondanks gebrek aan ruimte toch aantekeningen in de kantlijn. Deze aantekeningen vormden veelal de leidraad voor de verslaglegging. De onderzoeker concludeert daaruit dat hoewel de ruimte voor aantekeningen in de kantlijn niet voorgestructureerd is door bij elk item bijvoorbeeld stippellijntjes te trekken om de score toe te lichten, er voldoende ruimte is dat te doen waar dat door de PMT-er nodig wordt geacht. Het expliciet aangeven van ruimte voor kanttekeningen bij ieder item van de checklist zou inhouden dat de checklist vele malen langer zou worden en dat de items van één dimensie/ontwikkelingsdomein niet langer op één pagina passen, wat een negatieve invloed zou hebben op de overzichtelijkheid. Daarom is gekozen de ruimte in de kantlijn te laten zoals deze in de versie van de implementatie reeds was;
- *De vormgeving van de verslaglegging vraagt aandacht, evenals wat er precies onder welk kopje moet staan;* De resultaten van de evaluaties, met name de analyse van de verslagen van de betrokken PMT-ers in combinatie met de checklists zijn aanleiding geweest de standaardverslaglegging te herzien. In de handleiding wordt duidelijker beschreven wat onder welk kopje dient te worden vermeld. Aanbevolen wordt onder het kopje 'resultaten' een compacte kwalitatieve indruk te geven van het verloop van de sessies. Er moet een proces leesbaar zijn (verandert het kind in de loop van de sessies?). Bij 'mogelijkheden' kan kernachtig worden omschreven wat de kwaliteiten van het kind zijn en waar de groeimogelijkheden zich lijken voor te doen. Ook protectieve factoren in de omgeving kunnen hierbij genoemd worden. Onder 'beperkingen' kunnen de zwakke kanten worden beschreven en belemmeringen voor de groei/ontwikkeling van het kind. Risicofactoren in de omgeving kunnen hieronder beschreven worden. Conclusies per dimensie kunnen vervolgens worden weergegeven op basis van de scores van de checklist. Er dient expliciet vermeld te worden welke items afwijkend worden gescoord en waarop de score is gebaseerd. De combinatie van kwalitatieve omschrijvingen in het eerste deel van het verslag (kopje

c) en de kwantitatieve scores met enige toelichting (kopje d) moeten zorgen voor een compleet beeld en een goede samenvatting en integratie van de conclusies (kopje f), van waaruit aanbevelingen kunnen volgen voor progressieve diagnostiek, (contra)indicaties voor PMT en mogelijke behandelingsdoelen. Bij 'discussiepunten' (kopje e) dienen vragen te worden vermeld die naar aanleiding van het PMO zijn opgeroepen en die binnen het multidisciplinaire team moeten worden besproken. Aan de weergave van het gewijzigde standaardverslag in bijlage zes van het PMDC (zie appendix twee) is een voorbeeldverslag toegevoegd. In dit voorbeeldverslag zijn bovenstaande uitgangspunten explicieter gehanteerd dan in het voorbeeldverslag zoals dat in de implementatiefase was bijgevoegd. Het vermelden van het basisbewegingsaanbod blijft in de verslaglegging opgenomen. Het moeten aankruisen van het bewegingsaanbod dat gedaan is en waarop de conclusies van het PMO gebaseerd zijn, zorgt ervoor dat de PMT-er alert blijft dat er meerdere mogelijkheden zijn om informatie te verwerven en maakt de kans op inslijten van een beperkter standaardrepertoire van de individuele PMT-er kleiner. Daarnaast zorgt het voor een betere overdraagbaarheid en is bij eventueel vervolgonderzoek (binnen dezelfde of een andere instelling) bekend op welk bewegingsaanbod de observaties zijn gebaseerd;

- *De aanbeveling voor het aantal sessies individueel dan wel in een groep is niet altijd haalbaar;* De aanbeveling van drie sessies PMO bleek niet in alle gevallen toereikend. Ook was het niet altijd mogelijk een kind zowel individueel als in een groep te zien. Door de betrokken PMT-ers werd aangegeven dat vrijwel het volledige basisbewegingsaanbod kon worden doorlopen in vijf sessies. Om te komen tot meer standaardisatie zou dit er voor pleiten altijd vijf sessies aan te bevelen. Nadeel daarvan is echter dat het PMO in dat geval meer tijd kost, terwijl die tijd meestal niet beschikbaar is. Tevens wordt in dat geval de keuzevrijheid van de PMT-er het basisbewegingsaanbod aan te passen aan het individu met zijn of haar problematiek kleiner. Het voordeel van een ruimer bewegingsaanbod is dat de kans dat het beeld dat de PMT-er krijgt van het kind minder snel gekleurd zal zijn door één specifiek arrangement en conclusies altijd gebaseerd zullen zijn op een uitgebreid scala aan bewegingsarrangementen. Een middenweg zou zijn aan te bevelen ieder kind twee maal individueel en twee maal in een groep te zien. Indien groepsobservatie niet mogelijk is omdat er geen groepstherapie gegeven wordt binnen de betreffende instelling of omdat er geen andere kinderen zijn die zich in de diagnostische fase bevinden, kan ervoor gekozen worden het kind met groepsgeenootjes te laten komen en op deze manier het kind in groepsverband te observeren. De voor- en nadelen afwegende is ervoor gekozen in de handleiding de aanbeveling voor drie sessies PMO te handhaven, maar daarbij te vermelden dat indien dat binnen de instelling en de tijd mogelijk is, vier of vijf sessies een beter beeld zullen geven;
- *Het vermelden van 'vraagstelling PMO' en 'vraagstellingen en verwachtingen betreffende dit onderzoek vanuit eerder onderzoek, vanuit de beleidspychiater en vanuit andere disciplines' wordt soms als dubbelop ervaren;* Hoewel in de meeste verslagen de 'vraagstelling PMO' en de 'vraagstelling vanuit de beleidspychiater' hetzelfde zijn, hoéft dit niet het geval te zijn. In een enkel verslag is de vraagstelling vanuit de beleidspychiater uitgebreider of anders geformuleerd dan de vraagstelling PMO. Bovendien kan er ook sprake zijn van vraagstellingen of verwachtingen vanuit eerder onderzoek of vanuit andere disciplines. Besloten is derhalve beide 'vraagstellingen' te handhaven in het verslag. In het geval van een specifieke vraagstelling vanuit de beleidspychiater werd deze door de betrokken PMT-ers aan het eind van de verslaglegging voor zover mogelijk beantwoord. Hier verdient echter in het algemeen aandacht dat er bij ieder PMO daadwerkelijk een antwoord op de vraag wordt geformuleerd.

Op basis van bovenstaande punten is de handleiding herschreven en is de lay-out van de omschrijvingen van de items en die van het overzichtsschema veranderd.

De algemene indruk die vanuit de verslaglegging ontstaat is dat scholing in verslaglegging gewenst is. Het belang van compact en kernachtig weergeven van de bevindingen zal binnen het PMDC aandacht moeten krijgen. De aanbeveling voor scholing in het PMDC, zoals beschreven onder 'opbouw van het PMDC', is derhalve blijven staan en uitgebreid met een regel over verslagleggen. Het lijkt belangrijk bij de scholing in

het gebruik van het PMDC een herhalingsmoment in te bouwen, waarbij de PMT-ers de mogelijkheid hebben te oefenen in het gebruik van het PMDC, vragen die daarbij zijn opgekomen kunnen stellen en terugkoppeling krijgen op hun manier van verslagleggen (wat moet onder welk kopje, hoe compact en duidelijk te schrijven, vakspecifiek schrijven, enzovoorts). Dit sluit aan bij Berkens (1998) die stelt dat na toetsing van een nieuwe methode door een kleine selecte groep, implementatie in de hulpverlening kan plaatsvinden door middel van scholing, training en begeleiding. Een herhalingsmiddag na langere tijd zou er aan bij kunnen dragen dat het 'drift effect', het fenomeen waarbij observatoren over de tijd hun definities van scoringscategorieën geleidelijk aan veranderen (Verhulst, 2000b), bijgesteld wordt, wat aan de betrouwbaarheid van het PMDC zou bijdragen. Een andere mogelijkheid is een videoband met sessies PMO met een zekere regelmaat opnieuw te laten scoren en ingeslopen discrepanties te bespreken (Verhulst, 2000b).

Omdat het weinig in de verslagen terug was te lezen, wordt in de handleiding nog eens extra benadrukt bij het kind na te vragen of het zich in de observaties en gestelde problematiek kan vinden en dit expliciet in het verslag te vermelden (onder het kopje 'conclusies structuur/functiedimensie' (cognitief ontwikkelingsdomein: inzicht in de eigen problematiek). Onderscheid tussen ervaringen van het kind en observaties van de onderzoeker moeten duidelijk zijn, evenals eventuele verstoringen variabelen. Deze laatste kunnen vermeld worden bij het verloop van de sessies ('resultaten') of bij 'andervoortige observaties'. Opvallende verschillen tussen individuele observaties en groepsobservaties kunnen hier ook bij worden vermeld. In de handleiding wordt naar aanleiding van de analyse van de implementatie tevens aangegeven dat er altijd naar gestreefd moet worden alle (kern)items te scoren. Om te bevorderen dat er actief wordt gezocht naar mogelijkheden om een item te kunnen scoren dient als er niets over een item gezegd kan worden een '0' gescoord te worden in plaats van het item ongescoord te laten. Daarnaast wordt er in de nieuwe handleiding een aantal methoden gegeven om scores en opmerkingen bij de verschillende items uit de checklist te koppelen aan sessies. Dit kan zinvol zijn indien er niet direct tijd is voor verslagleggen, waardoor het inzicht in het proces anders verloren kan gaan. Deze methoden kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het gebruiken van verschillende kleuren bij het scoren van de sessies (bijvoorbeeld sessie één rood, sessie twee blauw, sessie drie groen, enzovoorts) of verschillende tekens (omcirkelen, kruisje erdoor, onderstrepen). Een bijkomend voordeel van een dergelijke scoringsmethode is dat er verschillen tussen scores van een bepaald item in verschillende sessies inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Tijdens de implementatie is slechts in één verslag van een dergelijke methode gebruik gemaakt. Tenslotte zal ook in de handleiding de valkuil worden geëxpliciteerd dat naarmate meer PMO's zijn gedaan, de neiging kan ontstaan de checklists minder uitgebreid in te vullen. Tijdens de implementatie leek deze tendens reeds te bestaan. Daarmee ontstaat het risico dat bepaalde items systematisch gemist gaan worden. Tevens wordt vermeld dat indien er veel items afwijkend worden gescoord het risico bestaat dat de PMT-er alleen de grootste of opvallendste afwijkingen in zijn verslag vermeldt. Soms moeten vanwege de leesbaarheid keuzen worden gemaakt of items worden gecombineerd in de verslaglegging, maar er moet altijd naar worden gestreefd een zo volledig mogelijk beeld te geven.

Een belangrijk aandachtspunt moet zijn hoe voorkomen kan worden dat er vele versies van het PMDC gaan ontstaan. Zoals aangegeven in de vorige paragraaf bestaat de neiging het PMDC enigszins aan te passen of te gebruiken om de eigen manier van observeren te verbeteren. Daarmee zou een belangrijk doel van het PMDC, het op gestandaardiseerde, systematische manier uitvoeren van een psychomotorisch onderzoek opdat dit overdraagbaar is naar (PMT-)collega's binnen het multidisciplinaire team en naar andere instellingen en werkvelden, verloren gaan. Met de veranderingen in het PMDC op basis van de resultaten van de implementatie wordt nagestreefd het PMDC gemakkelijker hanteerbaar en efficiënter te maken, waardoor de neiging tot het aanbrengen van veranderingen zal verminderen. Het belang van het gebruik van de originele PMDC-versie zal ook in de handleiding worden vermeld.

De opzet van het PMDC sluit aan bij de operationalisatie van het begrip product, zoals dat binnen de Trimbos-onderzoeken naar vaktherapie (Hattum & Hutschemaekers, 2000) gebruikt is. Indicaties en contra-indicaties (zowel voor een PMO als eventueel daarop volgend PMT), doelen [algehele diagnostiek, stellen

van (contra)indicaties, behandelingsdoelen enzovoorts], interventies (de rol van de PMT-er, attitude adviezen, materiaal en activiteiten), randvoorwaarden (voorwaarden voor wat betreft ruimte en materialen, aanbeveling voor scholing), subtypen (keuze en volgorde van arrangementen), behandelingsduur en frequentie (drie tot vijf sessies van 20-45 minuten), eindtermen (kwantitatieve scores in combinatie met kwalitatieve verslaglegging) en rationale (het belang van systematische psychomotorische diagnostiek bij deze doelgroep) worden beschreven. Het PMDC is een combinatie van abstractie (zoals een product) en concrete gedetailleerdheid (zoals een module). Het is vanuit een instelling geschreven, maar wel met het doel dat het binnen verschillende instellingen te implementeren is, waarop het ook is getoetst. Het is niet direct aan een hulpvraag gekoppeld; het gaat daaraan vooraf: samen met het kind wordt op onderzoek gegaan naar wat de hulpvraag nu precies is.

Concluderend kan worden gesteld dat het uiteindelijke doel van het PMDC is een kader te vormen voor psychomotorische diagnostiek met terminologie die overdraagbaar is tussen disciplines en verschillende werkvelden. Uit de evaluatie van de implementatie komt duidelijk naar voren dat het PMDC bijdraagt aan de profilering van het vak Psychomotorische Therapie, doordat het inzichtelijker maakt wat en hoe de PMT-er in de zaal aanbiedt en observeert. Met name het expliciteren van mogelijkheden en beperkingen wordt daarbij positief bevonden. De uitgebreide verslaglegging draagt er aan bij dat PMT een duidelijke(r) plek verwerft in de observatie en behandeling. Het PMDC wordt als goede richtlijn ervaren en implementatie op reguliere basis wordt zinvol geacht. Tijdens het implementatietraject ging het niet om het *bewijzen* of het PMDC al dan niet werkt. Het doel was te onderzoeken hoe het PMDC in het gebruik door PMT-ers ervaren werd en of het binnen het multidisciplinaire team een meerwaarde had. Het PMDC is zo verantwoord als mogelijk geïmplementeerd. Hoewel het PMDC niet is onderzocht op psychometrische eisen als validiteit en betrouwbaarheid, is wel voldaan aan de meeste specifieke eisen, zoals in dit hoofdstuk beschreven. Op basis van de resultaten van de implementatie is het PMDC verder aangepast. Volgend op dit onderzoek zal het PMDC verder moeten worden ontwikkeld: betrouwbaarheid en validiteit dienen te worden onderzocht en wellicht kan het PMDC inhoudelijk nog verder worden aangescherpt. Dit ligt echter buiten het kader van het huidige onderzoek. In hoofdstuk elf zal op deze en andere aanbevelingen voor verder onderzoek nader worden ingegaan.

Nabeschouwing

Hoofdstuk 11 Nabeschouwing

*Collaborative work can expose differences in views,
beliefs and methods of working.
Differences can be defining.
In life we literally bump up against objects, people, concepts
and if we notice the feedback,
we are helped to make sense of where we are,
what we feel and what we value.
(Best, 2000, p.197)*

11.1 Inleiding

Bij ieder onderzoek dat wordt uitgevoerd moet kritisch worden bekeken wat de kwaliteit is van de verzamelde data, van het onderzoeksproces en van de onderzoeksresultaten. In de voorgaande hoofdstukken zijn de tijdens dit onderzoek gemaakte keuzen en de gebruikte methoden onderbouwd en verantwoord. Het onderzoeksproces is dusdanig beschreven dat het navolgbaar is. In dit hoofdstuk wordt het onderzoek in een breder kader geplaatst. Daarbij wordt onder andere stilgestaan bij de noodzaak tot samenwerking tussen onderzoekers en praktijkmensen en de vraag of iedere PMT-er zonder meer psychomotorische diagnostiek kan doen.

Naast de kwaliteit van een onderzoek is een belangrijke vraag wat de relevantie er van is voor de verschillende deelterreinen waarop het onderzoek betrekking heeft. Ook hierop zal in dit hoofdstuk worden ingegaan.

"Hoe meer men weet, hoe beter men beseft, hoe weinig men eigenlijk weet". Ieder antwoord draagt een volgende vraag in zich, ieder onderzoeksresultaat levert zijn volgende onderzoeksvragen op. Derhalve zal een aantal aanbevelingen tot verder onderzoek worden gedaan.

Tenslotte wordt dit onderzoek afgesloten met enkele overwegingen.

11.2 De PMT-er als diagnosticus

Een van de meest opvallende zaken tijdens dit onderzoek was de bereidheid van collega-PMT-ers om er aan mee te werken. Steeds weer waren velen van hen bereid een deel van hun kostbare tijd te besteden om aan dit onderzoek bij te dragen. In dialoog met het veld zijn de ideeën uitgewerkt en is het resultaat van dit onderzoek tot stand gekomen. Tijdens het onderzoek zijn de rollen van hulpverlener en onderzoeker gescheiden geweest. De onderzoeker is zelf PMT-er en kon vanuit die optiek vorm geven aan het onderzoek, maar kon niet beide rollen tegelijkertijd op zich nemen (Koster, 1993, Van Doorn, 1995, Berkers, 1998). Onderzoekers en praktijkmensen staan vaak op gespannen voet met elkaar (Haanstra, 1988). Volgens Berkers (1998) wordt de kloof tussen onderzoek en praktijk veroorzaakt door een andere basisoptiek. De onderzoeker wil generaliseren, terwijl de hulpverlener wil individualiseren. Praktijk en onderzoek hebben elkaar echter hard nodig (Meijerink, 1988). Wetenschappelijk onderzoek kan een bijdrage leveren aan het vinden van antwoorden op vragen die leven in de praktijk en aan het aanreiken van alternatieven, maar moet gevoed en geïnspireerd worden door praktijkinzichten en ervaringen. Bij praktijkonderzoek is medewerking van de betrokkenen op de werkvloer essentieel en dergelijk onderzoek in de praktijk kan bijdragen aan een betere organisatie van die praktijk (Veerman, 1997). Volgens Swaans-Joha (1988) moeten uit praktijkonderzoek verworven inzichten direct bruikbaar zijn voor de onderzochten. Daarbij is niet alleen de waarneming van wat er in de praktijk gebeurt van belang, maar ook de systematisering van deze waarnemingen. Omdat deze kennis voortkomt uit de dagelijkse praktijk is het gebonden aan tijd en situatie en kan veranderen. Verkregen kennis heeft geen algemene geldigheid, maar heeft betrekking op een bepaalde context. *"Kennis is gebaseerd op*

handelen. Kennis is gebaseerd op ervaring. Kennis is niet blijvend; kennis ontwikkelt zich voortdurend, is een moment in een proces van kennisverwerving" (Swaans-Joha, 1988, p.7).

Om protocollen of richtlijnen, zoals bijvoorbeeld de richtlijn voor psychomotorische diagnostiek zoals deze uit dit onderzoek naar voren is gekomen, daadwerkelijk een bijdrage te laten leveren aan de kwaliteitsverbetering van zorg, moet een instelling de voorwaarden bieden om de protocollen of richtlijnen te kunnen uitvoeren en continuïteit in het werken met deze protocollen of richtlijnen kunnen garanderen. Zoals reeds in hoofdstuk één is aangegeven moeten degenen die met de protocollen werken daarnaast over voldoende vaardigheden en de juiste attitude beschikken. Alleen de uitgangspunten van het protocol kennen is onvoldoende. Scholing en voortdurende evaluatie en toetsing op grond van systematische klinische en wetenschappelijke ervaringen zijn noodzakelijk voor een wezenlijke verbetering van de jeugdzorg.

In veel klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie zien de psycholoog en de (ortho)pedagoog een kind alleen om te toetsen en te testen. Dit heeft vele voordelen. Ten eerste is de plaats in de organisatie duidelijk; een diagnosticus behandelt niet en functioneert rechtstreeks onder het hoofd van de kliniek (Verheij, 1989). Daarnaast kost het formuleren van hypothesen, het afnemen van de testbatterij en het interpreteren van de uitslagen veel tijd. Bij langer verblijf van een kind in het hulpverlenende instituut is het noodzakelijk dat deze diagnostiek regelmatig herhaald wordt. Tevens is het voor de evaluatie van belang dat tenminste een deel van de informatie door niet-behandelaars geleverd wordt (Verheij, 1997). Een punt van discussie is of ook de psychomotorische diagnostiek door een aparte functionaris moet worden gedaan.

Een belangrijke vraag is of elke PMT-er binnen zijn setting de tijd en ruimte krijgt voor systematische psychomotorische diagnostiek en of dat in elke setting even hard nodig is. Het zal een afweging blijven waarin budgetten van instellingen zeker een belangrijke rol zullen spelen, evenals hoe overtuigd het hoofd van de afdeling is van het belang van psychomotorische diagnostiek en hoe gemotiveerd en overtuigd de PMT-er zelf is. Als ieder kind dat een instelling binnenkomt uitgebreid psychomotorisch onderzocht moet worden, net zoals dat nu vaak het geval is met de cognitieve en emotioneel-sociale tests, en ook in de loop van de behandeling opnieuw onderzocht moet worden, is het creëren van een nieuwe functie, naast de psycholoog, de pedagoog en de PMT-er, in de vorm van een psychomotorisch diagnosticus, bijna onvermijdelijk. In dat geval zou ook binnen de opleiding een specialisatie mogelijk moeten zijn waarbij het accent ligt op de diagnostiek. Het is de vraag of dit haalbaar is. Het zal in de meeste settings niet mogelijk zijn een aparte functionaris voor de psychomotorische diagnostiek in dienst te nemen. Veelal zal de behandelend PMT-er de diagnostiek moeten doen. De meeste PMT-ers geven bovendien ook zelf aan liever bezig te zijn met therapie dan met diagnostiek sec.

Een diagnostisch oog tijdens het therapieproces is van groot belang. Een goede diagnostiek vóór het therapieproces aanvangt is echter minstens even belangrijk. Zonder goede diagnostiek is adequate hulpverlening niet mogelijk. De hulpvraag en het probleem moeten duidelijk worden voordat er sprake kan zijn van een gerichte aanpak. Een goede behandelingsgerichte diagnostiek, waar het PMDC een richtlijn voor biedt, levert direct aangrijpingspunten voor behandeling, wat een strikte scheiding tussen diagnostiek en therapie minder noodzakelijk maakt. Een strikte organisatorische scheiding tussen diagnostiek en behandeling kan het bovendien ingewikkelder maken om de adviezen vanuit de diagnostiek aan te laten sluiten bij de hulpverleningssituatie en praktische betekenis te laten hebben. Wel moet daarbij in ogenschouw worden genomen dat het opleidingsniveau van PMT-ers zeer uiteenlopend is. Overwogen moet worden of iedere PMT-er op elk niveau psychomotorische diagnostiek kan en mag doen of dat daaraan eisen moeten worden gesteld. Een goed gebruik van het PMDC zal enige scholing vergen. De PMT-er zal bekend moeten worden gemaakt met de terminologie van de ICIDH-2. Daarnaast is het belangrijk dat het PMO voldoende wordt afgestemd op leeftijd, doelgroep en setting. De psychomotorisch diagnosticus is de expert die zo'n afstemming tot stand moet brengen. Op deze wijze zal kwalitatieve N=1 psychomotorische diagnostiek maatwerk voor het probleem van ieder kind in de kinder- en jeugdpsychiatrie worden. Het blijft dan nog de vraag hoe ver een psychomotorisch diagnosticus mag gaan in het trekken van zijn conclusies. Binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld is vrijwel altijd sprake van een ingewikkelde, samengestelde problematiek. Dit maakt algemene uitspraken vanuit een diagnostisch onderzoek moeilijk. Er zal telkens individugericht gekeken moeten worden en

de puzzelstukjes die door verschillende disciplines bijeen worden gebracht moeten aan en in elkaar gepast worden om zo het beeld van de puzzel helder te krijgen. Het is uiteindelijk de taak van de kinder- en jeugdpsychiater om tot een geïntegreerd beeld te komen.

11.3 Conclusies met betrekking tot de relevantie van het onderzoek

Het uiteindelijke belang van een onderzoek is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van onderzoeksdata, -proces en -resultaat, maar vooral ook van de relevantie van het onderzoek voor verschillende deelterreinen. In deze paragraaf zal de relevantie van het onderzoek voor kinderen en jeugdigen met een psychiatrische problematiek, instellingen voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, PMT-ers als individuen op de werkvloer, PMT, opleidingen op het gebied van PMT, andere onderzoekers op het gebied van PMT en de maatschappij worden beschreven.

11.3.1 *De relevantie voor kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek*

Vaak zijn deze kinderen reeds enige tijd opgenomen voordat er al dan niet tot (psychomotorische)therapie wordt besloten. De indicatiestelling voor een bepaalde vorm van therapie wordt voor een groot deel door beschikbaarheid van een of meer vakdisciplines bepaald. Alhoewel muziek-, bewegings-, drama-, beeldende en psychotherapie hetzelfde doel hebben, gebruiken ze elk andere media. Ze zijn niet elkaars gelijke, maar vullen elkaar veeleer aan. Met het gebruik van het PMDC komt er meer inzicht in de indicatiestelling voor PMT en zal de toevallige beschikbaarheid een minder belangrijke rol gaan spelen. In de toekomst kan het PMDC dit wellicht ook voor andere disciplines meer helder en inzichtelijk maken. Op deze manier krijgt het kind de therapie die het beste bij hem en zijn problematiek past.

Naast een goede indicatiestelling draagt het PMDC bij aan het verhelderen van de problematiek en de hulpvraag op een wijze die aansluit bij de beleavingswereld van het kind. Naast alle andere diagnostische onderzoeken helpt het tot een beter geïntegreerd geheel te komen, van waaruit de behandeling binnen die dimensie en dat ontwikkelingsdomein kan aangrijpen, waar dat het hardst nodig en het best mogelijk is. Het PMDC brengt expliciet de mogelijkheden van het kind in beeld, wat een positieve invloed kan hebben op de prognose en aanpak van het kind.

11.3.2 *De relevantie voor instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie*

Met het gebruik van het PMDC zullen de observaties van de PMT-er meer gefundeerd, systematisch en wetenschappelijk onderbouwd zijn, waardoor zij een duidelijker bijdrage aan de algemene diagnostiek kunnen leveren en mede zorgdragen voor een geïntegreerd en completer beeld van de problematiek, hulpvraag en mogelijkheden van het kind. Daarnaast zou het PMDC een belangrijke bijdrage kunnen gaan leveren aan het opstellen van het algemeen behandelingsplan. Op dit moment wordt het algemeen behandelingsplan aan de hand van ontwikkelingsanamnese, kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek, observaties vanuit de leefgroep en psychologisch en pedagogisch onderzoek opgesteld. Het is het nastreven waard om vertegenwoordigers vanuit elke discipline samen het algemeen behandelingsplan te laten opstellen, aangezien in de verschillende observaties van de monodisciplines vaak overeenkomsten, maar ook aanzienlijke verschillen te zien zijn. Sommige probleemgedragingen zijn heftig aanwezig in de leefgroep, maar milder in het gezinsgesprek. Andere gedragingen zijn sterk aanwezig in de klas, maar zelfs afwezig bij de PMT, terwijl daar totaal ander probleemgedrag domineert. De reden om niet alle vertegenwoordigers vanuit elke discipline samen het algemeen behandelingsplan te laten opstellen is dat zo'n multidisciplinair overleg voor een efficiënte planningsoverleg te veel deelnemers telt (Verheij, 1998a). Het PMDC is tijdens het implementatietraject positief beoordeeld voor wat betreft de bijdrage aan de diagnostiek en werd niet als taakverzwaring voor het team ervaren. Het is de moeite waard te onderzoeken of de resultaten van het PMDC op efficiënte wijze kunnen worden ingevoerd in het algemeen behandelingsplanoverleg. Klomp en Van den Berg (1999) pleiten voor een gezamenlijke participatie van diegenen die direct bij de patiënt betrokken zijn

('groepsofvoeders') en diagnostisch deskundigen. Door vanuit verschillende perspectieven te kijken is integratie mogelijk en kan een realiseerbaar behandelingsplan worden opgesteld.

11.3.3 *De relevantie voor individuele PMT-ers*

De individuele PMT-er heeft over het algemeen noch tijd, noch bronnen om zelfstandig onderzoek te doen naar verantwoorde, zinvolle methoden voor psychomotorische diagnostiek. Dit onderzoek biedt hen een gefundeerd kader, van waaruit zij op een vakspecifieke manier kunnen bijdragen aan de algehele diagnostiek. Daarnaast biedt het handreikingen voor progressieve diagnostiek van specifieke probleemgebieden. Uit het veldonderzoek blijkt dat daar behoefte aan is: men ziet door de bomen vaak het bos niet meer en 'doet maar wat'. Door een duidelijk raamwerk neer te zetten kan diagnostiek meer systematisch gaan plaatsvinden. Binnen het PMDC blijft daarbij de individuele werkstijl gerespecteerd, waardoor implementatie gemakkelijker wordt. Men kan binnen een duidelijk omschreven, wetenschappelijk gefundeerd kader zijn eigen expertise inzetten om tot een goede afstemming op het individu/de groep te komen. Door het duidelijke kader worden minder snel items gemist en ontstaat er een vollediger beeld van de psychomotoriek van het kind of de jeugdige. Daarnaast wordt het gemakkelijker met collega's en andere instellingen te communiceren als iedereen uitgaat van hetzelfde referentiekader.

Naast de kaders die het PMDC biedt om diagnostiek op een systematische, gefundeerde wijze te kunnen uitvoeren, blijkt het conceptueel kader, zoals dat in hoofdstuk zes is beschreven, houvast te geven bij het verantwoorden van een behandeling. Een kind kan bijvoorbeeld uitbehandeld zijn binnen de structuur/functiedimensie, terwijl er nog winst te behalen valt binnen de participatiedimensie.

De roep om 'evidence based' therapievormen is tegenwoordig groot. Volgens Emck en Smit (2000) hebben PMT-ers nog veel te doen. Er moeten specifieke modules ontwikkeld worden die binnen een zorgprogramma kunnen worden aangeboden en handleidingen moeten worden geschreven voor specifieke vormen van PMT. Toetsing van klinische ervaring is echter niet eenvoudig. PMT-ers hebben over het algemeen geen faciliteiten om onderzoek te verrichten en PMT wordt veelal als onderdeel van een behandelingsprogramma aangeboden. Hoewel er in andere landen ook soortgelijke therapievormen bestaan, zijn de internationale verschillen groot. Er is derhalve geen sprake van een helder omschreven 'body of knowledge' en er zijn geen grote internationale onderzoeken. Het Trimbos-instituut vond vaktherapieën interessant genoeg voor een verdiepend onderzoek, maar dit betreft de volwassenenpsychiatrie (Hattum & Hutschemaekers, 2000). Gezien het belang van bewegen en lichamelijkheid in de ontwikkeling van kinderen, is het hoog tijd dat ook binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie meer mogelijkheden voor onderzoek naar psychomotoriek gaan ontstaan. Door gebruik te maken van de resultaten van dit onderzoek, neemt het aantal PMT-ers met een bepaalde expertise toe, waar andere PMT-ers gebruik van kunnen maken (door kennis te nemen van de onderzoeks-resultaten, het volgen van eventuele workshops over het onderwerp, enzovoorts). Het onderzoek is daarmee van belang voor de deskundigheidsbevordering van PMT-ers en kan een impuls geven aan de motivatie van collega PMT-ers om zich eveneens in te zetten voor een wetenschappelijke onderbouwing van het vak, hetzij door zelf een onderzoek te starten, hetzij door medewerking te verlenen aan onderzoeken van collega's.

11.3.4 *De relevantie voor het vak PMT*

In de verschillende fasen van dit onderzoek kwamen grote verschillen in mening naar voren tussen wat een PMT-er al dan niet zou moeten doen. Wat als de grenzen van het vakgebied wordt ervaren blijkt zeer setting- en persoonsafhankelijk. De PMT-ers op de werkvloer noch de deskundigen uit het Randpanel zijn het primair met elkaar eens. Dit onderzoek heeft gepoogd in diverse stappen te komen tot een specifiek psychomotorisch diagnostisch instrument, waarbij de grenzen van het vakgebied worden geëxpliciteerd in de items van de checklist en de manier van verslagleggen. Harde grenzen zijn niet vast te stellen. Veel hangt af van de vooropleiding van de PMT-er en van de setting, waarin hij werkzaam is.

In het najaar van 1998 besloten de Nederlandse Vereniging voor PsychoMotorische Therapie (NVP-MT) en de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVKT) elkaar te helpen bij het expliciteren

en verduidelijken van hun therapieaanbod. Het doel is een duidelijker positionering van beide beroepsgroepen in de zorg. Producttyperingen, beschrijvingen van een specifiek aanbod gegeven een specifieke hulpvraag van de cliënt, moeten het opzetten en uitvoeren van effectonderzoek mogelijk maken. Het ontwikkelen van producten (en ook modules) is een doorlopend proces: er komen nieuwe bij en bestaande worden bijgesteld. Het is opvallend dat er tot op heden verschillende modules en producten voor diverse doelgroepen zijn geschreven, zonder expliciet stil te staan bij diagnostiek, terwijl diagnostiek de basis is van therapie. Delhaas (1999) wijst op de onduidelijke situatie rond diagnostiek die uit een voor de toekomst van vaktherapeuten belangrijk onderzoek (Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998) naar voren komt. Volgens Hutschemaekers en Neijmeijer (1998) is er weinig aanleiding te veronderstellen dat observatie en diagnostiek door vaktherapeuten een nieuwe dimensie toevoegen aan het beoordelingsproces. Elders in hun onderzoek wordt echter gesteld dat het wel een eigen karakter met een duidelijk toegevoegde waarde heeft. In de evaluaties van de implementatie van het PMDC wordt deze laatste stelling bekrachtigd. Psychomotorische diagnostiek heeft wel degelijk een meerwaarde. Een goed onderbouwde wijze van het verrichten van een PMO kan bijdragen aan het stellen van gefundeerde behandelingsdoelen en (contra)indicaties voor PMT (Hammink, 2001d).

Door de uitwerking van de nieuwe beroepenwetgeving in de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) is de identiteitskwestie van beroepen nog verder geactualiseerd. Het CONO (Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding) heeft als taak advies uit te brengen over opleidingsprogramma's, het aantal opleidingsplaatsen en identiteit van het beroep. De vaktherapeuten hebben een aparte status binnen het CONO, omdat ze niet tot de basisberoepen of specialismen binnen de GGZ kunnen worden gerekend. Kappelhof en Van Houten (1999) benadrukken dat duidelijk moet worden welke deskundigheden gemeenschappelijk zijn en welke per beroepsgroep specifiek zijn. Delhaas (2002) wijst op een andere ontwikkeling die de identiteitskwestie aanscherpt. Hij maakt inhoudelijke en beroepspolitieke bezwaren tegen een in oprichting zijnde sectie lichaamsgerichte psychologen. In de Verenigde Staten lijkt een soortgelijke tendens te bestaan om 'beweging' te gebruiken binnen psychotherapie, getuige het boek van Hays (1999) *"Working It Out. Using Exercise in Psychotherapy"*. De nadruk ligt in het boek op de psychische en emotionele voordelen van bewegen en hoe bewegen kan worden gebruikt binnen de therapie. Volgens Drewes (2000) is het onderscheid tussen psychotherapie en PMT, zoals dat in de officiële definities naar voren komt relatief. In beide vormen van therapie wordt zowel met relationele als bewegings- of ervaringsgerichte aspecten gewerkt. Ook De Lange (2001b) snijdt dit onderwerp aan en stelt dat de oude muur tussen de vaktherapie en de psychotherapie, die gestut werd door het onderscheid nonverbaal versus verbaal, niet alleen aan de zijde van de vaktherapie wordt afgebroken, maar ook aan de kant van de psychotherapie. De beroepen komen in een nieuwe verhouding tot elkaar te staan. Het is voor het vak PMT van groot belang het aanbod van de vaktherapeuten te verduidelijken en onder de aandacht te brengen. De specifieke bijdrage die een PMO kan leveren aan de algehele diagnostiek kan daarbij behulpzaam zijn.

Samenvattend kan gesteld worden dat onderzoek bijdraagt aan de kennis en kunde van de beroepsgroep. Dit onderzoek naar psychomotorische diagnostiek heeft in de lijn van de productontwikkeling vanuit het Trimbos-instituut de potentie een bijdrage te leveren aan de positionering van het vak. Vanuit het Trimbos-onderzoek (Hattum & Hutschemaekers, 2000) komt een aantal aanbevelingen naar voren, waarop in dit onderzoek is aangesloten:

- *"belangrijk is om beroepseigen onderzoek te expliciteren en naar voren te halen, waarmee de eigenheid van vaktherapie verhelderd wordt. De functie aanvullende diagnostiek krijgt zo een duidelijker plaats"* (p.126, aanvullend wil zeggen aanvullend aan het onderzoek van de verwijzer);
- *"...dat vaktherapeuten veel kunnen betekenen voor zeer verschillende doelgroepen. Enerzijds is dit een kracht: vaktherapeuten passen zich aan een doelgroep aan. Anderzijds maakt dit vaktherapie ook ongericht: alles kan.... behoefte aan explicitering van de meerwaarde en aan explicitering van de grenzen van vaktherapie. Deze zijn (nog) onvoldoende uitgekristalliseerd."* (p.128);

- *"... geen scherp beeld van de meerwaarde van (een vorm van) vaktherapie in vergelijking met verbale therapie. Met name ontbreekt het aan differentiële diagnostiek."* (p.129).

Van der Meijden (2002) omschrijft de meerwaarde van het in dit proefschrift beschreven onderzoek naar psychomotorische diagnostiek als 'een vakeigen onderzoek' met een specifiek onderwerp op een braakliggend terrein, waarvan de resultaten bruikbaar zijn binnen het onderwijs aan PMT-ers en wat bijdraagt aan het onderzoeksgevoelig maken van de leden van de NVPMT, doordat velen van hen bij het onderzoek betrokken zijn geweest.

11.3.5 De relevantie voor opleidingen op het gebied van PMT

Vanuit de praktijk, waarin het conceptueel kader zoals dat in een van de reeds gepubliceerde artikelen is neergezet reeds wordt onderwezen, blijkt dit een grote bijdrage te leveren aan het ordenen van gedachten rond de problematiek van patiënten. Studenten gaan gedifferentieerder denken en onderzoeken verschillende mogelijkheden van het plaatsen van problemen binnen de beschreven dimensies en ontwikkelingsdomeinen. Het wordt hen op deze manier snel duidelijk dat er veel variabelen werkzaam zijn in de individuele problematiek en dat het van veel factoren afhankelijk is binnen welke dimensie en ontwikkelingsdomein de kernproblemen zich bevinden en waar de behandeling het beste op kan aangrijpen.

Het PMDC is door een enkele stagiaire en beginnende PMT-er reeds gebruikt (beide verbonden aan de instelling waar een van de bij de implementatie betrokken PMT-ers werkzaam is), wat een groot leerrendement bleek op te leveren. Het richtte de blik van de betrokkenen en maakte in korte tijd duidelijk op welke items zij hun aandacht moesten richten, door middel van welke arrangementen zij bepaalde gegevens in beeld konden krijgen en hoe zij de gegevens konden interpreteren en er coherent verslag van leggen.

Gepoogd is dit onderzoek op een zodanige manier vorm gegeven dat het voor de diverse opleidingen voor PMT-ers bruikbaar is en dat het zowel voor studenten, beginnende als gevorderde PMT-ers een meerwaarde kan hebben om zich erin te verdiepen.

11.3.6 De relevantie voor andere onderzoekers op het gebied van de PMT

Systematisering en standaardisatie binnen het vakgebied zijn van belang. Het onderzoek kan in die zin een voorbeeldfunctie hebben, een inspiratiebron zijn voor andere (potentiële) onderzoekers. Het PMDC wordt in ieder geval meegenomen in een volgend (promotie)onderzoek. In de volgende paragraaf wordt een aantal aanbevelingen gedaan die wellicht inspirerend genoeg zijn voor andere onderzoekers om op door te gaan.

Door de opzet van dit onderzoek is ernaar gestreefd de kloof tussen theorie en praktijk te minimaliseren. Volgens Joosten en Joha (1994) moet de samenwerking tijdens het proces van onderzoek worden opgebouwd en moet het vorm en inhoud krijgen. In die zin is samenwerking niet alleen een voorwaarde voor, maar ook een product van het onderzoek. Hopelijk kunnen volgende onderzoekers op dit product voortbouwen.

11.3.7 De relevantie voor de maatschappij

De maatschappij zal niet direct de resultaten van dit onderzoek merken. Toch is dit onderzoek ook in het maatschappelijk kader van belang. Indien het PMDC kan bijdragen aan een goede, zorgvuldige diagnostiek (waar de resultaten van de implementatie op wijzen), kan dit ertoe leiden dat het beeld van de problematiek en de hulpvraag van kinderen met een psychiatrische problematiek completer wordt. De ontwikkelingsmogelijkheden en -beperkingen en daarmee ook de behandelingsperspectieven worden daardoor inzichtelijker. De kans neemt toe dat het juiste behandelingstraject wordt aangeboden, waardoor de kans op een zo spoedig mogelijke verbetering van de klachten vergroot wordt en de kosten voor hulpverlening kleiner kunnen worden.

11.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Er kan geen verantwoord wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden als er geen duidelijke beschrijving is van de huidige situatie. Dit onderzoek is derhalve voorwaarde voor verder onderzoek op het gebied van de psy-

chomotorische diagnostiek en nodigt uit tot verder onderzoek. Het is alles behalve af. Er is slechts een kader gesteld van waaruit verder onderzoek kan plaatsvinden. Er ligt een basiswerk, dat een weergave biedt van hetgeen in de literatuur gevonden kan worden over psychomotorische diagnostiek en het belang van bewegen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en daarnaast duidelijk maakt hoe de situatie met betrekking tot psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld momenteel is. Tevens is er een richtlijn neergezet voor het doen van psychomotorische diagnostiek in de vorm van het PMDC. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk beschreven is, levert ieder onderzoek naast resultaten ook vragen op. In deze paragraaf zullen deze vragen worden vertaald naar aanbevelingen voor verder onderzoek. De paragraaf sluit af met een aanbeveling voor het opzetten van een scholingsaanbod voor het gebruik van het PMDC.

11.4.1 *Nader psychometrisch onderzoek naar het PMDC*

Vanuit de analyse van de evaluaties van de implementatie blijkt de gebruikersvaliditeit van het PMDC goed. Nader onderzoek bij een groter aantal PMT-ers is echter nodig voor verdere onderbouwing van deze gegevens. Daarnaast zal de betrouwbaarheid moeten worden bepaald om het PMDC te kunnen laten veranderen in een PMD, zodat het niet langer een 'construct' is maar een goed, op alle fronten wetenschappelijk onderbouwd diagnosticum. Het PMDC is reeds meegenomen in de opzet voor een volgend promotieonderzoek dat aan de faculteit Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit te Amsterdam wordt verricht. De voortgang van onderzoek naar psychomotorische diagnostiek lijkt daarmee gegarandeerd.

Naast onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van het PMDC kan het diagnostisch construct wellicht meegenomen worden in een richtlijnonderzoek van het Trimbos-instituut. Voorwaarde hiervoor is dat de beroepsvereniging de uitkomsten van dit onderzoek ondersteunt en het PMDC accepteert als richtlijn voor psychomotorische diagnostiek. Het PMDC kan dan als uitgangspunt dienen voor nader richtlijnonderzoek betreffende psychomotorische diagnostiek. In een dergelijk onderzoek moeten de praktijkkennis van de PMT-ers, de ervaringskennis van patiënten en hun omgeving en de wetenschappelijke kennis, gebaseerd op de resultaten van onderzoek, worden samengebracht. Daartoe dient het PMDC verder te worden geïntroduceerd in het veld en geëvalueerd, waarna het eventueel kan worden aangepast.

11.4.2 *Psychometrisch onderzoek van een aantal veldinstrumenten*

Vanuit het onderzoek komt een aantal instrumenten naar voren die in de praktijk goed blijken te werken, maar psychometrisch verder onderzocht zouden moeten worden. Deze instrumenten hebben een grote potentie bij te dragen aan de diagnostiek, maar kunnen niet zonder meer worden ingezet. Aanbevolen wordt deze instrumenten nader te onderzoeken. Het betreft met name de trampoline-observatie van Kuin (1992) aangepast voor deze doelgroep en de observatiemethode van Emck (1997).

11.4.3 *Onderzoek naar generalisatiemogelijkheden van het PMDC naar andere doelgroepen*

Er komen verschillende vragen uit het PMT-veld om het PMDC te gebruiken bij andere doelgroepen dan de kinder- en jeugdpsychiatrie, zoals de volwassenenpsychiatrie, de geriatrie en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het PMDC is ontworpen op basis van gegevens die verzameld zijn binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Ook de implementatie heeft binnen dit werkveld plaatsgevonden. Het is dan ook de vraag of het PMDC zonder meer bruikbaar zal zijn binnen andere werkvelden. Onder meer zal moeten worden onderzocht of de items van de checklist aansluiten, of de standaardverslaglegging voldoet en of de handleiding voldoende handvatten biedt. Daarnaast zal het standaard basisbewegingsaanbod niet voor iedere doelgroep passend zijn.

11.4.4 *Onderzoek naar generalisatiemogelijkheden van het PMDC naar andere vaktherapeutische disciplines*

In de lijn van de ontwikkeling van de discipline 'vaktherapeut' ligt het voor de hand te onderzoeken of ook vaktherapeuten die met een ander medium werken (beeldend, muziek, drama), gebruik zouden kunnen maken van het PMDC. Er zal dan onderzocht moeten worden hoe PMT-specifiek de items van de checklist zijn,

welke zouden moeten worden aangepast, verwijderd of toegevoegd en vooral welk aanbod (anders dan het standaard bewegingsaanbod) moet worden gedaan om alle items in beeld te krijgen. De verwachting is dat het conceptueel model, zoals beschreven in hoofdstuk zes, ook voor andere vaktherapeutische disciplines voldoende houvast zou kunnen bieden om een 'eigen' diagnostisch construct op te baseren. Onderzoek naar de generalisatiemogelijkheden van het PMDC naar andere vaktherapeutische disciplines ligt in de lijn van de ontwikkelingen in de GGz, waarin wordt nagedacht over een beroepsopleiding 'Vaktherapeut in de GGz' (Van Dam, 2002) waarbinnen diagnostiek zeker ook een belangrijke plaats moet innemen. Bloemenkamp (2002) benadrukt het belang van het spreken van een gemeenschappelijke taal. Op basis daarvan kunnen gemeenschappelijke elementen van de verschillende disciplines worden geëxpliciteerd en posities worden verdeeld.

11.4.5 Onderzoek naar de mogelijkheden van het gebruik van het PMDC binnen ambulante settings en vrijgevestigde PMT-praktijk

Het PMDC is, zoals in hoofdstuk tien beschreven, geïmplementeerd binnen (dag)klinische settings. Om de mogelijkheden van het PMDC binnen andere settings te onderzoeken dienen soortgelijke implementatietrajecten te worden uitgezet. Dit valt buiten het kader van dit onderzoek. Wel is om een idee te krijgen of het construct bruikbaar zou kunnen zijn, het PMDC door twee verschillende PMT-ers toegepast in een ambulante setting en in een vrijgevestigde praktijk. In beide gevallen werden met behulp van het PMDC drie kinderen onderzocht. De - voorlopige - resultaten waren positief.

Binnen de ambulante setting werd de uitgebreide handleiding van het PMDC met bijlagen als verzorgd en prettig om mee te werken ervaren. Het PMDC biedt volgens de betrokken PMT-er veel mogelijkheden het op een 'eigen' manier te gebruiken en eigen observaties te verbeteren, aan te scherpen en te objectiveren. Voor het in zijn geheel afnemen van de vragenlijst en het basisbewegingsaanbod had de PMT-er vijf maal 45 minuten nodig. Het afnemen van de vragenlijst kost soms veel tijd, maar geeft veel extra informatie. Bijkomend voordeel is dat het kind al een idee krijgt van wat PMT hem te bieden heeft en waar het om gaat. Bij jongere kinderen is het soms moeilijk de juiste formulering voor de vragen te vinden. De manier van verslaglegging past niet bij de instelling en is door de PMT-er omgezet in een meer passende eigen vorm.

In een vrijgevestigde praktijk blijkt het PMDC eveneens houvast te geven. De vragenlijst voor het kind is door de betrokken PMT-er tevens gebruikt om aan de ouders voor te leggen (de vragen zijn hiervoor geherformuleerd). Dit geeft de interessante mogelijkheid het beeld van de ouders te vergelijken met dat van het kind of de jeugdige. Deze PMT-er heeft er eveneens voor gekozen vijf observatiesessies te doen om zo vrijwel het gehele basisbewegingsaanbod af te kunnen nemen en tot een zo volledig mogelijk beeld te komen. Het PMO is afgerond met een oudergesprek (in plaats van een multidisciplinair overleg), waarin de resultaten zijn toegelicht en herkenbaarheid in de thuis-(en school)situatie werd gecheckt. De uitgebreide verslaglegging werd door de ouders gewaardeerd. Kopjes 'n.v.t.' zijn in deze verslagen weggelaten. Bij het kopje 'a Conclusies vanuit eerder onderzoek' zijn de dossiergegevens vanuit eerdere onderzoeken (bijvoorbeeld van een bureau voor pedagogische hulp, spelobservatie, neuroloog, schoolbegeleidingsdienst) verkort weergegeven. Het kopje 'c Diagnostiek volgens het PMDC' is uitgesplitst naar 1. intakegesprek met ouders, 2. vragenlijst met het kind, 3. observaties tijdens bewegingsarrangementen. Dit kopje is afgesloten met het verwoorden van mogelijkheden en beperkingen.

11.4.6 Onderzoek naar de haalbaarheid en zinvolheid van het oprichten van een kenniscentrum met betrekking tot psychomotorische diagnostiek

Volgens Baken en collega's (1999) blijkt uit een onderzoek naar vraag en aanbod van wetenschappelijke informatie binnen de gehandicaptensport dat er nauwelijks sprake is van afstemming tussen beide. De vragen zouden niet worden gesignaleerd en evaluatieve momenten ten aanzien van de gebruikerswaarde van het aanbod zouden ontbreken. Daarnaast zouden vragers veelal niet in staat zijn om bruikbare informatie te traceren of om wetenschappelijke informatie te vertalen naar de praktijk. Naar aanleiding van het onderzoek is een ken-

nis- en informatiecentrum opgezet met een coördinerende functie in het verzamelen, registreren, vertalen en verstrekken van informatie over handicap en sport, waarmee het een brugfunctie vervult tussen wetenschap en praktijk. Roelofsen (2001) omschrijft een kenniscentrum als een plek waar het veld met vragen terecht kan, die doorgestuurd worden aan en beantwoord worden door de juiste personen in het veld. Daarnaast kan het gebruikersbijeenkomsten, conferenties en expertbijeenkomsten organiseren om kennis te verspreiden en vergroten.

Voor psychomotorische diagnostiek is de situatie niet anders dan bij de gehandicaptensport. Uit het onderzoek blijkt dat de meeste PMT-ers geen idee hebben wat er wetenschappelijk onderzocht is en wat de waarde is van de instrumenten die zij gebruiken. Het oprichten van een kenniscentrum of deskundigheidsteam zou een oplossing kunnen zijn voor het probleem dat de PMT-er op de werkvloer geen tijd heeft zich te verdiepen in nieuwe diagnostische methoden of hoe überhaupt systematisch te diagnosticeren. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan een coördinerend orgaan dat zorg draagt voor het verzamelen, registreren, vertalen en verstrekken van informatie over psychomotorische diagnostiek. Het kenniscentrum zou tevens bij- en/of nascholingen kunnen verzorgen op het gebied van de psychomotorische diagnostiek. Daarnaast zou het mogelijk moeten zijn freelance psychomotorische diagnostiek te verrichten op aanvraag van een instelling of de PMT-er ter plekke te coachen. Het PMDC kan dan bijdragen aan de vraag naar flexibele arrangementen ten behoeve van diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld, zoals die door Verheij (2000b) werd geformuleerd. Een specialist in psychomotorische diagnostiek kan dan worden ingehuurd op verschillende plaatsen (poliklinisch, dagklinisch, klinisch) om een vakspecifieke bijdrage aan de diagnostiek te leveren.

Het is de vraag of er gedacht moet worden aan een onafhankelijk kenniscentrum of dat dit geïntegreerd zou kunnen worden binnen een van de opleidingen tot PMT-er. Onderzocht moet worden hoe groot de behoefte is aan een dergelijk kenniscentrum en wat de financiële en organisatorische mogelijkheden zouden zijn een dergelijk centrum op te richten.

11.4.7 Nader onderzoek naar een eenduidig overkoepelend conceptueel kader voor de PMT

De aanzet, zoals deze is gegeven in hoofdstuk vijf dient nader te worden uitgewerkt, opdat PMT-ers vanuit een eenduidig overkoepelend kader kunnen denken en handelen en hun handelen kunnen verantwoorden. Van daaruit kan ook meer helderheid ontstaan over de grenzen van het vak.

11.4.8 Onderzoek naar de mogelijkheid van het opstellen van profielen op basis van het PMDC

Herhaaldelijk onderzoek van een groep kinderen die een kenmerk gemeen hebben biedt de mogelijkheid tot het trekken van generaliseerbare, wetenschappelijk te verantwoorden conclusies. Als dit onderzoek met behulp van het PMDC plaatsvindt, kan wellicht in de toekomst gekomen worden tot profielen. Bepaalde groepen kinderen zullen op bepaalde items vrijwel altijd hoog scoren. Deze gedachte is uitgewerkt voor de groep kinderen met contactstoornissen. Uit de kernchecklist zijn enkele items gelicht, waarbij niet gepretendeerd wordt volledig te zijn. Hieronder wordt een dergelijk prototype profiel op basis van het PMDC voor kinderen met contactstoornissen weergegeven. Op de weergegeven items scoren deze kinderen vrijwel altijd hoog (dus afwijkend):

Binnen de structuur/functie dimensie:

- *lichamelijk domein:*
 - *houterig, fladderig en/of stereotiep bewegingsbeeld*
 - *ervaren van lichaamsgrenzen en grenzen in de ruimte (vervloeien)*
- *cognitief domein:*
 - *lichaamsplan/schema*
 - *perceptie van het onderscheid tussen fantasie en realiteit*
 - *hantering van interne en externe prikkels*
- *emotioneel domein:*
 - *angstige beleving van bewegen*

- *exploratie*
- *congruentie en adequaatheid van stemming*

Binnen de activiteiten dimensie

- *lichamelijk domein*
 - *basismotorische vaardigheden*
 - *hanteren van eigen gedrag*
- *cognitief domein:*
 - *ordenen en structureren van sport en spel*
 - *maken van adequate bewegingskeuzen*
 - *herkennen van lichaamssignalen*
 - *begrijpen van (non)verbale boodschappen*
 - *generaliseren van kennis*
- *emotioneel domein:*
 - *omgaan met eigen lichaam (ongelukjes)*
 - *maken van overgangen in bewegingssituaties*
 - *omgaan met gevaar*
 - *omgaan met emoties*
- *sociaal domein:*
 - *omgaan met grenzen van anderen*
 - *contact leggen, onderhouden en beëindigen*
 - *omgaan met hulp, kritiek en complimenten*

Binnen de participatie dimensie

- *participatie in een sportclub*
- *participatie in vriendschappelijke relaties*

Contextuele factoren

- *benodigde structuur van de omgeving*

Verdere uitwerking van profielen valt buiten het kader van dit onderzoek. In de toekomst wordt het wellicht mogelijk te stellen dat indien een kind hoog scoort op een bepaalde combinatie van items er gedacht moet worden aan een bepaalde stoornis. *Deze hypothese zal altijd in breder verband getoetst moeten worden!* Indien het mogelijk is tot dergelijke profielen te komen, wordt voldaan aan een behoefte uit het veld waarin een diagnostisch instrument moet bijdragen aan het totaalbeeld, maar ook moet differentiëren tussen verschillende doelgroepen.

11.4.9 Onderzoek naar de toegevoegde waarde en mogelijkheden van gezinsdiagnostiek

Het PMDC combineert individuele diagnostiek en groepsdiagnostiek, wat volgens de bij de implementatie betrokken PMT-ers een absolute meerwaarde heeft. Dit kwam ook tijdens de interviews met PMT-ers in het veld naar voren. Naast individuele diagnostiek en groepsdiagnostiek is er een opkomende vraag naar psychomotorische gezinsdiagnostiek. In hoofdstuk vijf werd gesteld dat psychomotorische gezinsdiagnostiek veel relevante informatie kan geven en duidelijke handvatten biedt voor behandeling. De mogelijkheden van psychomotorische gezinsdiagnostiek zijn niet in het PMDC verwerkt, omdat er op dit moment nog te weinig PMT-ers zijn die regelmatig een psychomotorisch gezinsdiagnostisch onderzoek uitvoeren. Vanwege het enthousiasme van diegenen die dat wel doen is er een kort vooronderzoek gedaan naar de mogelijkheden en meerwaarde van psychomotorische gezinsdiagnostiek. Er zijn acht PMT-ers benaderd die werken met gezinnen, waarvan er zeven bereid waren de vragenlijst in te vullen. Deze PMT-ers kenden, naast de PMT-ers die al in de onderzoeksgroep zaten, geen andere PMT-ers die ook met gezinnen werkten, waardoor de onderzoeksgroep - binnen het beperkte kader van dit vooronderzoek - niet verder kon worden uitgebreid. Een korte samenvatting van de onderzoeksresultaten wordt hieronder weergegeven.

Het blijkt dat niet alle PMT-ers die gezinsdiagnostiek doen een eenduidig theoretisch referentiekader hanteren. Sommigen werken alleen uit de eigen ervaring, anderen hebben gerichte supervisie gehad bij een systeemtherapeut en weer anderen hebben een aanvullende opleiding/bijbscholing in de systeemtherapie gevolgd. Deze laatste groep werkt over het algemeen eclectisch.

De PMT-ers verschillen aanzienlijk in de mate waarin zij gebruik maken van een vast protocol voor gezinsdiagnostiek. De één gebruikt helemaal geen protocol, de ander maakt gebruik van een vaste opbouw, met vaste arrangementen en bijbehorende aandachtspunten. De PMT-ers gebruiken geen checklist bij de diagnostiek of hebben deze niet op papier vastgelegd en hebben de aandachtspunten in hun hoofd.

De uiteindelijke arrangementkeuze hangt bij alle PMT-ers af van de hulpvraag en de problematiek. Wel is er een aantal thema's die door veel van de respondenten genoemd worden waar omheen een arrangement wordt gecreëerd. Deze thema's zijn bijvoorbeeld 'samenwerken', 'rivaliteit', 'zorg(en) voor elkaar', 'waardering en kritiek', 'grenzen', 'posities binnen het gezin' en 'leiden en volgen'.

De toegevoegde waarde van gezinsdiagnostiek ligt volgens de betrokkenen in het feit dat snel duidelijk wordt in hoeverre een (soms schijnbaar strikt individueel) probleem een uiting is van disfunctioneren van het gezinssysteem. Een gezin heeft historie met elkaar die vaak verbonden is met de klacht. In een paar sessies worden problemen heel snel bloot gelegd. Met name bij verbaal minder sterk ontwikkelde gezinnen én bij gezinnen die verbaal juist erg sterk zijn is psychomotorische gezinsdiagnostiek een verrijking. Het opnemen op video en samenwerking met een systeemtherapeut of maatschappelijk werker wordt zinvol geacht.

In de lijn van de positionering van het vak lijkt het zinvol gezinsdiagnostiek verder uit te werken, zodat ook collega PMT-ers een richtlijn hebben hoe gezinsdiagnostiek op een goede manier kan worden uitgevoerd. Onderzocht moet worden of dit binnen het kader van het PMDC kan, of dat er een apart conceptueel model moet worden neergezet voor het gebruik bij gezinnen.

11.5 Scholing in het gebruik van het PMDC

Het gebruik van het PMDC zal enige scholing vergen. De PMT-er moet bekend gemaakt worden met de terminologie van de ICIDH-2 en met het voorgeschreven basisbewegingsaanbod. Ook het invullen van de checklist, het verslagleggen en het afstemmen van het aanbod op leeftijd, problematiek, doelgroep en setting is van belang. Neijmeijer, Van de Wijgert en Hutschemaekers (1996) benadrukken het belang van het inspelen van het scholingsaanbod op de behoeften uit het veld. (Beginnende) beroepsbeoefenaren voelen zich niet zelden te weinig geëquipeerd. Vanuit het in de vorige hoofdstukken beschreven onderzoek en de signalen uit het veld blijkt dat er behoefte is aan een richtlijn voor psychomotorische diagnostiek. Een scholingsaanbod voor het gebruik van het PMDC kan in deze behoefte voorzien.

Omdat vanuit de implementatie blijkt dat het interpreteren van de gegevens en het verslagleggen lastig is, moet in de scholing tenminste één 'herhalingsmoment' worden ingebouwd, waarin vragen die zijn opgeroepen tijdens het gebruik van het PMDC kunnen worden beantwoord en terugkoppeling kan worden gegeven op (naar de opleider gezonden) verslagen. Een scholing van één dag (ochtend theorie, middag praktijk), gevolgd door een terugkommiddag lijkt inhoudelijk het meest zinvol en praktisch goed haalbaar.

Een belangrijk aandachtspunt is ook, zoals ook in hoofdstuk tien is beschreven, hoe voorkomen kan worden dat er vele versies van het PMDC gaan ontstaan. Veel PMT-ers zijn geneigd instrumenten enigszins aan te passen of te gebruiken om de eigen manier van observeren te verbeteren. Daarmee zou een belangrijk doel van het PMDC, het op gestandaardiseerde, systematische manier uitvoeren van een psychomotorisch onderzoek opdat dit overdraagbaar is naar (PMT-)collega's binnen het multidisciplinaire team en naar andere instellingen en werkvelden, verloren gaan. Het belang van het gebruik van de originele PMDC-versie zal ook tijdens een scholingsaanbod moeten worden vermeld.

11.6 Epiloog

(Wetenschappelijke) onderbouwing van het vak PMT zal mede bepalend zijn voor de ruimte en plaats die PMT in de gezondheidszorg in de toekomst zal innemen. De meeste PMT-ers staan hier inmiddels positief tegenover. In het jongste beleidsplan van de beroepsvereniging wordt het belang van onderzoek onderstreept. Het vormt een basis voor beleid, draagt bij aan profilering van het vak en maakt evaluatie, verantwoording en afbakening van het werk van PMT-ers mogelijk (NVPMT, 2001). Er is echter ook kritiek. Het schrijven van modules kost veel tijd en is moeilijk. Faciliteiten vanuit de werkgever zijn dan ook noodzakelijk. Daarnaast zijn sommige PMT-ers bang dat het expliciet maken van wat de PMT-er doet hen tot een gemakkelijke prooi maakt voor kritiek. Zij kunnen door verwijzers en financiers afgerekend worden op onvoldoende resultaten. De overheid eist echter explicitering en bovendien hebben patiënten het recht om te weten wat hen tijdens de diagnostiek en behandeling te wachten staat. De angst dat modules een keurslijf zijn waarin alles van tevoren vast staat is onjuist en ook steeds minder hoorbaar in het PMT-veld. Ook modules en producten vragen om afstemming op het individu en interactie. Bovendien zullen nieuwe en andere inzichten vragen om het bijstellen en up-to-date houden van de bestaande modules en producten. De actieve PMT-ers die zich bezig houden met het schrijven van modules en producten hebben behoefte aan terugkoppeling. Zonder terugkoppeling en positieve stimulering is het moeilijk vol te houden telkens weer aanpassingen te maken. *"Om doorzetten te stimuleren is een vorm van beloning en erkenning belangrijk, zowel van beroepsverenigingen als van werkgevers."* (Hattum & Hutschemaekers, 2000, p.132). Op deze manier kan de specifieke deskundigheid van de PMT-er meer in het voetlicht geplaatst worden, waardoor andere disciplines hem daar ook meer op zullen aanspreken en de PMT-er een duidelijke positie voor zichzelf creëert. Probst en Bosscher (2001) stellen dat de invulling van modules en producten met veel overleg en op basis van literatuuronderzoeken en klinisch veldwerk moet gebeuren. Theoretische en praktische diepgang zijn noodzakelijk, terwijl er ook voldoende speelruimte moet blijven voor patiënt en therapeut.

Richtlijnen zijn geen doel op zich, maar dienen de kwaliteit van zorg. *"Een richtlijn opstellen die wetenschappelijk goed doortimmerd in elkaar zit, die aansluit bij de praktijk van alle dag, en waarmee alle gebruikers zich ook daadwerkelijk geholpen voelen, is geen eenvoudige opgave"* (Smeets, 2000, p.3). Volgens Probst en Bosscher (2001) zal PMT alleen maar op waarde kunnen worden geschat als er voldoende wetenschappelijk onderzoek is verricht zodat PMT naast de theoretische grondslagen ook wetenschappelijk wordt onderbouwd. Dit onderzoek heeft daaraan willen bijdragen. Afsluitend aan deze vooruitblik een citaat van Best (2000, p.197) *"Professional collaborations can offer opportunities for reflection, definition and growth, if an attitude of curiosity, rather than insecurity, can be stimulated."*

Literatuur

A

- Aendekerk, E.W.C. (1987). *Stap voor stap*. Amsterdam: Opleiding voor psychomotorische therapie.
- Aendekerk, E.W.C. & Verheij, F. (1989). Het bewegingstherapeutisch proces van kinderen met gedragsstoornissen en agressiviteit vanuit een psychodynamische benadering. *Bewegen & Hulpverlening*, 6, 280-298.
- Aendekerk, E.W.C. (1993). Groeien naar meer geïntegreerd bewegen. Het bewegingstherapeutische proces met kinderen met een aan autisme verwante stoornis. In F. Verheij, R. Eijsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; Praktijk en visie* (pp. 130-140). Assen: Van Gorcum.
- Aendekerk, E.W.C. (1994). Groeien naar meer integratie in bewegen. Het bewegingstherapeutische proces met kinderen met een aan autisme verwante stoornis. *Bewegen & Hulpverlening*, 11, 60-62.
- Ajuriaguerra, J. (1964). *L'écriture de l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Allen, J. & Hippiusley-Cox, J. (2000). Teenage pregnancy in the UK: Where are we going wrong? *International Journal of Adolescent Medical Health*, 12, 261-273.
- Allin, M., Matsumoto, H., Santhouse, A.M., Nosarti, C., AlAsady, M.H.S., Stewart, A.L., Rifkin, L. & Murray, R.M. (2001). Cognitive and motor function and the size of the cerebellum in adolescents born very pre-term. *Brain*, 124, 60-66.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- Arendse, C., Vermeer, A. & Severijnen, J. (1998). De platenschaal voor zelfwaargenomen competentie en sociale acceptatie bij kinderen met cerebrale parese: een factoranalytisch onderzoek. *Bewegen & Hulpverlening*, 15, 224-234.

B

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M.de & Teunissen, J. (1995). *Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M. & Van der Meer-Middelburg, A.G.E. (1996). *Open Interviews; Praktische handleiding voor het voorbereiden en afnemen van open interviews*. Houten: Stenfert Kroese.
- Baardman, I. (1989). *Ingebeelde lelijkheid*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Free University Press.
- Baartman, H. (1993). Diagnostiek op weg naar hulpverlening. In G.H. van Gemert & R.B. Minderaa (Red.), *Zorg voor verstandelijk gehandicapten* (pp. 251-259). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Baecke, J.A.H., Fassaert, Y.A.H., Rossum, J.H.A. & Kolk, W. van de (1989). Motoriek bij kleuters: Samenstelling en normering van een in de jeugdgezondheidszorg hanteerbare test. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 67, 100-104.
- Baken, W.C., Vermeer, A., Nelissen, P.W.M. & Klugkist, I. (1999). Informatievoorziening in de gehandicaptenzorg. *Bewegen & Hulpverlening*, 16, 183-207.
- Barrett, H. (1997). How young children cope with separation: Toward a new conceptualization. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 339-358.
- Beek, Y. van, Papousek, H. & Hopkins, B. (1992). Beweging en vroege communicatie. In B. Hopkins & A. Vermeer (Red.), *Kinderen in beweging* (pp. 63-87). Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Beentjes, M. (2002). Eetstoornissen niet door slankheidsideaal. Anorexiapatiënten hebben vaak een afwijking in hun AGRP-gen. *De Amersfoortse courant*.
- Berben, E., Konijn, C., Verheij, F. & Donker, M. (1997). *Recht van overpad. Onderzoek naar het domein van de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en de grensvlakken met de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Berben, E.G.M.J. (2000). *Als iedereen hetzelfde was. Indicietelling in de jeugdzorg*. Maastricht: Shaker Publishing.
- Berckelaer-Onnes, I.A. van, Harinck, F.J.H. & Smit, M. (1981). *Auti-schaal ten behoeve van de onderkenning van vroegkinderlijk autisme. Handleiding en verantwoording*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Berkers, W. (1998). *Praktijkgericht onderzoek en methodiekontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Best, P.A. (2000). Theoretical diversity and clinical collaboration: reflections by a dance/movement therapist. *The arts in Psychotherapy*, 27, 197-211.
- Bhargava, A. (2000). Modeling the effects of maternal nutritional status and socioeconomic variables on the anthropometric and psychological indicators of Kenyan infants from age 0-6 months. *American Journal of Physical Anthropology*, 111, 89-104.
- Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 5, 564-577.
- Bigner, J.J. (1979). *Parent-child relations. An introduction to parenting*. New York: MacMillan Publishing Co.
- Bilo, R.A.C., Voorhoeve, H.W.A. & Koot, J.M. (1996). *Kind in ontwikkeling; Een handreiking bij de observatie van jonge kinderen*. Utrecht: Lemma.
- Black, M.M., Hess, C.R. & Howard, J.B. (2000). Toddlers from Low-Income families have below normal Mental, Motor, and Behavior Scores on the Revised Bayley Scales. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21, 655-666.

- Bloch, H. (1998). Sensory-motor coordinations: Their relation to cognition. In F. Simion & G. Butterworth (Eds.), *The development of sensory, motor and cognitive capacities in early infancy. From Perception to Cognition* (pp. 257-276). East Sussex: Psychology Press.
- Bloem, R.M. (1981). *Bewegingsonderwijs voor de basisschool*. Baarn: Bekadidact.
- Bloemenkamp, H. (2002). Plaatsbepalingen. PMT Info Site, kolom gastauteur maart 2002.
- Blom, L.M. (1994a). Het samenspel van gezinstherapie en psychomotorische therapie. *Systeemtherapie*, 6, 159-172.
- Blom, L.M. (1994b). Reactie op "De Betuwelijn en psychomotorische therapie met gezinnen: een pleidooi voor verdieping". *Bewegen & Hulpverlening*, 11, 128-132.
- Boelsma, M. (1998). Ik wil beter worden maar niet aankomen!. *Algemeen Dagblad*, 20 november 1998, *Gezondheidsbijlage*.
- Boer, J.E. de & Verheij, F. (1989). Therapieën, ondersteuning, erkenning en hantering. In F. Verheij & H. van Loon, *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 115-149). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Boer, J.E. de (1991a). Inleiding. In J.E. de Boer (Red.), *Infantpsychiatrie: de gezonde en verstoorde ontwikkeling van de vroege ouder-kind relatie* (pp. 1-2). Assen: Van Gorcum.
- Boer, J.E. de (1991b). Infantpsychiatrie. In J.E. de Boer (Red.), *Infantpsychiatrie: de gezonde en verstoorde ontwikkeling van de vroege ouder-kind relatie* (pp. 3-22). Assen: Van Gorcum.
- Boer, J.E. de (1993). Infantpsychiatrie. "Hot topic of the future". In J.E. de Boer (Red.), *Infantpsychiatrie II. De gezonde en verstoorde ontwikkeling van het zeer jonge kind* (pp. 17-51). Assen: Van Gorcum.
- Boer, E. de, Bosscher, R.J. & Stibane, K.W.U.F. (1994). Lichamelijke activiteit als behandeling van motorisch stereotiep gedrag. *Bewegen & Hulpverlening*, 11, 15-31.
- Boer, T. de, Marlet, C. & Rekkers, M. (1995). Psychomotorische therapie op de Riagg. *Bewegen & Hulpverlening*, 12, 180-188.
- Boer, J.E. de (1996). De dagbehandeling van zuigelingen en peuters. In F. Verheij & F.C. Verhulst (Red.), *Het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld* (pp. 19-30). Assen: Van Gorcum.
- Bogers, N. (2000). Anorexia gevolg van cultuur. *Spits*, 20 januari 2000, *katern I-zone*.
- Bortoli, L. & Robazza, C. (1997). Italian Version of the Perceived Physical Ability Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 187-192.
- Bös, K. & Mechling, E.H. (1983). *Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen (BAT)*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bös, K. & Mechling, E.H. (1985). *Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen (BAT)*. Handanweisung. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bös, K. (1987). *Handbuch sportmotorischer Tests*. Göttingen-Toronto-Zürich: Verlag für Psychologie.
- Bosscher, R.J. (1980). Bewegen en lichamelijkheid als centrale thema's van omgang in de psychomotorische therapie. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 9, 2-15.
- Bosscher, R., Krommert, M., Pennings, J., Rebel, J., Stegink, D., Veldhuizen, T. van & Vroon, R. (1987). Gepercipieerde lichamelijke competentie: gemeten en gewogen. *Bewegen & Hulpverlening*, 4, 291-310.
- Bosscher, R. & Baardman, I. (1989). Het meten van gepercipieerde competentie bij psychiatrische patiënten. *Bewegen & Hulpverlening*, 6, 312-322.
- Bosscher, R.J. (1991). *Runningtherapie bij depressie*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Thesis.
- Bosscher, R. (1996). Over de effectiviteit van runningtherapie bij depressie. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 246-258.
- Bosscher, R.J., Smit, J.H. & Kempen, G.I.J.M. (1997). Algemene competentieverwachtingen bij ouderen. Een onderzoek naar de psychometrische kenmerken van de Algemene Competentieschaal (ALCOS). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 52, 239-248.
- Brazelton, T.B. (1984). *Listen to a child*. Mass: Addison-Wesley Publishing Company.
- Brazelton, T.B. (1987). *What every baby knows*. Mass: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bremner, G., Slater, A. & Butterworth, G. (Eds.) (1997). *Infant Development. Recent Advances*. East Sussex: Psychology Press.
- Bremner, G. (1998). From perception to action: The early development of knowledge. In F. Simion & G. Butterworth (Eds.), *The development of sensory, motor and cognitive capacities in early infancy. From Perception to Cognition* (pp. 239-256). East Sussex: Psychology Press.
- Broers, E., Berben, E., Smit, F. & Lange, J. de (1998). *De RAND-Methode. Een methode om de gepastheid van verpleegkundige interventies en het beslissingsproces in kaart te brengen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Broks, P.C.M., Elias, C.L., Meesters, C.M.G. & Vermeer, A. (1999). Reële motorische competentie en zelfwaargenomen competentie: een onderzoek bij moeilijke lerende kinderen en basisschoolleerlingen. *Bewegen & Hulpverlening*, 16, 18-27.
- Bronson, W.C. (1971). The growth of competence: Issues of conceptualisation and measurement. In H.R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations*. New York: Academic Press.
- Brook, R.H. (1994). The RAND/UCLA Appropriateness Method. In K.A. McCormick et al (Eds.), *Clinical Practice Guideline Development Methodology Perspectives* (pp. 59-67). AHCPR Pub. No. 95-0009.
- Browder, D.M. (1987). *Assessment of Individuals with Severe Handicaps*. London: Harper and Row.
- Brown, T.A., Cash, T.F. & Mikulka, P.J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.
- Bruininks, R.H. (1978). *Examiners Manual Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency*. Circle Pines, Minn.: AGS.
- Bruyn, E.E.J. de, Pameijer, N.K., Ruijsseenaars, A.J.J.M. & Aarle, E.J.M. van (1995). *Diagnostische besluitvorming. Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Bruyn, E.E.J. de (1988). Besluitvorming in de klinische psychodiagnostiek. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 43, 263-279.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis & cognitive science: A multiple code theory*. New York: Longman Publishing.

- Buitelaar, J.K. (2000). Aanvullende informatie over het lichamelijk functioneren, inclusief het aanvragen van laboratorium- en beeldvormend onderzoek. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Adolescentenpsychiatrie* (pp. 183-194). Assen: Van Gorcum.
- Burg, J. van (2000). *Het bewegen gewogen. Veldonderzoek naar het gebruik van psychomotorische diagnostiek in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen.
- Bylund, B., Cervin, T., Finnstrom, O., Gaddlin, P.O., Leijon, I., Mard, S., Samuelsson, S., Sandstedt, P. & Warngard, O. (2000). Very low-birth-weight children at 9 years: school performance and behavior in relation to risk factors. *Prenatal & Neonatal Medicine*, 5, 124-133.

C

- Cash, T.F. (1990). *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*. Norfolk, VA: Old Dominion University.
- Cools, A.T.M. & Hermanns, J.M.A. (1979). *DOS Handleiding*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Coppenolle, H. van, Vandereycken, W., Pierloot, R. & Depreitere, L. (1984). Constructie van een vragenlijst over de lichaamsbeleving bij anorexia nervosa patiënten. *Bewegen & Hulpverlening*, 1, 42-56.
- Coster, W.J. & Haley, S.M. (1992). Conceptualization and measurement of disablement in infants and young children. *Infants and Young Children*, 4, 11-22.
- Crabtree, B.F. & Miller, W.L. (1992). A Template Approach to Text Analysis: Developing and Using Codebooks. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research* (pp. 93-109). London: Sage Publications.
- Croon, M. (1999). Trauma verandert de biologie. Onderzoek kindermishandeling geldt als soft science. *NRC Handelsblad*, 30 oktober 1999, katern Wetenschap & Onderwijs.
- Crowe, T.K., McClain, C. & Provost, B. (1999). Motor development of native American children on the Peabody developmental motor scales. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 514-518.

D

- Daalen, E. van. (2000). De ontwikkeling van de infantpsychiatrie. In J. Vandeputte, J. Buitelaar, P. Cohen-Kettenis & W. Matthys (Red.), *Uit de kinderschoenen - 60 jaar kinder- en jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (pp. 6-18). Assen: Van Gorcum.
- Dalkey (1969). An experimental study of group opinion. The Delphi method. *Futures*, 408-426.
- Dam, M. van (2002). Begeleidend schrijven bij de schriftelijke weergave van de studiedag "Beweging, klank en verbeelding in de GGZ". Amsterdam: RINO Noord Holland.
- DeGangi, G.A. (1994). *Documenting Sensorimotor Progress. A Pediatric Therapist's guide*. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders.
- DeGangi, G.A., Breinbauer, C., Roosevelt, J.N., Porges, S. & Greenspan, S. (2000). Prediction of childhood problems at three years in children experiencing disorders of regulation during infancy. *Infant Mental Health Journal*, 21, 156-175.
- DeHart, G.B., Sroufe, L.A. & Cooper, R.G. (2000). *Child Development. Its Nature and Course. Fourth edition*. New York: McGraw Hill.
- Delhaas, J.L.M. (1999). Vaktherapeuten: wat kan en wat moet? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54, 365-368.
- Delhaas, J.L.M. (2002). Het lichaam in de psychologie. Afstand en nabijheid van psychomotorisch therapeuten en psychologen. *PMT info Site, kolom Gastauteurs, januari en februari 2002*.
- Diagnostic Classification: 0-3. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. (1995). Arlington: National Center for Clinical Infant Programs.
- Dijk, F. (1999). Naar Boven, ofwel: klimmen op de klimwand binnen de psychomotorische therapie. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 5, 4-8.
- Dijkum, C. van, Dobben de Bruyn, I. van & Kats, E. (1981). *Actie-onderzoek. Een discussie- en werkboek*. Meppel: Boom.
- Dillen, G. van (2002). *De vijf Ritmes van Gabrielle Roth. Een Winterwave!* Foldermateriaal, eigen uitgave.
- Doesum, K. van (1989). *Als ouders psychiatrische problemen hebben.... Een delphi-onderzoek over preventiemogelijkheden ten behoeve van kinderen van ouders met psychiatrische problematiek*. Arnhem: Riagg.
- Donker, M.C.H. (1987). *De toets der goede bedoelingen: een inleiding tot programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Donker, M.C.H. (1990). *Principes en praktijk van programma-evaluatie*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Doorn, P. van, Colla, P. & Folgering, H. (1983). Een vragenlijst voor hyperventilatieklachten. *De Psycholoog*, 18, 573-577.
- Doorn, E.C. van & Verheij, F. (1991). Opbouw vanaf de basis; het aanbieden van correctieve schoolervaringen bij kinderen met ernstige motivatieproblemen. In A.M.L. Collot d'Escury-Koenigs, T.J. Engelen-Slaterse & L.J. Tjhuis (Red.), *Gelukkig op school? Emotionele stoornissen en het functioneren op school* (pp.183-195). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Doorn, E.C. van (1992). Cognitieve ontwikkeling: een klinische benadering. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (pp. 172-182). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Doorn, E.C. van (1995). *Behandelen op school. Naar een educatieve therapie*. Assen: Van Gorcum.
- Doorn, E.C. van & Dungen, M.G.M. van den (1998). Onderzoek naar complexe behandelingsvormen. *Niet gepubliceerd*.
- Doty, A.K., McEwen, I.R., Parker, D. & Laskin, J. (1999). Effects of Testing Context on Ball Skill Performance in 5-Year-Old Children With and Without Developmental Delay. *Physical Therapy*, 79, 818-826.

- Douwes Dekker, L.F. (1990). Evaluatie van instrumenten die functionele motorische vaardigheden meten ingeval van hersenbeschadiging. *Bewegen & Hulpverlening*, 7, 240-256.
- Draaijer, E. (1998). Psychomotorische therapie met ouder en kind. *Tijdschrift voor Psychomotorische therapie*, 4, 4-9.
- Drewes, A. (2000). Psychomotorische therapie en psychotherapie. *PMT Info Site*, kolom gastauteurs, augustus 2000.
- Duyx, J.H.M. (1996). De klinische psychiatrische behandeling van jeugdigen. In F. Verheij & F.C. Verhulst (Red.), *Het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld* (pp. 62-67). Assen: Van Gorcum.

E

- Eggert, D. (1971). *Manual LOS KF-18*. Weinheim: Beltz Test.
- Emck, C. (1995). Het diathese-stressmodel: een basis voor psychomotorische therapie bij borderline problematiek. *Bewegen & Hulpverlening*, 12, 105-120.
- Emck, C. (1996). Patiënt helpt cliënt: PMT overbodig. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 2, 10-14.
- Emck, C. (1997a). Een diagnostische procedure voor psychomotorische therapie. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 127-140.
- Emck, C. (1997b). Reis naar de hemel op een oude fiets. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 3, 13-14.
- Emck, C., Hoogen, E. van der & Smit, C. (1997). Op wiel'tjes. Eerste ervaringen met een inline skate-project in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 3, 4-11.
- Emck, C. & Smit, C. (2000). Wat beweegt hen? Over adolescenten en psychomotoriek. In J. Vandeputte, J. Buitelaar, P. Cohen-Kettenis & W. Matthys (Red.), *Uit de kinderschoenen - 60 jaar kinder- en jeugdpsychiatrie UMC-Utrecht* (pp. 112-125). Assen: Van Gorcum.
- Emck, C., Meijden-Van der Kolk, H. van der & Rekkers, M. (2000). Non-specifieke producten. In M. van Hattum & G. Hutschemaekers (Red.), *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie* (pp. 29-44). Utrecht: Trimboos-instituut.
- Emck, C. (2001). *Ik ben te oud om slechts te spelen....Over indicatiestelling voor vaktherapie, PMT in het bijzonder*. Lezing GGZ NHN, 30 november 2001.
- Emck, C. (2002). Psychomotorische Therapie: weer(ga)loos, wonderbaarlijk of werkzaam? *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 8, 10-14.
- Emck, C. & Hekking, P.J.A.M. (2002). *Kader voor werkplaats BGM & LGM*. Zwolle: VOPMT.
- Empelen, R. van (1992). Meetmethoden gericht op de kwaliteit van de motoriek. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 184-188.
- Erikson, E.H. (1972). *Het kind en de samenleving*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Evers, A., Caminada, H., Koning, R., Laak, J. ter, Maesen de Sombreff, P. van der & Starren, J. (1988). *Richtlijnen voor ontwikkeling en gebruik van psychologische tests en studietoetsen*. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van & Laak, J. ter (1992). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van & Groot, J.C. (2000). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Evers, R. (2001). Motoriek kinderen beter wanneer ze buiten spelen. *Metro*, 18 januari 2001.

F

- Fabius, M. & Houten, E. van (Red.) (1998). *Handleiding Module-ontwikkeling voor Psychomotorische Therapie*. Amersfoort: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische therapie.
- Fahrenfort, J. (1984). Een oriëntatie voor onderzoek naar psychomotorische therapie. *Bewegen & Hulpverlening*, 1, 168-176.
- Fahrenfort, J. (1986). *Psychomotorische Therapie. Een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Feij, J.A., Zuilen, R.W. van & Gazendam, A. (1982). De ontwikkeling van een Nederlandse vragenlijst voor sensation seeking: De spanningsbehoefte lijst (SBL). *Tijdschrift voor psychologie*, 10, 364-383.
- Feij, J.A. & Zuilen, R.W. van (1984). *SBL Handleiding. Spanningsbehoefte lijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ferdinand, R.F. (1995). *Psychopathologie bij adolescenten en jongvolwassenen. Predictie, beloop en prevalentie*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Ferdinand, R.F. & Verhulst, F.C. (1999). Children from the community at risk for psychopathology in adulthood. In H.C. Steinhausen & F.C. Verhulst (Eds), *Risks and outcomes in developmental psychopathology* (pp. 11-25). Oxford: University Press.
- Ferdinandus, R.A.M. (1995). Prenataal affectief contact: een bijdrage aan een veilige hechting? *Bewegen & Hulpverlening*, 12, 30-37.
- Fernandez, A.F., Dahme, B. & Meermann, R. (1999). Body Image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 419-428.
- Fiddelaar-Pauw, Y.A. (1997). Jonge adolescenten, hun zelfbeeld en de groep. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 2, 7-12.
- Field, T. (1996). Attachment and separation in young children. *Annual Review Psychology*, 47, 541-561.
- Flavell, J.H. (1985). *Cognitive Development*. New York: Prentice Hall.
- Folio, R.M. & Fewell, R.F. (1983). *Peabody Developmental Motor Scales*. Nashville, Tennessee: George Peabody College for Teachers.
- Fombonne, E. (1991). The use of questionnaires in child psychiatry research: Measuring their performance and choosing an optimal cut-off. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 32, 677-693.

- Fonseca, A.C. & Perrin, S. (2001). Clinical phenomenology, classification and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. In W.K. Silverman & Ph.D.A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents. Research, assessment and intervention* (pp. 126-158). Cambridge, U.K: University Press.
- Fox, K.R. (1990). *The Physical Self-Perception Profile Manual*. Northern Illinois University: Office for Health Promotion.
- Fraser, G.M., Pilpel, D., Koscoff, J. & Brook, R.H. (1994). Effect of Panel Composition on Appropriateness Ratings. *International Journal for Quality in Health Care*, 6, 251-255.
- Frenkel, H. & Schuurman, M.I.M. (1992). *Vooronderzoek naar standaardisatie van definities en classificaties in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: Bisschop Beckers Instituut.
- Frenken, J. & Vennix, P. (1978). *Handleiding Seksualiteitsbelevingsschalen, SBS*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Frostig, M. & Orpet, R. (1972). Cognitive theories and diagnostic procedures for Children with Learning Disabilities. In B. Wolman (Ed.), *Manual of Child Psychopathology*. New York: McGraw Hill

G

- Gageldonk, A. van & Bartels, A.A.J. (1991). Evaluatieonderzoek in de jeugdhulpverlening. Opzet en resultaten van een overzichtsstudie. *Kind & Adolescent*, 122, 1-18.
- Gallahue, D.L. & Ozmun, J.C. (1998). *Understanding motor development. Infants, children, adolescents, adults*. New York: McGraw Hill.
- Gandelman, R. (1992). *The psychobiology of behavioral development*. New York: Oxford University Press.
- Gardner, M.F. (1988). *TVP5. Test of visual-perceptual skills (non-motor). Manual*. San Francisco: Health Publishing Company.
- Garnezy, N. (1977). The psychology and psychopathology of attention. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 55-125.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gastel, W. van, Geffen, H.G. Th. van, Vermeer, A. & Rispens, J. (1999). Putting The Concept 'Quality Of Care' Into Operation. In G. Barlow (Ed.), *Services for Children with Learning Disability* (pp. 45-49). Glasgow: The Centre for Residential Child Care.
- Gelderse Roos, de (2000). *De Klare Lijn. Beleidsplan 2000-2005. De Gelderse Roos Geestelijke Gezondheidszorg*. Arnhem: auteur.
- Geuze, B. & B rger, H. (1993). Children Who are Clumsy: Five Years Later. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10, 10-21.
- Gilchrist, V.J. (1992). Key Informant Interviews. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research* (pp. 71-89). London: Sage Publications.
- Goffin, J.J.M. & Oudhof, J. (1993). Protectieve factoren. Een 'positieve' manier van kijken naar de ontwikkeling van kinderen. *Bewegen & Hulpverlening*, 10, 163-179.
- Golden, C.J., Hammeke, G.A. & Purisch, A.D. (1980). *The Luria- Nebraska Neuropsychological Battery: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Gordijn, C.C.F., Brink, C. van den, Meerdink, P., Tamboer, J.W.I. & Vermeer, A. (1975). *Wat beweegt ons?* Baarn: Bosch & Keuning.
- Goshi, F., Demura, S., Kasuga, K. & Sato, S. (2000). Use of subjective estimation in motor skill tests of young children: judgement based on observation of behavior in daily life. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 215-226.
- Graets, P. & Broekhuizen, A. (1994). Logopedische diagnose in termen van de ICIDH. *Logopedie en Foniatrie*, 4, 96-107.
- Graziano, A.M. & Raulin, M.L. (1993). *Research Methods: A process of Inquiry*. New York: Harper Collins College Publishers.
- Groenendaal, H.J. (1980). Methoden en problemen van evaluatie-onderzoek. In P.L. Harris, J. de Wit & D.J. Bakker (Red.), *Methoden van Onderzoek en Hulpverlening. Het kind in ontwikkelingspsychologisch, paedologisch en speciaal-pedagogisch vizier* (pp. 125-154). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Groenendaal, J.H.A. & Tak, J.A. (1992). Het gebruik van onderzoeksmiddelen. In Th. Kievit, J. de Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A. Tak (Red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp. 64-79). Utrecht: De Tijdstroom.
- Groot, L. de (1990). Reactie van een kinderfysiotherapeut: hoeveel en wanneer? *Bewegen & Hulpverlening*, 7, 331-337.
- Gruber, A.J., Harrison, G.P., Lalonde, J.K. & Hudson, J.I. (2001). Why do young women diet? The roles of body fat, body perception, and body ideal. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 609-611.
- Gunning, W.B. (2000). Middelenmisbruik en gokverslaving. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Adolescentenpsychiatrie* (pp. 101-115). Assen: Van Gorcum.

H

- Haanstra, R. (1988). Over de theorie-praxisverhouding of: van een vaag gevoel naar een heldere relatie. *Tijdschrift K&O*, 31, 2-6.
- Hakim, S. & Weinblatt, J. (1993). The Delphi Process as a Tool for Decision Making. The Case of Vocational Training of People With Handicaps. *Evaluation and Program Planning*, 16, 25-38.
- Halbertsma, J. (1995a). De internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps. Reikwijdte en vormen van gebruik. *Medisch Contact*, 50, 710-713.
- Halbertsma, J. (1995b). *Notitie over de ICIDH voor het advies jeugdzorg*. Zoetermeer: WCC/WHO Collaborating Centre voor de ICIDH.
- Halbertsma, J., Heerkens, Y.F., Hirs, W.M., Kleijn-de Vrankrijker, M.W. de, Ravensberg, C.D. van & Napel, H. ten (1998). *Comments on the ICIDH-2 Beta-1 draft and Results of Field Trials*. Bilthoven: RIVM.

- Haley, S.M. (1992). Motor Assessment Tools for Infants and Young Children: A Focus on Disability Assessment. In H. Forsberg & H. Hirschfeld (Eds.), *Movement Disorders in Children* (pp. 278- 283). Basel: Karger.
- Halfwerk, B. (2001). Bewegen. In C. van Doodewaard & P. Dooijeweerd (Red.), *Sterke Verhalen. Over kinderen met een bewegingsachterstand* (pp. 6-7). † Web/ NEBAS.
- Hammink, M.N. (1998). Het lichaam als bron van kennis en kracht. *DANS*, 16, 16-17.
- Hammink, M.N. (1999). Je lichaam voelen en voeden. *DANS*, 17, 20-21.
- Hammink, M.N., Verheij, F. & Vermeer, A. (1999). Ontwikkeling en bewegen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Bewegen & Hulpverlening*, 16, 268-289.
- Hammink, M.N., Vermeer, A. & Verheij, F. (2000a). De ICIDH en het biopsychosociale ontwikkelingsdenken als kader voor psychomotorische diagnostiek. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 81-98.
- Hammink, M.N., Verheij, F. & Vermeer, A. (2000b). Psychomotorische diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. De situatie in het veld. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 268-284.
- Hammink, M.N. (2001). Psychomotorische diagnostiek bij kinderen met contactproblemen. *Tijdschrift voor Psychomotorische Kindertherapie en Educatie*, 5, 6-19.
- Hammink, M.N. (2001b). Psychomotorische diagnostiek binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. In J. de Lange & M. Peters (Red.), *Retour Straatsburg. De Nederlandse bijdragen aan het tweede Europees Congres voor psychomotoriek* (pp. 29-48). Bommel: Studiecommissie NVPMT.
- Hammink, M.N. (2001c). Recensie van het boek "Ho, tot hier en niet verder...! Training in sociale weerbaarheid van kinderen van 7 tot 12 jaar en hun ouders" van Joeske Kool. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 7, 26.
- Hammink, M.N. (2001d). Wetenschappelijk onderzoek als ondersteuning van ons vak. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 7, 13-14.
- Hamstra-Beltz, E., Bie, J. de & Brinker, B.P.L.M. (1987). *Beknopte beoordelingsmethode voor kinderhandschriften - BHK* Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Harinck, F.J.H. & Hellendoorn, J. (1987). *Therapeutisch spel: proces en interactie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Harris, P.L., Olthof, T. & Vos, W.H. (1980). Experimenteel onderzoek met kinderen. In P.L. Harris, J. de Wit & D.J. Bakker (Red.), *Methoden van Onderzoek en Hulpverlening. Het kind in ontwikkelingspsychologisch, paedologisch en speciaal-pedagogisch vizier* (pp. 1-22). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg: van een inhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Harter, S. & Zigler, E. (1974). The assessment of effectance motivation in normal and retarded children. *Development Psychology*, 10, 169-180.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered. Toward a developmental model. *Human Development*, 1, 34-64.
- Harter, S. & Pike, R.G. (1980). *The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children- Manual, Preschool and Kindergarten*. Denver, Colorado: University of Denver.
- Harter, S. & Pike, R.G. (1981). *The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children- Manual, First and second grades*. Denver, Colorado: University of Denver.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Harter, S. & Pike, R.G. (1983). *The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children- Procedural manual*. Denver, Colorado: University of Denver.
- Harter, S. & Pike, R.G. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Development*, 55, 1969-1982.
- Harter, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for Adolescents*. Denver, Colorado: University of Denver.
- Hartveld, G. & Janssen, M. (1992). *Checklist voor dissociatieve stoornissen bij kinderen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Hauser, S.T. & Safyer, A.W. (1995). The Contributions of Ego Psychology to Developmental Psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, Volume I, Theory and Methods* (pp. 555-580). New York: John Wiley & Sons.
- Hattum, M. van, Houten, E. van & Hutschemaekers, G. (2000). Beschrijving van de werkwijze. In M. van Hattum & G. Hutschemaekers (Red.), *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie* (pp. 21-28). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000). *Vakwerk. Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hay, D.F. & Angold, A. (1993). Introduction: Precursors and causes in development and pathogenesis. In D.F. Hay & A. Angold (Eds.), *Precursors and causes in development and psychopathology* (pp. 1-22). Chichester: John Wiley & Sons.
- Hayhurst, J. (1997). *Bergen verzetten*. Deventer: Ankh-Hermus.
- Hays, K.F. (1999). *Working it out. Using exercise in Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heijmans Visser, J. (2002). *Long-term outcome of psychopathology in childhood and adolescence. A clinical epidemiological study*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Hekking, P.J.A.M. (2002a, i.o.). Handout Lichaamsgeoriënteerde Methodieken, VO-PMT, Zwolle.
- Hekking, P.J.A.M. (2002b). Handout Therapeutische Vaardigheden, VO-PMT, Zwolle.
- Helders, P.J.M. (1990). Ontwikkelingsstimulatie bij de prematuren: hoeveel van wat? *Bewegen & Hulpverlening*, 7, 317-330.
- Helders, P.J.M. (1993). Wanneer is bewegen hulpverlening? *Bewegen & Hulpverlening*, 10, 8-10.
- Hemelrijck, N. van & Loots, G. (1995). Veronica Sherborne Developmental Movement binnen de individuele psychomotorische therapie bij kinderen van 0 tot 12 jaar. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 109-119). Leuven: Acco.

- Henderson, S.E. & Sugden, D.A. (1992). *Movement Assessment Battery for Children*. London: The Psychological Corporation.
- Herborts, J. (1997). De Luria-Nebraska Testbatterij. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 11-17). Leuven: Acco.
- Hermanides, L., Dekker, J. & Nusselder, H. (1996). De Goal Attainment Scaling. Een evaluatiemethodiek bij rehabilitatie. *Passage*, 5, 39-45.
- Hermanns, J. (1997). Professionele diagnostiek en hulpvraaggericht werken. In J.D. van der Ploeg, J.M.A.M. Janssens & E.E.J. de Bruyn (Red.), *Diagnostiek in de jeugdzorg* (pp. 91-99). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Hermans, J.H.M. (1983). *Handleiding Prestatie Motivatie Test voor Kinderen. PMT-K (herziene uitgave)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hewitt, S.K. (1999). *Assessing Allegations of Sexual Abuse in Preschool Children*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hinde, R.A. (1978). Social Development: A Biological Approach. In J.S. Bruner & A. Garton (Eds.), *Human Growth and Development* (pp. 1-32). Oxford: University Press.
- Hoek, H.W. & Furth, E.F. van (1998). Anorexia nervosa en boulimia nervosa. I. Diagnostiek en behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, 1859-1869.
- Hoff, B. (1999). *Tao van Poeh*. Den Haag: Sirius en Siderius.
- Hoff, B. (1982) *The Tao of Pooh*. London: Mandarin.
- Hofstra, M.B., Ende, J. van der & Verhulst, F. (2000). Continuity and Change of Psychopathology From Childhood Into Adulthood: A 14-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 850-858.
- Hopkins, B., Geerdink, J.J., & Vries, J.I.P. de (1993). De motorische ontwikkeling van de foetus en de jonge zuigeling. Klinische implicaties. In J.E. de Boer (Red.), *Infantpsychiatrie II. De gezonde en verstoorde ontwikkeling van het zeer jonge kind* (pp. 52-70). Assen: Van Gorcum.
- Hopkins, B. & Butterworth, G. (1997). Dynamical Systems Approaches to the Development of Action. In G. Bremner, A. Slater & G. Butterworth (Eds.), *Infant Development. Recent Advances* (pp. 75-100). East Sussex: Psychology Press.
- Horowitz, F.D. (1991). Behavioral development: Universals and nonuniversals training for a universalized developmental perspective. In J.H. Cantor, C.C. Spiker & L.P. Lipsitt (Eds.), *Child behavior and development* (pp. 151-174). Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Hutschemaekers, G. & Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in Beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hutschemaekers, G. & Hattum, M. van (2000). Achtergronden en ontwikkelingen. In M. van Hattum & G. Hutschemaekers (Red.), *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie* (pp. 9-20). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hünnekens, H. & Kiphard, E. (1963). Motoskopische Untersuchungen beim Trampolin-springen. *Acta Paedopsychiatrie*, 30, 224-247.

I

- ICIDH-2: *Internationale Classificatie van Stoornissen, Activiteiten en Participatie. Een handleiding voor de Dimensies van Gehandicapt-zijn en Gezondheid*. Bilthoven: WHO-Collaborating Centre voor de ICIDH, 1998.
- ICIDH-2: *Internationale classificatie van het menselijk functioneren*. Bilthoven: WHO Collaborating Centre voor de ICIDH, 1999.

J

- Jelles, F., Van Bennekom, C.A.M. & Lankhorst, G.J. (1993). Revalidatie activiteiten profiel gebaseerd op de ICIDH. *Bewegen & Hulpverlening*, 10, 36-40.
- Joha, B.C. & Joosten, F. (1994). *Ontwikkeld onderzoek. Praktijkgericht onderzoek in ontwikkeling*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Jonghe, F. de, Janssen, R. en Rijnerse, P. (1987). Uitzicht op inzicht, I. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 180-190.
- Jonghe, F. de, Janssen, R. en Rijnerse, P. (1988a). Uitzicht op inzicht, II. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, pp. 2-15.
- Jonghe, F. de, Janssen, R. en Rijnerse, P. (1988b). Uitzicht op inzicht, III. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, pp. 91-99.
- Josten, J.G.J.E. (1973). *Subjectieve belasting door lichamelijke activiteit. Handleiding, normen, betrouwbaarheid en validering van de vragenlijst*. Leiden: NIPG/TNO.

K

- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kappelhof, C. & Houten, E van. (1999). Vaktherapeuten in de GGz. Een onderzoek naar psychomotorisch en creatief therapeuten. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 5, 14-15.
- Kasius, M.C. (1997). *Interviewing Children. Ontwikkeling van de Nederlandse versie van het Semigestructureerde Klinisch Interview voor Kinderen en Adolescenten en toetsing van de psychometrische eigenschappen*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kegel, J.M.L., Veldhoven, N.H.M.J. van & Vermeer, A. (2000). Club Extra onderzocht: een retrospectieve evaluatie van het bewegingsprogramma voor kinderen met motorische achterstanden. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 110-123.
- Kephart, N.C., Chaney, C.M. & Ebersole, J.B. (1973). *Hekkesluiters. Programma voor ontwikkelingsbevordering*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Ketelaar, M., Berkenbosch, L.R., Scheevelenbos, M.Y. & Vermeer, A. (1996). Evaluatie van meetinstrumenten voor de functionele motoriek van kinderen met motorische stoornissen: een literatuuroverzicht. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 99-113.

- Ketelaar, M. (1997). Het meten van motorische vaardigheden bij kinderen met cerebrale parese. In A. Vermeer & G.J. Lankhorst (red.), *Kinderen met Cerebrale Parese. Motorische ontwikkeling en behandeling* (pp. 31-50). Bussum: Coutinho.
- Kievit, Th. & Tak, J.A. (1992). De praktijk van de hulpverlening en het gebruik van de regulatieve cyclus. In Th. Kievit, J. de Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A. Tak (Red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp. 40-63). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kiphard, E.J. & Schilling, F. (1970). De Hamm-Marburger Körperkoordinationstest für Kinder (HMKT). *Monatschrift für Kinderheilkunde*, 118, 473-479.
- Kiphard, E.J. (1972). *Bewegungsdiagnostik bei Kindern. Beiträge zur schulischen und klinischen Heilpädagogik*. Gütersloh: Verlag Ludw. Flöttmann.
- Kiphard, E.J. & Schilling, F. (1974). *Körperkoordinationstest für Kinder, K.T.K. Beltz Test*, 1974.
- Klerk, N., Vermeer, A., Kock, A. de & Severijnen, J. (1997). De stabiliteit van de Platenschaal voor het meten van de zelfwaargenomen competentie bij kinderen met cerebrale parese. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 284-293.
- Klis, P. van der (1994). De Betuwelijn en psychomotorische therapie met gezinnen: een pleidooi voor verdieping. *Bewegen & Hulpverlening*, 11, 122-127.
- Klis, P. van der (1999). De grenzen van psychomotorische therapie: over rekkelijken en preciezen. *Bewegen & Hulpverlening*, 16, 208-221.
- Klomp, M. & Berg, P.M. van den (1999). Werkbare hulpverleningsplanning in de (semi)residentiële jeugdhulpverlening. In E.J. Knorth & M. Smit (Red.), *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening* (pp. 251-270). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Kluiters, A. (1999). Tussen wal en schip. *Algemeen Dagblad*, 17 september 1999, *katern Diagnose*.
- Knapen, J., Vliet, P. van de, Coppenolle, H. van & Pieters, G. (1996). Physical fitnessstraining als psychomotorisch therapie bij depressieve stoornissen: Follow-up onderzoek. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 284-291.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: Cognitive-developmental approach. In R. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior: Theory, research, and social issues* (pp. 31-53). Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1979). De continuïteit in de morele ontwikkeling: een herbezinning. In W. Koops & J.J. van der Werff (Red.), *Overzicht van de ontwikkelingspsychologie* (pp. 327-346). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Konijn, C. & Verhulst, F.C. (1997). Psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen. In I.A.M. Maas, R. Gijzen, I.E. Lobezoo & M.J.J.C. Roos, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning I: De gezondheidstoestand: een actualisering* (pp. 346-357). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Kool, J. (2000). *Ho, tot hier en niet verder...! Training in sociale weerbaarheid van kinderen van 7 tot 12 jaar en hun ouders*. Leuven/Leusden: Acco.
- Koot, J.M. (1992). Agressie en temperamentsstoornissen bij jonge kinderen. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (pp. 511-521). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Koster, K.B. (1993). Praktijkgericht onderzoek in de pedagogiek: kenmerken en (on)mogelijkheden. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 9, 148-155.
- Krantz, A.M. (1999). Growing into her body: Dance/Movement therapy for women with eating disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 21, 81-103.
- Krebs, M., Gut-Fayand, A., Bourdel, M., Dischamps, J. & Olié, J. (2000). Validation and factorial structure of a standardized neurological examination assessing neurological soft signs in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45, 245-260.
- Krot, J. & Maurer, J.G.M. (1995). Gezinsbehandeling middels psychomotorische therapie en ouderbegeleiding. *Bewegen & Hulpverlening*, 12, 167-179.
- Kuin, F. (1992). *Systematische bewegings-observatie voor psychomotorisch therapeuten*. Maastricht: Afstudeerscriptie aan de Opleiding Psychomotorische Therapie-V.O. van de Hogeschool van Amsterdam.
- Kuiper, D., Niemeijer, A., Reyniers, K. (2000). Toepasbaarheid van de Test of Gross Motor Development in Nederland: een exploratief onderzoek. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 3-14.
- Kugel, J. (1979a). *Psychologie van het lichaam*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Kugel, J. (1979b). *Bewegingsopvoeding*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Kuthz-Buschbeck, J.P., Boczek-Funcke, A., Illert, M., Joehnk, K. & Stolze, H. (1999). Prehension movements and motor development in children. *Experimental Brain Research*, 128, 65-68.
- Kuzel, A.J. (1992). Sampling in Qualitative Inquiry. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research* (pp. 31-44). London: Sage Publications.

L

- Laak, J.J.F. ter (1995). *Psychologische diagnostiek. Inhoudelijke en methodologische grondslagen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lamers-Winkelmann, F. (1998a). *Trauma symptom checklist for children TSC-C*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Lamers-Winkelmann, F. (1998b). *Sexual Abuse Fear Evaluation (SAFE)*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Lange, J. de (1998). Van lijfsdwang tot lichaamswerk. Geschiedenis van de bewegingsruimte in de Nederlandse inrichtingspsychiatrie 1827-1975. *Bewegen & Hulpverlening*, 15, 3-104.
- Lange, J. de (2001a). Met vereende krachten. De vroege bewegingstherapie in het psychiatrisch ziekenhuis 1926-1954. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 56, 676-690.
- Lange, J. de (2001b). Over de verhouding tussen vaktherapie en lichaamsgerichte psychotherapie. *PMT Info Site, column juli 2001*.

- Lange, J. de (2001c). Tussen spreekkamer en bewegingsruimte: lichaamsgerichte therapie in de nederlandse GGz. In: *Beweging, klank en verbeelding in de GGz* 27-31. Amsterdam: RINO-NH.
- Lausberg, H., Wietersheim, J. von & Feiereis, H. (1996). Movement Behavior of Patients with Eating Disorders and Inflammatory Bowel Disease: A Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 272-276.
- Laszlo, J.I. (1990). Child Perceptuo-Motor Development: Normal and Abnormal Development of Skilled Behaviour. In C.A. Hauert (Ed.), *Developmental Psychology. Cognitive, Perceptuo-Motor, and Neuropsychological Perspectives* (pp. 273- 308). Noord-Holland: Elsevier Science Publishers.
- Leeden, M. van der, Dongen, K. van, Kleinhout, M., Phaff, J., Groot, C.J. de, Groot, L. de & Hesselings, P.B. (2001). Infants exposed to alcohol prenatally: outcome at 3 and 7 months of age. *Annals of Tropical Paediatric*, 21, 127-134.
- Leemrijse, C. (2000). *Developmental Coordination Disorder: Evaluation and Treatment*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: eigen beheer.
- Leemrijse, C., Meijer, O.G., Lambregts, B., Vermeer, A. & Ader, H.J. (2000). Evalueren van individuele veranderingen bij kinderen met een lichte tot matige motorische achterstand: de standaardmeetfout van de Movement ABC. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 245-257.
- Leeuwen, H.M.P. van & König, C.E. (2000). Neuropsychologische diagnostiek. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Adolescentenpsychiatrie* (pp. 157-175). Assen: Van Gorcum.
- Lerner, R.M. (1986). *Concepts and Theories of Human Development*. New York: Random House.
- Lewis, R.N. & Scannell, E.D. (1995). Relationship of Body Image and Creative Dance Movement. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 155-160.
- Lier, M.H.M. van (2003). Enuresis en encopresis. In F.C. Verhulst, F. Verheij & R.F. Ferdinand (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; Psychopathologie* (in druk). Assen: Van Gorcum.
- Lindenhijs, B. & Vlijmen, H. van (1978). Onderzoek met de HMKTK. *Tijdschrift Psychomotorische Therapie*, 7, 214-245.
- Linstone, H.A. & Turoff, M. (Eds.) (1975). *The Delphi-method. Techniques and applications*. Reading, MA: Addison-Wesley Publ.
- Litière, M. (2001). *"Ik kan dan niet!" zegt mijn kind. Omgaan met faalangst bij kinderen. Een gids voor ouders, leerkrachten en hulpverleners*. Tiel: Lannoo.
- Liu, M., Toikawa, H., Seki, M., Domen, K. & Chino, N. (1998). Functional Independence Measure for Children (WeeFIM). A Preliminary Study in Nondisabled Japanese Children. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 77, 36-44.
- Loon, H. van (1989). Verwijzing en aanmelding, een proces voor opname. In F. Verheij & H. van Loon, *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 63-114). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Loon, H. van (1996a). De kinderpsychiatrische dagbehandeling. In F. Verheij & F.C. Verhulst (Red.), *Het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld* (pp. 31-38). Assen: Van Gorcum.
- Loon, H. van (1996b). De jeugdpsychiatrische dagbehandeling. In F. Verheij & F.C. Verhulst (Red.), *Het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld* (pp. 39-47). Assen: Van Gorcum.
- Losse, A., Henderson, S.E., Elliman, D., Hall, D., Knight, E. & Jongmans, M. (1991). Clumsiness in Children - Do They Grow Out Of It? A 10-year follow-up study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 33, 55-68.
- Luyterink, B. & Oosterhuis, B. (1998). Psychomotorische therapie meerwaarde voor behandeling op de PAAZ. *'t Brook*, 15.

M

- Madonna & Orbit, W. (1998). *Swim. CD Ray of light*. Warner Bros Records Inc.
- Majnemer, A. & Rosenblatt, B. (2000). Prediction of outcome at school age in neonatal intensive care unit graduates using neonatal neurologic tools. *Journal of Child Neurology*, 15, 645-651.
- Magill, R.A. (1989). *Motor Learning. Concepts and Applications. Third edition*. Dubuque: Wm. C. Brown Publishers.
- Maliepaard, G.A. (1995). *Psychomotorische therapie programma's; Een aanzet tot kwaliteitszorg*. Assen: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Maratos, O. (1998). Neonatal, early and later imitation: Same order phenomena? In F. Simion & G. Butterworth (Eds.), *The development of sensory, motor and cognitive capacities in early infancy. From Perception to Cognition* (pp. 145-160). East Sussex: Psychology Press.
- Marsh, H.W. (1990). *Self Description Questionnaire I, II en III. Manual* University of Western Sydney, Australia.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L. & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric Properties and Multitrait-Multimethod Analysis of Relations to Existing Instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16, 270-305.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (1989). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- McDonell, J., Meijler, A., Kahan, J.P., Bernstein, S.J. & Rigter, H. (1996). Panellist consistency in the assessment of medical appropriateness. *Health Policy*, 37, 139-152.
- McGuinness, D. (1985). Sensorimotor Bias in Cognitive Development. In R.L. Hall (Ed.), *Male-Female Differences. A Bio-Cultural Perspective* (pp. 57-126). New York: Praeger Publishers.
- Meel, J.M. van (1991). Bewegen: wegbereider, meeloper of tegenstrever van het denken? *Bewegen & Hulpverlening*, 8, 3-17.
- Meerum Terwogt, M., Olthof, T. & Harris, P.L. (1980). Zelfrapportage als bron van psychologische informatie. In P.L. Harris, J. de Wit & D.J. Bakker (Red.), *Methoden van Onderzoek en Hulpverlening. Het kind in ontwikkelingspsychologisch, paedologisch en speciaal-pedagogisch vizier* (pp. 99-123). Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Meijler, A.P., McDonnell, J. & Rigter, H. (1994). Beoordeling van indicatiestelling met de RAND-methode: invasieve therapie bij coronairsclerose als voorbeeld. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 22-28.
- Meijler, A.P., McDonnell, J., Bernstein, S.J. & Rigter, H. (1994). Indications for coronary revascularisation: A Dutch perspective. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Melief, W.B.A.M., Hoekstra, M., Langerak, E., Sijben, N. & Wevers, I. (1979). *Doelen stellen en evalueren. Een handleiding tot hergebruik van Goal Attainment Scaling (GAS)*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Mendelsohn, J. (1999). Dance/Movement Therapy with Hospitalized Children. *American Journal of Dance Therapy*, 21, 65-80.
- Meulen, B.F. van der & Smrkovsky, M. (1983). *Handleiding bij de Bayley Ontwikkelingsschalen BOS 2-30*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Meijden-Van der Kolk, H. van der (1982). Bewegingstherapeutisch proces binnen een kinderpsychiatrische dagbehandeling. *Tijdschrift Psychomotorische therapie*, 10, 230-242.
- Meijden-Van der Kolk, H. van der & Verheij, F. (1984). De plaats van de bewegingstherapie in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek: een poging tot typering. *Tijdschrift voor Psychomotorische therapie*, 12, 159-170.
- Meijden-Van der Kolk, H. van der (1988). Psychomotorische therapie met kinderen. *Bewegen & Hulpverlening*, 5, 13-24.
- Meijden-Van der Kolk, H. van der (1997). Behandelstrategieën binnen de PMT. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 3, 21-23.
- Meijden, E. van der (2002). Fonds Stimulerend Onderzoek. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 8, 38-39.
- Meijerink, I. (1988). Relatie onderzoek-praktijk: meer dan een verstandshuwelijk. Knelpunten in praktijkgericht onderzoek. *Tijdschrift K&O*, 31, 14-19.
- Miedema, S., Vriesema, P.L. & Nakken, H. (1991). *Opvoedingshulp door paramedici. Evaluatie van de toepassing van vroegtijdige orthopedagogische thuisinterventie door paramedici en onderzoek naar de mogelijkheden van implementatie in het Nederlands hulpverleningscircuit*. Groningen: Nederlands Comité Kinderpostzegels.
- Mijnster, C. (1998). Meten is Weten en Kwaliteit verbeteren. Effectonderzoek is niet eng. Wat is het belang en wat zijn de richtlijnen? In J. Koene, L. Konsten en P. Thijs (Red.), *Speelruimte tussen de lijnen* (pp. 75-86). Amersfoort: NVPMT/VVPMPT.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1984). *Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994a). *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994b). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miller, I.J. (1982). *Miller Assessment for Preschoolers*. Littleton, Colorado: Foundation for Knowledge in Development.
- Ministerie van VVC en Ministerie van Justitie (1989). *Wet op de Jeugdhulpverlening; rijksplan 1990*.
- Molinari, E. (1995). Body-size estimation in anorexia nervosa. *Perceptual and motor skills*, 81, 23-31.
- Morrison, D., Pothier, P. & Horr, K. (1978). *Sensory-motor dysfunction and therapy in infancy and early childhood*. Springfield, Ill: Charles C Thomas.
- Morton, J. & Frith, U. (1995). Causal Modeling: A Structural Approach to Developmental Psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Volume 1. Theory and Methods* (pp. 357-390). New York: John Wiley & Sons.
- Mouradian, L.E., Als, H. & Coster, W.J. (2000). Neurobehavioral functioning of healthy preterm infants of varying gestational ages. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21, 408-416.
- Msall, M.E., Digaudio, K., Rogers, B.T., Laforest, S., Cantanzaro, N.L., Campbell, N.L., Wilczenski, F. & Duffy, L.C. (1994). The functional Independence Measure for Children (WeeFIM): Conceptual basis and pilot use in children with developmental disabilities *Clinical Pediatrics*, 33, 421-430.
- Müller, B. (1985). Dominantie-onderzoek met het oog op de keuze van de schrijfhand. In A. Thomassen, G. van Galen & L. de Klerk (Red.), *Studies over de schrijfmotoriek* (pp. 245-256). Lisse: Swets & Zeitlinger.

N

- Neijmeijer, L., Wijgert, J. van de & Hutschemaekers, G. (1996). *Beroep: Vaktherapeut/vakbegeleider. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van vaktherapeuten en vakbegeleiders in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Netelenbos, J.B. (1980). Ontwikkelingspsychologische methoden. In P.L. Harris, J. de Wit & D.J. Bakker (Red.), *Methoden van Onderzoek en Hulpverlening. Het kind in ontwikkelingspsychologisch, paedologisch en speciaal-pedagogisch vizier* (pp. 23-62). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Netelenbos, J.B. (1982). De ontplooiing van het motorisch gedrag bij kinderen. In J.H.A. Rossum (Red.), *Motorisch gedrag en ontwikkeling. Bijdragen tot de ontwikkelingspsychologie* (pp. 35-64). Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Netelenbos, J.B. (1988). *Cognitie en motoriek bij jonge kinderen: Een ontwikkelingspsychologische benadering*. Proefschrift. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Netelenbos, J.B. (1998). *Motorische Ontwikkeling van Kinderen. Handboek 1: Introductie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Netelenbos, J.B. (2002a). Diagnostiek van het motorisch functioneren. In Th. Kievit, J.A. Tak, J.D. Bosch & J. Sergeant (Red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*, 6^e druk (hoofdstuk 16). Utrecht: De Tijdstroom.
- Netelenbos, J.D. (2002b). Oorzaak en gevolg bij een motorische stoornis. In J.D. Bosch, H.A. Bosma & A. Vijt (Red.), *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nelson, C.L. & Gidycz, C.A. (1993). A comparison of body image perception in bulimics, restrainers and normal women: an extension of previous findings. *Addictive Behaviors*, 18, 503-509.
- Nijhof, G.J. (1999). *Herhaalgedrag bij mensen met autisme en een verstandelijke beperking*. Wageningen: Ponsen & Looijen.
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (1995). *Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut*. Arnhem.

O

- Ong, G.S. (2000). Eetstoornissen bij de adolescent. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; Onderzoek en diagnostiek* (pp. 239-255). Assen: Van Gorcum.
- Oosterlaan, J., Prins, P.J.M., Hartman, C.A. & Sergeant, J.A. (1995). *Vragenlijst voor Angst bij kinderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Oosterwegel, A. (1996). Het zelfconcept bij kinderen van 6 tot 18 jaar. In J.D. Bosch, H.A. Bosma, D.N. Oudshoorn, J. Rispen & A. Vyt (Red.), *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie, Volume II* (pp. 184-215). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Öst, L.G. & Treffers, P.D.A. (2001). Onset, course, and outcome for anxiety disorders in children. In W.K. Silverman & Ph.D.A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents. Research, assessment and intervention* (pp. 293-312). Cambridge, UK: University Press.
- Oudshoorn, D.N., Brans, H.C.M., Duyx, J.H.M. & Eussen, M.L.J.M. (1995). *Kinder- en Adolescentenpsychiatrie. Een praktisch leerboek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

P

- Pameijer, N.K. (1992). *Het hypothesetoetsend model en de diagnostiek van leer- en opvoedingsproblemen in de praktijk*. Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch instituut.
- Pameijer, N. & Beukering, T. van (1997). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijs-leer- en opvoedingsproblemen*. Leuven: Acco.
- Pameijer, N. (2000). Richtlijnen voor handelingsgerichte diagnostiek. In P. Prins & N. Pameijer (Red.), *Protocolen in de Jeugdzorg; Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie* (pp. 15-39). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Pelzer, H.J., Steerneman, W.J.P.J.M. & Bruyn, E.E.J. de (1997). Geprotocolleerde diagnostiek in de RIAGG-jeugdzorg. In J.D. van der Ploeg, J.M.A.M. Janssens & E.E.J. de Bruyn (Red.), *Diagnostiek in de jeugdzorg* (pp. 81-89). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Peters, V., Wester, F. & Richardson, R. (1989). *Kwalitatieve analyse in de praktijk en Handleiding bij Kwalitan*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- Peters, V. (1997). *Kwalitan. A support program for the analysis of qualitative data. Version 4.0*. Nijmegen: Departement of Research Methodology.
- Petzold, H. (1981). *Psychotherapie & Körperdynamik; Verfahren psychophysischer Bewegungs- und Körpertherapie*. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Petzold, H. & Metzmacher, B. (1987). Integratieve Bewegingstherapie met kinderen. *Bewegen & Hulpverlening*, 4, 112-133.
- Petzold, H.G. (1990). *Integrative Bewegungs und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Piaget, J. (1972). *Play, dreams and imagination in childhood*. London: Lowe & Brydon.
- Pickles, A. (1993). Stages, precursors and causes in development. In D.F. Hay & A. Angold (Eds.), *Precursors and causes in development and psychopathology* (pp. 23-50). Chichester: John Wiley & Sons.
- Pier, P. & Pameijer, N. (2000). Inleiding. In P. Prins & N. Pameijer (Red.), *Protocolen in de Jeugdzorg; Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie* (pp. 7-11). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Pijning, H.F. (1978). *Motoriek en leren*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Pijning, H.F. (1988). Een motorisch diagnosticum ten behoeve van de leraar lichamelijke opvoeding. *Bewegen & Hulpverlening*, 5, 180-191.
- Pijning, H.F., Pennings, A.H., Schröer, M.M.A. & Wolters, M.A. (1993). Effecten van leerstrategieverbetering in het bewegingsonderwijs op cognitieve taken. *Bewegen & Hulpverlening*, 10, 94-103.
- Plaats, A. van der (2000). ICIDH meet breeduit. *VDO-nieuws*, 03, 6.
- Ploeg, J.D. van der (1992). Diagnostiek in het residentiële hulpverleningsveld. In J. Rispen, E. Carlier & P. Schoorl (Red.), *Diagnostiek in de hulpverlening* (pp. 131-158). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Plomp, M.A., Hammink, M.N. & Vermeer, A. (2000a). *Stoornis, Activiteit en Participatie. De implementatie van een psychomotorisch diagnostisch construct*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- Plomp, M.A., Hammink, M.N. & Vermeer, A. (2000b). De implementatie van een psychomotorisch diagnostisch construct. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 196-220.
- Prechtl, H.F.R. (1997). The importance of fetal movements. In K.J. Connolly & H. Forsberg (Eds.), *Neurophysiology & Neuropsychology of Motor Development*. London: Mac Keith Press.
- Prins, P. & Pameijer, N. (2000). Inleiding. In P. Prins & N. Pameijer (Red.), *Protocolen in de Jeugdzorg; Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie* (pp. 7-11). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. van, Vanderlinden, J. & Deroeck, V. (1995). De lichaamsattitudevragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: factorstructuur, betrouwbaarheid en validiteit. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 47-63). Leuven: Acco.

- Probst, M., Vandereycken, W. & Coppenolle, H. van (1995). Body size estimation in eating disorders patients. Testing the videodistortion method on a life size screen. *Behavior Research and Therapy*, 33, 985-990.
- Probst, M., Coppenolle, H. van & Vandereycken, W. (1997a). De videoovormingsmethode op grootbeeldscherm: onderzoeksresultaten bij patiënten met eetstoornissen. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 250-267.
- Probst, M., Coppenolle, H. van & Vandereycken, W. (1997b). De Lichaamsbeleving bij Anorexia Nervosa patiënten vóór en na therapie, geëvalueerd met de videoovormingsmethode. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 69-76). Leuven: Acco.
- Probst, M., Vandereycken, W. Coppenolle, H. van & Pieters, G. (1998). Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 451-456.
- Probst, M. & Becuwe, V. (2001). Is de lichaamsbeleving bij patiënten met anorexia nervosa en bulimia nervosa tijdens de laatste decade veranderd? In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 137-149). Leuven: Acco.
- 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. 1-15). Zeist: Cure & Care Publishers.
- Probst, M. (2001). De rol van de lichaamsbeleving in de psychomotorische therapie bij patiënten met eetstoornissen. In M. Probst & R.J. Bosscher (Red.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* (pp. 63-90). Zeist: Cure & Care Publishers.

R

- Reddy, V., Hay, D., Murray, L. & Trevarthen, C. (1997). Communication in Infancy: Mutual Regulation of Affect and Attention. In G. Bremner, A. Slater & G. Butterworth (Eds.), *Infant Development. Recent Advances* (pp. 247-274). East Sussex: Psychology Press.
- Reid, A.O. (1992). Computer Management Strategies for Text Data. In B.F. Crabtree & W.L. Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research* (pp. 125-145). London: Sage Publications.
- Reitsma, P., Bosch, J.D. & Anbeek, A. (1980). In een enkel geval: inleidende methodologische notities bij N=1 onderzoek. In P.L. Harris, J. de Wit & D.J. Bakker (Red.), *Methoden van Onderzoek en Hulpverlening: Het kind in ontwikkelingspsychologisch, paedologisch en special-pedagogisch vizier* (pp. 63-97). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Reitsma, B. (1996). Running bij psychiatrische patiënten: een therapie beschouwd. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 292-301.
- Rekkers, M. & Schoemaker, E. (Red.) (2002). *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen*. Leuven/Leusden: Acco.
- Reynders, K. (1993). Gedachten over onderzoek in de psychomotorische therapie. *Bewegen & Hulpverlening*, 10, 52-59.
- Rice, D. & Barone, S. (2000). Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: Evidence from humans and animal models. *Environmental Health Perspectives*, 108, 511-533.
- Riddle, M.A. (1989). Research on a children's psychiatric inpatient service. *Adolescent Psychiatry*, 42-46.
- Rietveld, W.J. (1984). *Biologische ritmen*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Rietdijk, L.E. (1996). *Behandeling in de leefgroep. Naar een werkmodel*. Utrecht: SWP.
- Rispens, J. (1986). Diagnostiek en classificatie. In B. Levering & J. van Weelden (Red.), *Over het bijzondere van de orthopedagogiek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Rispens, J. (1992a). Inleiding. In J. Rispens, E. Carlier & P. Schoorl (Red.), *Diagnostiek in de hulpverlening* (pp. 9-22). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Rispens, J. (1992b). Diagnostiek in de hulpverlening. In J. Rispens, E. Carlier & P. Schoorl (Red.), *Diagnostiek in de hulpverlening* (pp. 23-40). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Rispens, J. (1993). Een fundamenteel probleem in de orthopedagogiek: handicap als sociaal construct. *Bewegen & Hulpverlening*, 10, 15-18.
- Roach, E.G. & Kephart, N.C. (1966). *The perceptual Motor Survey: A direct action approach to non-achievers problems*. Ohio: Merrill.
- Roborg, M.R.H.M. (1987). *Nederlandse Hyperventilatie Vragenlijst. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Roelofsens, E.E. & Moeijes, J. (1997). Kwalitatieve aspecten van de motoriek bij kinderen met cerebrale parese: de constructie van een meetinstrument. In A. Vermeer & G.J. Lankhorst (Red.), *Kinderen met Cerebrale Parese. Motorische ontwikkeling en behandeling* (pp. 65-84). Bussum: Coutinho.
- Roelofsens, E. (1998). *Handleiding bij het KinderRAP*. Amsterdam: AZVU, afdeling revalidatie.
- Roelofsens, E. (2001). Project KindereRAP, stand van zaken 9, april 2001. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Roes, R. (1996). *Mama luister je? Wat je van je kind kunt leren*. Deventer: Ankh-Hermus.
- Roozendaal, N.P. van (1973). *Een methode van bewegingsonderzoek in de psychiatrische inrichting*. Bloemendaal: Jan Luiten Fonds.
- Rossum, J.H.A. van (1982). Motorisch gedrag en ontwikkeling. In J.H.A. van Rossum (Red.), *Motorisch gedrag en ontwikkeling: Bijdragen tot de ontwikkelingspsychologie* (pp. 9-24). Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Rossum, J.H.A. van (1990). *The Pictorial Scale of Perceived Competence and Acceptance for Young Children*. Amsterdam: Vrije Universiteit [Bewerking van S. Harter & R.G. Pike (1981)].
- Rossum, J.H.A. van (1990). MOT'87, een motoriektest voor 4-12 jarigen: de betrouwbaarheid van de test. *Bewegen & Hulpverlening*, 7, 33-41.
- Rossum, J.H.A. van (1992a). Motorische competentie in Nederland. De stand van zaken geschetst. *Bewegen & Hulpverlening*, 9, 180-186.
- Rossum, J.H.A. van (1992b). Motorische competentie en gedrag: het ei van Columbus of een lege dop? *Bewegen & Hulpverlening*, 9, 266-272.
- Rossum, J.H.A. van & Vermeer, A. (1992). Het meten van waargenomen competentie bij basisschoolkinderen door middel van een platentest. *Bewegen en Hulpverlening*, 9, 198-212.

- Rossum, J.H.A. van & Vermeer, A. (1994). Harter's vragenlijst naar waargenomen competentie. Een Nederlandstalige versie. *Pedagogisch Tijdschrift*, 19, 9-30.
- Rossum, J.H.A. van & Vermeer, A. (1995). Waargenomen motorische competentie en globale zelfwaardering bij basisschoolkinderen met motorische problemen. *Bewegen en Hulpverlening*, 12, 121-130.
- Rossum, J.H.A. van & Kuiper, D. (1997). Het motorisch functioneren van kinderen: Movement ABC en MOT'97 vergeleken. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 194-202.
- Rossum, J.H.A. van (1997a). Het MRT-kind: een signalement. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 35-51.
- Rossum, J.H.A. van (1997b). *MOT'97: Handleiding*. Amsterdam: Vrije Universiteit, interne publicatie.
- Rossum, J.H.A. van, Musch, E. & Vermeer, A. (1999). Waargenomen motorische competentie alléén is niet voldoende. *Bewegen & Hulpverlening*, 16, 3-17.
- Rossum, J.H.A. van & Vermeer, A. (2000). *Motorische Competentie Zelfbeoordeling; Supplement CBSK, Competentie Belevings Schaal voor Kinderen*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Roth, G. (1990). *Dans het Leven*. Heemstede: Altamira.
- Rudisill, M.E., Mahar, M.T. & Meaney, K.S. (1993). The relationship between children's perceived and actual competence. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 895-906.
- Rudolf, H. (1989). *Graphomotorische Testbarrière: Manual*. Beltz Test.
- Rutten, L. (2001). Psychomotorische therapie bij adolescenten. In M. Probst & R.J. Bosscher (Red.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* (pp. 51-63). Zeist: Cure & Care Publishers.
- Ryckman, R.M., Robbins, M.A., Thornton, B. & Cantrell, P. (1982). Development and validation of a physical self-efficacy scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 891-900.

S

- Santos, D.C.C., Gabbard, C. & Goncalves, V.M.G. (2000). Motor development during the first 6 months: The case of Brazilian infants. *Infant & Child Development*, 9, 161-166.
- Santing, M. (1994). Is this all there is. *Under a blue roof*. CD Sony Music Entertainment BV.
- Schaffer, H.R. (1971). Cognitive structure and early social behavior. In J. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 247-267). London: Academic Press.
- Schoemaker, E. (2002). Beschrijving van de eetstoornissen. In M. Rekkers & E. Schoemaker (Red.), *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen* (pp. 17-48). Leuven/Leusden: Acco.
- Schnabel, P. (2000). Gedragsproblemen. *NRC Handelsblad*, 4 november 2000, katern Wetenschap & Onderwijs.
- Schneider, M.J. (1988). *Handelingsplannen op de mythischool. Implementatie van een werkwijze op scholen voor kinderen met motorische beperkingen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Schoentjes, E. & Lamers-Winkelmann, F. (1998). *Vragenlijst omgang met het eigen lichaam, lichaamsbeleving, zelfstimulatie en seksueel gedrag voor kinderen van 2-13 jaar*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Sherborne, V. (1990). *Developmental movement for children: Mainstream, special needs and pre-school*. Cambridge: University Press.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Shields, S.A., Mallory, M.E. & Simon, A. (1989). The Body Awareness Questionnaire: Reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*, 53, 802-815.
- Siegel, A.C. & Burton, R.V. (1999). Effects of Baby Walkers on Motor and Mental Development in Human Infants. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20, 355-361.
- Sietsma, L. (1998). *Kader voor diagnostiek: een aanzet*. Zwolle: CALO.
- Sigling, H. (2001). Inleiding in de hechtingstheorie. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 7, 4.
- Sigling, M. (2001). Hechtingsthema's in de behandeling van cliënten met dissociatieve klachten. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 7, 5-11.
- Simon, F. & Butterworth, G. (1998). Some new possibilities in explaining the relationship between perception and cognitive development. In F. Simon & G. Butterworth (Eds.), *The development of sensory, motor and cognitive capacities in early infancy: From Perception to Cognition* (pp. xiii-xvi). East Sussex: Psychology Press.
- Simons, J. & Neirynck, Y. (1980). Motorische Diagnostiek en hersenorganiciteit bij kinderen. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 9, 147-162.
- Simons, J. (1987). *Psychomotorische observatie in het Psychiatrisch Ziekenhuis. Constructie en evaluatie van een naar therapeutische doelstellingen verwijzend observatie-instrument*. Leuven: Katholieke Universiteit, Groep Biomedische Wetenschappen, Instituut voor Lichamelijke Opleiding.
- Simons, J., Coppenolle, H. van, Pierloot, R. & Wauters, M. (1989). Zielgerichtete Beobachtung des Bewegungsverhaltens in der psychiatrie. *Die Rehabilitation*, 3, 117-123.
- Simons, J., Liefhooghe, M. & Coppenolle, H. van (1994). Lichaamsbeeld en zelfbeeld bij seksueel misbruikte kinderen: een empirisch onderzoek. *Bewegen & Hulpverlening*, 11, 193-201.

- Simons, J.C.J., Peeters, M., Arits, I. & Vermeer, A. (1994). Perceived motor competence in young children. In H. van Coppenolle, Y. Vanlandewijck, J. Simons, P. van de Vliet & E. Neerincx (Eds.), *First European conference on adapted physical activity and sports: a white paper on research and practice* (pp. 295-300). Leuven: Acco.
- Simons, J. (1995). Schrijfmotoriek en fijne motoriek twee dezelfde aspecten? In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 71-78). Leuven: Acco.
- Simons, J.C. (1997a). Het meten van angstmoties voor bewegingssituaties. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 203-212.
- Simons, J. (1997b). *Introductie tot de psychomotoriek*. Leuven: Garant.
- Simons, J. & Verhagen, P. (1997). De waargenomen motorische competentie bij kinderen: een validiteitsonderzoek. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 77-87). Leuven: Acco.
- Simons, J. & 's-Hertogen, K. (1997). Onderzoek van de zelf-beoordeelde spanningsbehoefte bij delinquente jongeren. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 103-109). Leuven: Acco.
- Simons, J. (1999). Evaluatie van de fysieke competentie bij jongeren. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie. Jaarboek 1999*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Simons, J. & Fisette, P. (2001). Het zelfconcept bij kinderen uitgaande van een multidimensioneel hiërarchisch model. In J. Simons (Red.), *Actuele Themata uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 79-97). Leuven, Acco.
- Smeets, M. (1997). Het lichaamsbeeld bij anorexia nervosa: gestoord beeld of gestoorde perceptie? *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 175-184.
- Smeets, M.A.M., Smit, F., Panhuysen, G.E.M. & Ingleby, J.D. (1998). Body Perception index: benefits, pitfalls, ideas. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 457-464.
- Smeets, R.M.W. (2000). *Naar geïntegreerde richtlijnen in de GGZ. Visiedocument van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smits, H.W., Vermeer, A., Jansen, W. & Baumann, P. (2000). De Nederlandse Platenschaal voor Zelfwaargenomen Competentie en Sociale Acceptatie voor jonge kinderen met cerebrale parese: een analyse van karakteristieke scoreverdelingen. *Bewegen & Hulpverlening*, 17, 164-177.
- Smits-Engelsman, B.C.M. (1995). Het gebruik van motorische tests: praktijk en theorie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 130-136.
- Smits-Engelsman, B.C.M. & Schoemaker, M.M. (1998). Nederlandse bewerking van de Movement Assessment Battery for Children. *Fysio-Praxis*, 7, 6-11.
- Smyth, M.M. & Mason, U.C. (1997). Planning and Execution of Action in Children with and without Developmental Coordination Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 1023-1037.
- Solter, A.J. (2000). *De taal van huilen. Positief omgaan met huilen en boosheid van baby's en kinderen tot 8 jaar*. Haarlem: De Toorts.
- Staring, M.T.A.M., Duterloo, C.M. & Horn, G.H.M.M. ten (1993). *Kwaliteitsmeting van proceskenmerken in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Den Haag: Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.
- Steen, M.P. van der & Vermeer, A. (1987). Competentie en bewegingsbeïnvloeding. *Bewegen & Hulpverlening*, 4, 90-111.
- Steggink, D.C.E. (1988). Overeenkomsten en verschillen tussen psychomotorische therapie voor kinderen en speltherapie. *Bewegen & Hulpverlening*, 5, 25-28.
- Steggink, D.C.E. (1997). Similarities and Differences between Psychomotor Therapy and Play Therapy for Children. In A. Vermeer, R.J. Bosscher & G.D. Broadhead (Eds.), *Movement Therapy across the Life-span* (pp. 15-45). Amsterdam: VU University Press.
- Steiner, H. & Lock, J. (1998). Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: A Review of the past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 352-359.
- Steman, C. & Zomerplaa, J. (1994). *Kwaliteit gekenmerkt*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).
- Stott, D.H., Moyes, F.A. & Henderson, S.E. (1966). *Test of Motor Impairment*. Guelph, Ontario: Brook Educational Publishing.
- Strauss, G., Chassin, M. & Lock, J. (1995). Can Experts Agree When To Hospitalize Adolescents? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 418-424.
- Strien, T. van, Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A. & Defares, P.B. (1986). *Handleiding Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag, NVE*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Swaans-Joha, B.C. (1988). Praktijk en onderzoek: een LAT-relatie? Handelen als object van onderzoek. *Tijdschrift K&O*, 31, 7-14.
- Swanborn, P.G. (1987). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.
- Swanborn, P.G. (1993). *Schaaltechnieken: theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures*. Amsterdam: Boom.
- Swanson, M.W., Streissguth, A.P., Sampson, P.D. & Olson, H.C. (1999). Prenatal cocaine and neuromotor outcome at four months: Effect of duration of exposure. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 20, 325-334.
- Swennenhuis, P.B. & Veerman, J.W. (1995). *Nederlandstalige Harterschalen. Een inventarisatie*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.

T

- Tadai, T., Kanai, H., Nakamura, M. & Nakajima, T. (1994a). Body Image Changes in Adolescents I. Development of Self-Rating Body Image (SRBI). Test and Effects of Sex, Age and Body Shape. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 48, 533-539.
- Tadai, T., Kanai, H., Nakamura, M., Nakajima, T., Fujita, M. & Nakai, Y. (1994b). Body Image Changes in Adolescents II. Comparison among Patients with Eating Disorders and Controls with Thin, Normal and Obese Body Shapes. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 48, 541-545.

- Taylor, H.G., Klein, N., Minich, N.M. & Hack, M. (2000). Middle-school-age outcomes in children with very low birthweight. *Child Development*, 71, 1495-1511.
- Tettero, R. & Vermeer, A. (1994). Vroege signalering van bewegingsachterstand bij kinderen van de basisschool. *Bewegen & Hulpverlening*, 11, 32-49.
- Thomas, A., Chess, S. & Birch, H.G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Touwen, B.C.L. (1979). Examination of the child with minor neurological dysfunction. In *Clinics in Developmental Medicine* (p. 28). London: William Heinemann Medical Books.
- Touwen, B.C.L. (1989). Psychomotorische ontwikkelingen en stoornissen. In A.J.M. Bonnet-Breusers, T.A. Hogma, H.B.H. Rensen & J. Was-senaar (Red.), *Handboek Jeugdgezondheidszorg* (pp. D6, 1-6). Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge.
- Touwen, B.C.L. (1993). De neurologische ontwikkeling van 0 tot 3 jaar. In J.E. de Boer (Red.), *Infantpsychiatrie II. De gezonde en verstoorde ontwikkeling van het zeer jonge kind* (pp. 71-80). Assen: Van Gorcum.

U

- Ulrich, D.A. (1985). *Test of gross motor development*. Austin, TX: PRO-ED.

V

- Vallaey, M. (1973a). *Lateralisatieonderzoek bij kinderen van 4 tot 10 jaar. Diagnose en oefeningen ter versteviging*. Brussel: C.S.B.O.
- Vallaey, M. (1973b). *Handleiding voor het lateralisatieonderzoek bij kinderen van 4 tot 10 jaar. Diagnose en oefeningen ter versteviging*. Brussel: C.S.B.O.
- Vallaey, M. & Vandroemme, G. (1994). *Psychomotoriek bij kinderen*. Amersfoort: Acco.
- Vanvuchelen, M. (1997). Het psychomotorisch onderzoek aangepast aan jonge kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. In J. Simons (Red.), *Actuele Thema's uit de Psychomotorische Therapie* (pp. 111-125). Leuven: Acco.
- Vanvuchelen, M. (1998). Psychomotorische diagnostiek van peuters en kleuters met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. *Bewegen & Hulpverlening*, 15, 195-214.
- Veenhof, C. & Vermeer, A. (1997). De Platenschaal voor zelfwaargenomen competentie en sociale acceptatie bij kinderen met cerebrale parese: een onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 117-126.
- Veerman, J.W. (1989a). *De Competentiebelevingsschaal voor Kinderen, CBSK. Een experimentele handleiding*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Veerman, J.W. (1989b). De competentiebelevingsschaal voor kinderen. Theoretische achtergronden en enkele onderzoeksgegevens. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 28, 286-301.
- Veerman, J.W. (1992). Competentiebeleving bij kinderen met emotionele en gedragsproblemen. *Bewegen & Hulpverlening*, 9, 243-254.
- Veerman, J.W. (1997). *Met en Weten in de Jeugdzorg*. Nijmegen: Katholieke Universiteit.
- Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Bergh, B.R.H. van den & Brink, L.T. ten (1997). *De Competentiebelevingsschaal voor Kinderen, CBSK. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Velde, A. van de, Wiegiersma, P.A. & Wiegiersma, P.A. (1987). *Handleiding Hamm-Marburger Körperkoordinations-test für Kinder. Bewerking en normering voor Nederland (herziene uitgave)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verhagen, W.Y.J.M. & Vermeer, A. (1997). Samenhang tussen zelfwaargenomen competentie en gedrag: een literatuur overzicht. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 2-34.
- Verheij, F. (1989a). Toetsen en testen, diagnostiek en evaluatie als oogmerk. In F. Verheij & H. van Loon, *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 199-209). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1989b). Kinderen met vroeg verworven ontwikkelingsproblemen als belangrijkste doelgroep. In F. Verheij & H. van Loon, *Intensieve residentiële behandeling van kinderen: een kinderpsychiatrische kliniek ten voorbeeld* (pp. 11-21). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F., Rietdijk, L.E., Loon, H. van, & Doorn, E.C. van (1992). Integratie van gegevens in de praktijk. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; Onderzoek en diagnostiek* (pp. 270-280). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1992b). Eetstoornissen bij de adolescent. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie; Onderzoek en diagnostiek* (pp. 291-311). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1993a). Bewegingstherapie en klinische kinderpsychiatrie. *Bewegen & Hulpverlening*, 10, 68-74.
- Verheij, F. (1993b). De (semi)residentiële infant- en kinderpsychiatrische behandeling: nu en straks. In F. Verheij, R. Eijsberg & A. van Strien (Red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie; Praktijk en visie* (pp. 7-17). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1994). Adoptief jongeren zonder huis; opmerkingen vanuit een kinder- en jeugdpsychiatrische optiek. *FICE-bulletin*, 1, 5-16.
- Verheij, F. (1995a). *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie. Als het vanzelfsprekende ontbreekt*. Oratie. Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1995b). Een piramide op de hoogvlakte. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening en Jeugdwerk*, 7, 22-28.
- Verheij, F. (1995c). Behandelingsplanning van activiteiten- en psychotherapieën. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 22, 4-25.
- Verheij, F. (1996a). Dagklinische en klinische kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling; een schaars produkt. *Bijblijven*, 12, 48-57.

- Verheij, F. (1996b). De klinische kinderspsychiatrische behandeling. In F. Verheij & F.C. Verhulst (Red.), *Het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld* (pp. 51-61). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (1996c). Mogelijkheden van kinder- en jeugdpsychiatrische (dag)klinische behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 216-227.
- Verheij, F. (1997a). *Multidisciplinair verslagleggen & interdisciplinair denken; een werkboek voor de jeugdzorg*. Utrecht: SWP.
- Verheij, F. (1997b). Samenwerking en afstemming tussen vaktherapie en psychotherapie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 3, 3-8.
- Verheij, F. (1998a). *Behandelingsplanning in de jeugdzorg en het speciaal onderwijs*. Utrecht: SWP.
- Verheij, F. (1998b). Naar een integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 25, 20-45.
- Verheij, F. (2000a). Plaats van de kinder- en jeugdpsychiatrie in de opleiding tot psychiater. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 42, 229-234.
- Verheij, F. (2000b). Flexibele arrangementen ten behoeve van diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch werkveld. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en klinische Kinderpsychologie*, 25, 114-125.
- Verheij, F. (2000c). Van multidisciplinair onderzoek naar interdisciplinair denken. In Verhulst, F.C. & Verheij, F. (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (pp. 83-91). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. (2000d). De opkomst van de kinder- en jeugdpsychiatrie. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (pp. 1-21). Assen: Van Gorcum.
- Verheij, F. & Doorn, E.C. van (2002). Samenhang tussen cognitie, ontwikkeling, intelligentie en leren. In *Ontwikkeling & leren: Psychiatrie op school* (pp. 8-23). Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (1991). *De ontwikkeling van het kind*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (1992a). Multi-axiale diagnostiek. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (pp. 52-60). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (1992b). De kwaliteit van het diagnostisch proces: betrouwbaarheid en validiteit. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (pp. 20-30). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., Achenbach, T.M., Ferdinand, R.F. & Kasius, M.C. (1993). Epidemiological Comparisons of American and Dutch Adolescents' Self-Reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1135-1145.
- Verhulst, F.C. (1995). Recent Developments in the Assessment and Diagnosis of Child Psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 203-212.
- Verhulst, F.C. (1996). Kinder- en jeugdpsychiatrie: een overzicht. *Bijblijven*, 12, 5-16.
- Verhulst, F.C. & Ende, J. van der (1997). Factors Associated With Child Mental Health Service Use in the Community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.
- Verhulst, F.C. (1999a). De psychiatrische zorgbehoefte van kinderen en jeugdigen. In F. Verheij, M.P.M. Monasso, M.L.J.M. Eussen & J.P. van Nuland (Red.), *Zorgbreedte van de kinder- en jeugdpsychiatrie* (pp. 12-22). Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (1999b). Kinder- en jeugdpsychiatrie. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel & D. Wiersma (Red.), *Handboek Psychiatrische Epidemiologie* (pp. 379-398). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Verhulst, F.C. (2000a). Inleiding en epidemiologie. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Adolescentenpsychiatrie* (pp. 1-21). Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (2000b). Principes. In F.C. Verhulst & F. Verheij (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: Onderzoek en diagnostiek* (pp. 22-82). Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (2001). Community and epidemiological aspects of anxiety disorders in children. In W.K. Silverman & Ph.D.A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 273-292). Cambridge, UK: University Press.
- Vermeer, A. & Bosscher, R.J. (1984). Bewegingsagogisch handelen in de hulpverlening. *Bewegen & Hulpverlening*, 1, 4-15.
- Vermeer, A. (1991). *Motorische en sociale ontwikkeling als doel van bewegingsonderwijs*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vermeer, A., Lanen, W. & Hendriksen, J. (1995). Het meten van Zelfwaargenomen Competentie bij Jonge Kinderen met Cerebrale Parese; een voorstudie. *Tijdschrift voor Ontwikkelingspsychologie*, 3, 129-142.
- Vermeer, A. (1997a). Een model voor de motorische behandeling en opvoeding in de kinderrevalidatie. In A. Vermeer & G.J. Lankhorst (Red.), *Kinderen met Cerebrale Parese; Motorische ontwikkeling en behandeling* (pp. 125-136). Bussum: Coutinho.
- Vermeer, A. (1997b). Observatie van de interventie-stijl in de motorische behandeling van kinderen met cerebrale parese. In A. Vermeer & G.J. Lankhorst (Red.), *Kinderen met Cerebrale Parese; Motorische ontwikkeling en behandeling* (pp. 181-188). Bussum: Coutinho.
- Vermeer, A. (1997c). *Gehandicaptenzorg: context-georiënteerde interventie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vermeer, A. (1997d). *Zin en onzin van de psychomotoriek*. Abstract lezing Le Bon Départ, Breda.
- Vermeer, A. & Lankhorst, G.J. (Red.) (1997). *Kinderen met cerebrale parese. Motorische ontwikkeling en behandeling*. Bussum: Coutinho.
- Vermeer, A. & Sleijpen, F.A.M. (1997). Motorische ontwikkeling en stoornissen in de motorische ontwikkeling. In A. Vermeer & G.J. Lankhorst (Red.), *Kinderen met Cerebrale Parese; Motorische ontwikkeling en behandeling* (pp. 13-30). Bussum: Coutinho.
- Vermeer, A. & Veenhof, C. (1997). Het meten van de competentie-beleving bij kinderen met cerebrale parese door middel van een platen-schaal. In A. Vermeer & G.J. Lankhorst (Red.), *Kinderen met Cerebrale Parese; Motorische ontwikkeling en behandeling* (pp. 103-122). Bussum: Coutinho.
- Vlaeyen, J.W.S., Geurts, S.M., Eek, H. van, Snijders, A.M.J., Schuerman, J.A. & Groenman, N.H. (1989). *Handleiding Pijn Cognitie Lijst, Experimentele versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Vlaeyen, J.W.S., Pernot, D.F.M., Kole-Snijders, A.M.J., Schuerman, J.A., Eek, H. van & Groenman, N.H. (1990). Assessment of the components of observed chronic pain behavior: the Checklist for Interpersonal Pain Behavior (CHIP). *Pain*, 43, 337-347.
- Vliet, P. van (1990). *Een gat in de lucht*. Baarn: De Fontein.
- Vliet, P. van der, Knapen, J., Coppennolle, H., van Joos, S. & Pieters, G. (1996). Fitnesstraining als psychomotorische therapie in de behandeling van depressieve stoornissen. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 302-312.
- Vreeke, G.J., Janssen, C.G.C., Resnick, S. & Stolk, J. (1998). *Kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke handicap: Ontwikkeling van een meetinstrument voor woonvoorzieningen en de stand van zaken in Nederlandse instellingen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Vriesema, P.L., Miedema, S. & Nakken, H. (1989). *Voorkomen van onnodige achterstand door opvoedingshulp aan ouders. Ontwikkeling en evaluatie van een programma voor vroegtijdige orthopedagogische thuis-interventie voor jonge kinderen met ernstige motorische beperkingen*. Amsterdam: Praeventiefonds.

W

- Waller, G., Hamilton, K., Rose, N., Sumra, J. & Baldwin, G. (1993). Sexual abuse and body-image distortion in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 350-352.
- Wambecke, J. (1998). Psychomotorische diagnostiek, therapie en evaluatie bij volwassen psychiatrische patiënten. *Bewegen & Hulpverlening*, 15, 168-178.
- Wassenaar, J.S., Bolhuis, J., Reynders, K. & Pessio, A. (1987). Van Indruk naar Afdruk: naar een sensor-psycho-motor model. *Bewegen & Hulpverlening*, 4, 239-250.
- Weeda, W.C. (1986). *Kwalitatief of Kwantitatief, een oneigenlijk methodologisch dilemma*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wehaus, B. & Lössl, E. (1974). Reliabilitäts- und Validitätsstudie zur Verwendung des Trampolins bei der Diagnose von Motorisch Gestörtem Verhalten bei Kindern. *Prax. Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 3.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- World Health Organization [WHO] (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: Author.
- Wiegiersma, P.H. & Velde, A. van der (1975). *De Haimm-Marburger Körperkoordinationstest für Kinder*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Wiegiersma, P.H. (1980). *Motorische diagnostiek. De evaluatie van lichamelijke vaardigheden bij kinderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wiegiersma, P.H., Velde, A. van der, Reysoo, H.P., Wieringen, E.H.C. van, Kunnen, E.S. & Wiegiersma, P.A. (1988). *Test voor de Algemene Bewegings-Coördinatie; Onderzoek van de lichamelijke vaardigheid en de handvaardigheid bij kinderen van 6-10 jaar*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Wit, J. de & Tak, J.A. (1992). Theoretische achtergronden van klinische diagnostiek. In Th. Kievit, J. de Wit, J.H.A. Groenendaal & J.A. Tak (Red.), *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (pp. 15-39). Utrecht: De Tijdstroom.
- Wiznitzer, M. (2000). Kinderen en jeugdigen met een geschiedenis van verwaarlozing en/of mishandeling. In J. Hermanns, C. van Nijmegen, M. Smit, F. Verheij & M. Reuling (Red.), *Handboek Jeugdzorg*, 4 (pp. C3, 1-19). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 1998, Volume 1, number 1, May 1998.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 1998, Volume 1, number 2, October 1998.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 1999, Volume 2, number 1, March 1999.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 1999, Volume 2, number 2, June 1999.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 1999, Volume 2, number 3, October 1999.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 2000, Volume 3, number 1, February 2000.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 2000, Volume 3, number 2, 2000.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 2000, Volume 3, number 3, 2000.
- WHO Collaborating Centre for the ICIDH in the Netherlands. *Newsletter*, 2000, Volume 4, number 1, 2001.
- WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM, Bilthoven (2002). *ICF, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wilson, C. (1999). *Traveling miles*. CD. Capitol Records Inc.
- Winnicott, D.W. (1965). *The family and individual development*. London: Tavistock Publications.
- Woodfield, J. (1998). *Babymassage. Wat je zelf kunt doen voor het welzijn van je kind*. Zeist: Indigo.

Z

- Zant, J.L., Lankhorst, G.J. & Kolman, A. (1987). *Handleiding psychogene rugpijn test, PRT*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Zijverden, J. van (1992). Lichaamsbeleven in de adolescentie. *Bewegen & Hulpverlening*, 9, 24-30.

Samenvatting

*Soms is de kennis van de geleerde
een beetje moeilijk te vatten
omdat hij niet schijnt aan te sluiten
bij onze eigen wijze van ervaren.
Met andere woorden,
Kennis en Ervaring spreken niet
noodzakelijkerwijs dezelfde taal.
Maar heeft de kennis die stoelt op ervaring
niet meer waarde dan kennis die dat niet doet?
Het lijkt sommigen onder ons vrij voor de hand liggend
dat een heleboel geleerden
wat vaker naar buiten zouden moeten,
om daar eens rond te snuffelen.
(Hoff, 1999, p.39)*

In hoofdstuk één werd de insteek van dit onderzoek treffend verwoord door bovenstaand citaat van Poeh. Het samenbrengen en integreren van Kennis en Ervaring was het uitgangspunt, wat in verschillende stappen heeft geleid tot een onderbouwde richtlijn voor het uitvoeren van psychomotorische diagnostiek. Allereerst is de keuze van het onderwerp van onderzoek verantwoord. De motivatie voor het uitvoeren van dit onderzoek ligt in de zorg rond de situatie dat de meeste PMT-ers enthousiaste en betrokken therapeuten zijn, die een bijdrage leveren aan de behandeling van kinderen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld, terwijl een systematische onderbouwing van diagnostiek en behandeling veelal ontbreekt. Bij aanvang van het onderzoek bestond het vermoeden dat er slechts zelden *systematisch* gebruik wordt gemaakt van psychomotorisch diagnostische instrumenten, terwijl diagnostiek een goede ingang blijkt te zijn voor de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering van de zorg in de hulpverleningsinstellingen. Aan de hand van de diagnostiek kan de keuze en inhoud van het behandelingsaanbod verantwoord worden. De kwaliteit van de psychomotorische therapie kan onder andere bewaakt en bevorderd worden door psychomotorische diagnostiek in te zetten om de hulpvraag of het probleem te verhelderen en tot een verantwoorde keuze ten aanzien van de gewenste vorm van interventie te komen. Psychomotorische diagnostiek kan tevens bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit van de algemene diagnostiek en daarmee ook aan de bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg. Deze studie bestaat na hoofdstuk één uit twee delen. In Deel I, omvattende hoofdstuk twee tot en met zes, wordt het begrippenkader van deze studie uiteengezet. In Deel II, dat hoofdstuk zeven tot en met tien beslaat, wordt verslag gedaan van het empirisch onderzoek gericht op de ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct. Na Deel II volgt nog een nabescherping (hoofdstuk elf), waarin op het hele onderzoek wordt teruggeblikt.

In hoofdstuk twee is een beschrijving gegeven van de algemene ontwikkeling van het kind en de jeugdige. Het identificeren en beschrijven van belangrijke factoren in de ontwikkeling van het kind is voorwaarde voor de verdere stappen binnen dit onderzoek. Intuïtieve kennis moet worden omgezet in een fundamenteel denken waarin ordening, structuur, systematiek en onderbouwing centraal staan. Hoofdstuk twee vormt daartoe de prewetenschappelijke start: verschillende visies op de ontwikkeling van het kind worden weergegeven met conclusies per leeftijdsfase, welke richting geven aan het vervolg van dit onderzoek. In dit hoofdstuk wordt duidelijk dat er in de ontwikkeling van het kind altijd sprake is van een samenspel van biologisch bepaalde en omgevingsbepaalde factoren. Het potentieel van de ontwikkeling lijkt erfelijk vastgelegd, waarbij de uitkomst van de ontwikkeling mede afhankelijk is van de invloed van de omgeving. De omgeving kan meer of minder faciliterend werken, terwijl het individu voor zijn ontwikkeling

meer of minder afhankelijk kan zijn van een faciliterende omgeving. Dit kan per ontwikkelingsdomein en per individu verschillen. Ook kunnen onder verschillende condities en langs verschillende wegen dezelfde uitkomsten worden bereikt. De eerste jaren lijken van essentieel belang voor de verdere ontwikkeling. Daarbij speelt de matching van ouder en kind, de 'goodness-of-fit' een belangrijke rol. Veel van wat gedurende die eerste levensjaren vanzelf lijkt te gaan, gaat bij kinderen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie niet vanzelf. Bij deze kinderen zijn de problemen vrijwel altijd reeds tijdens de eerste drie levensjaren begonnen. De problemen worden vaak zichtbaar in de motoriek en het bewegen. Ernstige kinderpsychiatrische problematiek gaat in de regel samen met verstoringen in de lichaamswaarneming en/of lichaamsbeleving, met problemen in de beheersing en coördinatie van de motoriek en/of met het ontbreken van bewegingsplezier.

In hoofdstuk drie is nader ingegaan op de psychomotorische ontwikkeling. Bij de beschrijving van de normale kinderlijke ontwikkeling komt het belang van lichamelijke, bewegen en motoriek duidelijk naar voren. Het is voor dit onderzoek belangrijk een apart hoofdstuk te wijden aan de psychomotorische ontwikkeling omdat psychomotorische diagnostiek - het onderwerp van dit onderzoek - gebaseerd dient te zijn op kennis van de psychomotorische ontwikkeling. Belangrijke factoren binnen deze ontwikkeling dienen te worden geïdentificeerd en beschreven. Ontwikkelingsgericht denken vormt daarbij, evenals in het vorige hoofdstuk, de leidraad. De psychomotorische ontwikkeling is bij kinderen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld vaak verstoord of in de kern gestoord. De vroeg-motorische ontwikkeling lijkt een indicatie te kunnen geven voor het bewegingsverloop op latere leeftijd. Bij de vroeg verstoorde of gestoorde ontwikkeling is vaak een gebrek aan differentiatie en integratie zichtbaar in het bewegen en in de motoriek. Fundamentele motorische vaardigheden blijken van groot belang te zijn voor de aanpassing van het kind aan de leeftijdsgroep. In het algemeen heeft een kind de combinatie van mogelijkheid tot oefenen, aanmoediging en instructie nodig om zich fundamentele motorische vaardigheden eigen te maken. Er zijn kritische perioden, waarin het kind effectiever en efficiënter leert. De genetische aanleg bepaalt tezamen met de ontwikkelingsgeschiedenis en de huidige omgevingsfactoren de loop van de ontwikkeling. Een individu kan veel verstoringen in de ontwikkeling door het zelfregulerend vermogen oplossen. Soms is het echter niet meer mogelijk de opgelopen ontwikkelingsachterstand te compenseren. Er is nog weinig bekend over welke psychiatrische stoornissen op welke manier ingrijpen op de normale ontwikkeling van de psychomotoriek en via de differentiatie van de ontwikkelingsdomeinen tevens op het zelfbeeld. Motivatie en zelfwaargenomen competentie spelen een belangrijke rol.

In hoofdstuk vier is de ontwikkelingsproblematiek van kinderen en jeugdigen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld beschreven. Het onderwerp van dit onderzoek vraagt om naast de normale kinderlijke ontwikkeling ook uitgebreid aandacht te besteden aan de afwijkende ontwikkeling, zoals deze binnen de kinder- en jeugdpsychiatrische populatie zichtbaar wordt. Dit hoofdstuk heeft tot doel een voor dit onderzoek relevant kinder- en jeugdpsychiatrisch kader te schetsen, zodat voor het vervolg van dit onderzoek duidelijk is over welke populatie en welk soort observatie en behandeling wordt gesproken. In geval van stoornissen is er vrijwel altijd sprake van een kwetsbare interactie tussen aanleg en omgevingsfactoren. Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt derhalve gebruik gemaakt van een multitheoretisch kader. De verschillende doelgroepen die binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie voorkomen zijn in dit hoofdstuk beschreven, waarbij beschreven is dat veel afhangt van de interactie tussen risicofactoren en protectieve factoren. Er is bij deze kinderen vrijwel altijd sprake van 'mixed disorders', zowel in oorzaak als verschijningsvorm. Er is geschetst hoe (dag)klinische behandeling van deze kinderen plaatsvindt en wat de plaats van PMT is binnen deze setting. Geconcludeerd wordt dat bewegen en lichamelijke in de ontwikkeling van kind tot volwassene een dusdanig belangrijke plaats inneemt dat systematische psychomotorische diagnostiek als basis voor PMT en als bijdrage aan de algehele diagnostiek gerechtvaardigd lijkt.

In hoofdstuk vijf is nader ingegaan op Psychomotorische Therapie. Dit is noodzakelijk omdat het gedachtegoed van de PMT een belangrijke bijdrage dient te leveren aan het theoretisch kader van dit onderzoek. Psychomotorische diagnostiek, het onderwerp van dit onderzoek, dient aan te sluiten bij dit ge-

dachtegoed, zodat het voor PMT-ers begrijpelijk en hanteerbaar zal zijn. In dit hoofdstuk is het gebrek aan een eenduidig conceptueel kader geschetst en zijn verschillende binnen PMT gebruikte ordeningsprincipes beschreven, waarna voor een overkoepelend kader is gekozen. Vervolgens is PMT zoals dat plaatsvindt bij kinderen beschreven en zijn indicaties en doelen uitgewerkt. Tenslotte is een overzichtsschema gepresenteerd waarbinnen de diverse modaliteiten gekoppeld worden aan historische PMT-kaders, indicaties voor PMT, doelen binnen de PMT, methodieken, dimensies en assen. Voor dit overzicht wordt verwezen naar hoofdstuk vijf.

Op basis van de hoofdstukken twee tot en met vijf is vervolgens in hoofdstuk zes een conceptueel model beschreven, waar het (veld)onderzoek, zoals beschreven in Deel II, op gebaseerd is. Voor ontwikkelingsdiagnostiek is het nodig een conceptueel model te ontwikkelen waarin alle relevante aspecten die invloed op de ontwikkeling kunnen hebben te plaatsen zijn. Het is niet eenvoudig alle aspecten met betrekking tot de psychomotoriek te vatten binnen een kader. De eisen die gesteld moeten worden aan een wetenschappelijk kader zijn in dit hoofdstuk beschreven, waarna de ICIDH en het biopsychosociale ontwikkelingsdenken zijn gekoppeld tot een nieuw referentiekader. Psychomotorische diagnostiek vraagt echter om meer dan een referentiekader. Daartoe is op basis van dit referentiekader en uitgaande van de theoretische overwegingen van de eerdere hoofdstukken een opzet gemaakt voor een psychomotorisch diagnostisch construct: een richtlijn voor het doen van systematische psychomotorische diagnostiek.

Vervolgens heeft in hoofdstuk zeven, het eerste hoofdstuk van Deel II, een ordening plaatsgevonden van psychomotorische onderzoeksmethoden en is een overzicht gepresenteerd van diagnostische instrumenten die betrekking hebben op de psychomotoriek. Daarbij is ernaar gestreefd instrumenten binnen de drie dimensies van het conceptueel model te vinden, opdat een zo compleet mogelijk beeld van een kind kan ontstaan. Een belangrijke vraag is of bestaande instrumenten een plaats kunnen krijgen binnen het in hoofdstuk zes gepresenteerde referentiekader en of deze instrumenten valide en betrouwbaar zijn bij gebruik binnen het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld. Ook het belang van het indelen van instrumenten naar hun doel en het selecteren van discriminatieve instrumenten voor dit onderzoek is aan de orde gekomen. Duidelijk is geworden dat het gebruik van bestaande instrumenten binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld niet zonder meer mogelijk is. Het blijkt dat veel van de - vaak op praktische gronden gekozen - instrumenten die momenteel in het werkveld worden gebruikt niet aan psychometrische eisen voldoen. Naast psychometrische eisen is ook de klinische bruikbaarheid belangrijk. Daartoe zijn in de uiteindelijke versie van het PMDC de op dit moment beste instrumenten geselecteerd (zie appendix twee).

In hoofdstuk acht is een deel van het veldonderzoek beschreven. Naast een theoretisch kader, zoals in de voorgaande hoofdstukken is beschreven, is het voor implementatie van een systematische psychomotorische diagnostiek van belang te onderzoeken in hoeverre en op welke manier psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld op dit moment plaatsvindt. Gedachtekaders achter het gebruik van verschillende psychomotorisch diagnostische instrumenten dienen te worden achterhaald en tevens moet worden geïnventariseerd waar de behoeften van de PMT-ers in het werkveld liggen met betrekking tot diagnostiek. De resultaten van een korte en een uitgebreide vragenlijst zijn in dit hoofdstuk gepresenteerd, evenals de resultaten van verdiepende interviews. Vele PMT-ers hebben aan dit deel van het onderzoek meegewerkt, waarbij er telkens sprake was van een grote respons. De resultaten zijn geordend naar praktische aspecten, vakinhoudelijke aspecten en aspecten rond het gebruik van instrumenten. Ook worden in dit hoofdstuk de resultaten van een viertal expertinterviews weergegeven, die mede richting hebben gegeven aan het vervolg van dit onderzoek. Geconcludeerd werd onder andere dat de invulling van de diagnostiek sterk verschilt onder de respondenten, dat PsychoMotorisch Onderzoek als belangrijke informatiebron wordt ervaren tijdens de algemene diagnostiek, zowel door de PMT-er als door het multidisciplinaire team en dat verreweg de meeste PMT-ers een door henzelf ontwikkeld instrument gebruiken of een bestaand instrument naar eigen inzicht hebben aangepast. Wel is er behoefte aan een overkoepelend, eenduidig kader en aan meer gestandaardiseerde instrumenten.

In hoofdstuk negen is ingegaan op de actuele vraag hoe ruim of beperkt de mogelijkheden van PMT binnen de GGz (moeten) zijn. Ook voor psychomotorische diagnostiek dient te worden bepaald waar de grenzen

liggen. Om de verzamelde informatie uit de literatuur en het veld verder te kunnen differentiëren en integreren is gekozen voor twee tussenstappen: het Reductiepanel en het Randpanel. Het Reductiepanel heeft een lange lijst items gereduceerd tot kernitems voor PsychoMotorische Diagnostiek. Vervolgens zijn alle resultaten van het onderzoek tot dan toe voorgelegd aan een panel van deskundigen. In dit hoofdstuk wordt uitgebreid ingegaan op de resultaten van dit zogenaamde Randpanel, waarin experts van de verschillende deelterreinen van dit onderzoek zitting hadden. Door middel van twee schriftelijke ronden en een live discussiebijeenkomst is veel waardevolle feedback verzameld, wat na analyse is verwerkt in het PMDC. Opvallend is dat er binnen het Randpanel, net zoals dat het geval was binnen de interviews die zijn beschreven in hoofdstuk acht, een grote diversiteit bestaat in wat er onder psychomotorische diagnostiek wordt verstaan en waar de grenzen van het vak liggen. Het PMDC is gebaseerd op de analyses van de onderzoeksdata die zijn verzameld en probeert daarmee zo zuiver mogelijk weer te geven wat psychomotorische diagnostiek volgens het veld en deskundigen op dit moment zou moeten inhouden. Ook geeft het aan waar de grenzen liggen, wanneer moet worden doorverwezen naar andere disciplines.

In hoofdstuk tien zijn de resultaten van de implementatie van het PMDC binnen vier instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie weergegeven. Implementatie van het PMDC, zoals dat op basis van de resultaten van het onderzoek tot dan toe was opgesteld, was noodzakelijk om te onderzoeken in hoeverre het ook daadwerkelijk praktisch bruikbaar is. De implementatie is uitgebreid voorbereid, zodat aan alle eisen die daaraan gesteld worden kon worden voldaan. De opbouw van het PMDC wordt uitgebreid weergegeven (het PMDC is integraal opgenomen in appendix twee). De resultaten van de implementatie zijn beoordeeld door de PMT-ers die aan de implementatie hebben meegewerkt en door de multidisciplinaire teams van de betreffende instellingen. De resultaten zijn positief. De gebruikersvaliditeit van het PMDC is goed. Het PMDC leidt tot nieuwe uitspraken en perspectieven en deze zijn beter gefundeerd dan voorheen. Bovendien draagt het PMDC bij aan de beeldvorming van PMT binnen de teams en daarmee aan de positionering van het vak. Op basis van de analyse van de implementatie is het PMDC nog op enkele punten aangepast.

In hoofdstuk elf tenslotte wordt het onderzoek aan een nadere beschouwing onderworpen. Eerst wordt onder andere stilgestaan bij de noodzaak tot samenwerking tussen onderzoekers en pratici en de vraag of iedere PMT-er psychomotorische diagnostiek kan doen. Naast de kwaliteit van een onderzoek is een belangrijke vraag wat de relevantie ervan is voor de verschillende deelterreinen waarop het onderzoek betrekking heeft. Daarnaast zijn er meerdere aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan. In het belang van het vak PMT en de kwaliteit van zorg in bredere zin is het zinvol en noodzakelijk dat budgetten worden vrijgemaakt voor verder onderzoek en onderzoekers op een brede ondersteuning kunnen rekenen vanuit de beroepsvereniging, de instellingen en collega's.

Summary

*Sometimes the knowledge of the scholar
is a bit hard to understand
because it doesn't seem to match up
with our own experience of things.
In other words,
Knowledge and Experience do not
necessarily speak the same language.
But isn't knowledge that comes from experience
more valuable than knowledge that doesn't?
It seems fairly obvious to some of us
that a lot of scholars
need to go outside
and sniff around.
(Hoff, 1982, p.28-29).*

In Chapter One of this dissertation, the approach underlying the present research is clearly summarized by the above quotation from Pooh Bear. By combining and integrating current scientific knowledge with concrete experience in several steps, a sound guideline for PsychoMotor Assessment has been developed. First, the choice of topic was delimited and described. The present research has been motivated by the observation that most psychomotor therapists are very enthusiastic and involved, making an contribution to the treatment of children within the field of child and adolescent psychiatry but often without a systematic approach to the tasks of assessment and treatment. At the outset of this research project, in fact, it was suspected that the systematic use of psychomotor diagnostic instruments was quite rare. Nevertheless, systematic assessment is the obvious starting point for the selection of a suitable treatment method. Systematic assessment is also needed to maintain and/or improve the quality of care. That is, systematic psychomotor assessment is needed to not only help clarify the request for help or specific problem and thereby selection of the most appropriate form of intervention, but also to monitor and improve the quality of psychomotor therapy. This study encloses two parts. In Part I, including chapter two up to and including chapter six, the notions of this study are expounded. In Part II, including chapter seven up to and including chapter ten, account is given of the empirical research aimed at the development of a PsychoMotor Diagnostic Construct. Following Part II a review on the research as a whole is presented.

In Chapter Two, the general development of the child is described. The identification and description of the major steps in the development of the child then provides the basis for the remainder of the research. Intuitive knowledge must be translated into fundamental knowledge and thereby the core elements structured, systematized, and theoretically grounded. In Chapter Two, this pre-scientific start involves consideration of the different views on the development of the child at different ages. As will be seen, the development of the child appears to always involve an ensemble of biologically-based and environmentally-based factors. Developmental potential appears to be genetically determined while the actual course of development appears to be environmentally determined. The environment can be more or less facilitating, and the specific individual can also be more or less dependent on a facilitating environment. In addition, the level of environmental dependency can differ across developmental domains. In other words, the same developmental conditions and paths can lead to different developmental results, but also different developmental conditions and paths can lead to one and the same result. The first few years of development in a child's life appear to be essential for further development and, within this context, the match or goodness-of-fit between parent and child are critical. Much of what appears to unfold quite simply

during the first few years of life for most children is not so obvious for children requiring psychiatric care. In most cases, problems started during the first three years of life and often involved problems with locomotion or movement. That is, severe child psychiatric problems are often accompanied by a disturbed perception and/or experience of one's own body, problems in the areas of controlling and coordinating locomotion and/or a lack of pleasure associated with movement.

In Chapter Three, the course of psychomotor development is explored in greater detail. In the description of the general development of the child, the importance of corporality, movement, and locomotion is highlighted. Obviously, insight into the psychomotor development of children is needed for adequate psychomotor assessment. In addition, the psychomotor development of children requiring psychiatric care is often disturbed and the early development of their locomotion appears to provide an indicator of such a disturbance and thus the path for later locomotion. Early disturbed or disrupted development often shows a lack of differentiation and integration in the domain of locomotion and movement, while fundamental motor skills appear to be of major importance for the adjustment of a child to the peer group. The child generally needs a combination of practice, encouragement, and instruction to learn fundamental motor skills. Critical periods appear to exist for the effective and efficient mastery of skills. Genetic design in combination with developmental history and present environmental circumstances thus determine the course of development. And while the individual can often overcome many disturbances on his or her own, in some cases, it may no longer be possible to compensate for a setback or setbacks suffered earlier in development. Very little is known about which psychiatric disturbances affect the normal psychomotor development of the child in what manner, and, via differentiation of the developmental domains, the self-image. Motivation and self-observed competence are known to be of major importance.

In Chapter Four, the developmental problems of children receiving psychiatric care are considered. The goal of this chapter is to outline a framework for understanding disturbed development in addition to normal development and thereby the child psychiatry population and the relevant methods of observation and treatment. In the case of disturbances, there is almost always a vulnerable interaction between genetic predisposition and environmental factors. For this reason, a multitheoretic framework is commonly used within the field of child psychiatry. The different target groups characteristic of the field of child and adolescent psychiatry are described along with the role of the interaction between various risk and protective factors. In most cases, the children show mixed disorders in terms of both etiology and symptomatology. The clinical treatment of these children is then described along with the role of psychomotor therapy within this context. It is then concluded that movement and corporality occupy such an important position within the development of the child that systematic psychomotor assessment is clearly called for, also to provide a solid basis for psychomotor therapy and assessment in general.

In Chapter Five, the topic of psychomotor therapy is explored more deeply in order to ground psychomotor assessment - the topic of this research - within a suitable theoretical framework. The lack of a conceptual framework for psychomotor therapy is emphasized, and several of the arrangement principles currently used for psychomotor therapy are described. Subsequently, an overarching framework is sought and a number of critical indicators and goals are identified. Finally, an overall schedule is presented in which the several modalities can be linked to historical frameworks for psychomotor therapy, the indicators for psychomotor therapy, the goals of psychomotor therapy, the methods, and the relevant dimensions and axes.

Based on the information provided in chapters two through five, a new conceptual model for developmental assessment is next developed in Chapter Six. For purposes of assessment, a conceptual model that addresses all of the factors that can possibly affect the psychomotor development of children is needed. However, incorporation of all aspects of psychomotor development within the same theoretical framework is not an easy task and, for this purpose, both the ICIDH and biopsychosocial developmental thinking were combined to create a new conceptual framework. Based on the new conceptual framework

for assessment and various other theoretical considerations, a guideline for systematic psychomotor assessment is also developed and described.

In Chapter Seven, the first chapter of Part II, an overview of the available psychomotor research methods is presented along with an overview of the relevant diagnostic instruments. The purpose of these overviews is to obtain adequate diagnostic means or instruments for all levels of the conceptual model and thereby obtain a complete image of the child. An important question is thus whether the existing psychomotor diagnostic instruments fit into the present conceptual framework or not and whether the instruments are indeed sufficiently reliable and valid when used within the context of child and adolescent psychiatry. The importance of considering the measurement objective for a specific instrument and selecting the most appropriate instruments is emphasized, although it should be obvious that not all instruments are suited for child and adolescent psychiatric purposes. It appears that many instruments are often chosen on practical grounds alone and that many of the instruments used by psychomotor therapists at the moment simply do not meet the psychometric standards indicating sufficient reliability or validity. In addition to meeting certain psychometric standards, clinical usefulness is also important. And with an eye to both of the above, the best available instruments at this moment had to be selected for inclusion in the final version of the PsychoMotor Diagnostic Construct (PMDC - see appendix two).

In Chapter Eight, the results of field research based on the new conceptual framework are presented. More specifically, the extent to which and manner in which psychomotor assessment takes place within the current field of child and adolescent psychiatry is examined. Information on the philosophies behind the use of several psychomotor diagnostic instruments is gathered, along with information on just what the psychomotor therapists want to determine when using the instruments. The results for both a short and a longer questionnaire are presented along with the results of in-depth interviews. The response rate on the part of the psychomotor therapists was very high. The results are presented with regard to the practical aspects of psychomotor assessment, professional aspects of psychomotor assessment, and use of the instruments themselves. The results of four expert interviews are then presented as well. It can be concluded that the assessment methods and philosophies of psychomotor therapists widely differ, that psychomotor assessment is perceived as an important source of general assessment information, and that most of the psychomotor therapists use their own instruments or modify an existing instrument to meet their own specific needs. In other words, there is a need for an overarching and well-grounded theoretical framework along with a complete set of standardized instruments.

In Chapter Nine, the possibilities and limitations of psychomotor therapy and thereby assessment within the field of psychological health care are considered. In order to further integrate the information gathered from the literature and the research in the field, two steps were undertaken. First, a panel - the so-called reduction panel - was asked to reduce a long list of items pertaining to psychomotor assessment to a list of core items. Second, the results of this reduction process were then presented to a panel of experts. The results from the two rounds of written feedback and a discussion meeting with the panel of experts were then used to improve the PMDC. Striking is that the feedback from the panel of experts and the information from the in-depth interviews reported on in the previous chapter show little agreement on the content of psychomotor assessment or the boundaries of psychomotor therapy. Based on the results of research, the PMDC attempts to delimit the content of psychomotor assessment and the boundaries of such as clearly as possible.

In Chapter Ten, the results of implementation of the PMDC in four child and adolescent psychiatric care centers are presented. Such information is obviously needed to determine the utility and manageability of the PMDC. The results were positive. User validity was good. The PMDC was found to lead to some new and clearly improved perspectives on the problems of the child. In addition, use of the PMDC appeared to improve the image of psychomotor therapy within the various multidisciplinary teams and the positioning of the profession within the field of child and adolescent psychiatry in general. Based on the results of this implementation research, some minor improvements were then made to the PMDC.

In Chapter Eleven, a broader perspective on psychomotor assessment is adopted. The necessity of collaboration between theoreticians and practitioners is emphasized; the question of whether every psychomotor therapist is also unequivocally qualified to perform assessment is raised; and it is argued that not only the quality of research studies but also their relevance for the different domains being addressed should be clearly considered. Some recommendations to further research are then presented. In the interest of the profession and the quality of care, resources should be made available for research support as well as fostering greater support from professional organizations, care centers, and colleagues.

Appendix 1

Overzicht van bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten

Naam instrument	auteur/ literatuur verwijzing	soort instrument	wat wil de test meten	dimensie van meet- pretentie	doel	doelgroep	leeftijd
Algemene COmpetentie Schaal (ALCOS)	Bosscher & Baardman (1989)	vragenlijst	competentie- gevoelens	structuur/ functie	discriminatief	volwassen psychiatrische patiënten	
Autisme Bewegingsgedrag Checklist	Vanvuchelen (1997)	checklist	kwaliteiten van bewegingsgedrag van jonge autistische kinderen	structuur/ functie	discriminatief	jonge autistische kinderen	
Bayley Ontwikkelings- Schalen BOS 2-30	Van der Meulen & Smrkovsky (1983)	test	mentale en motorische ontwikkeling	activiteit	discriminatief	jonge kinderen	2 - 30 mnd
Beknopte beoordelings- methode voor KinderHandschriften (BHK)	Hamstra- Bletz e.a. (1987)	test	dysgrafie	structuur/ functie	discriminatief	kinderen met mogelijke schrijfproblemen	7 - 9 jr.
Bewegingsonderzoek Roozendaal	Roozendaal (1973)	observatie- schaal	motorisch niveau en typen	activiteit	discriminatief	volwassen psychiatrische patiënten	
Bilder Angst test (BAT)	Bös & Mechling (1983)	vragenlijst	angst voor bewegings- situaties	structuur/ functie	discriminatief	kinderen	9 - 11 jr.
Body Awareness Questionnaire (BAQ)	Shields e.a. (1989)	vragenlijst	waarnemen van lichamelijke processen	structuur/ functie	discriminatief	adolescenten/ volwassenen	
Body Self Relations Questionnaire (BSRQ)	Cash (1990)	vragenlijst	houding tov uiterlijk, conditie en gezondheid	structuur/ functie & activiteit	discriminatief		
Browder Checklist	Browder (1987)	checklist	functionele motoriek	activiteit	evaluatief	risicokinderen	
Bruininks- Oseretsky	Bruininks (1978)	test	motorische stoornissen; grove en fijne motoriek	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	kinderen met motorische stoornissen	4½ - 14½ jr.

Naam instrument	betrouw- baarheid	validiteit	normerings- gegevens	duur van de test	Opmerking
Algemene Competentie Schaal (ALCOS)	goed	voor vrouwen goed	Nederland	kort; 17 uitspraken	w.s. voor adolescenten bruikbaar afhankelijk van ontwikkelingsfase en cognitief niveau
Autisme Bewegingsgedrag Checklist	gedeeltelijk onderzocht, lijkt positief	gedeeltelijk onderzocht, lijkt positief	geen		recent; specifieke doelgroep; concreet testmateriaal; veelzijdig
Bayley Ontwikkelings- Schalen BOS 2-30	voldoende	voldoende	voldoende	30 tot 45 min.	ervaring in de omgang met zeer jonge kinderen noodzakelijk. Instructietijd van ca. 3 weken vereist.
Beknopte beoordelings- methode voor KinderHandschriften (BHK)	1) goed 3) $rtt = .80$, $r = .90$	1) begripsvaliditeit goed 3) goed	onvoldoende	5 min.	werkt door middel van overschrijven: kan zowel individueel als in groep worden afgenomen
Bewegingsonderzoek Roozendaal	niet eenduidig	niet eenduidig	individueel gestelde normen		Verouderd, vage bewegingsopdrachten maar vormt de basis van PMT-diagnostiek in de psychiatrie
Bilder Angst test (BAT)	voldoende jongens $rtt = .73 - .88$ meisjes $rtt = .84 - .89$	goed	Duitsland, ook voor Vlaamse kinderen bruikbaar	10 tot 15 min.	makkelijk af te nemen en te interpreteren, vragen worden beantwoord, er is geen tijdslimiet
Body Awareness Questionnaire (BAQ)	voldoende	voldoende			engels
Body Self Relations Questionnaire (BSRQ)	voldoende	voldoende			engels
Browder Checklist					
Bruininks- Oseretsky	1) onvoldoende 3) $rtt = .87$	onvoldoende	Amerikaans	lange (60 tot 90 min.) en korte (17 min.) versie	oud; niet geschikt voor autistische / gedragsgestoorde / mentaal geretardeerde kinderen; vrij ingewikkelde testinstructie

Naam instrument	auteur/ literatuur verwijzing	soort instrument	wat wil de test meten	dimensie van meet- pretentie	doel	doelgroep	leeftijd
Body Shape Questionnaire (BSQ)	Cooper e.a. (1987)	vragenlijst	preoccupaties lichaamsvorm	structuur/ functie	discriminatief	vrouwen met eetstoornissen	
Checklist voor adolescenten met psychiatrische stoornissen	Emck (1997)	observatie/ vragenlijst	psychomotoriek	structuur/ functie & activiteit & participatie	discriminatief & evaluatief	adolescenten met psychiatrische stoornissen	12 - 18 jr.
CHecklist voor Interpersoonlijk Pijngedrag (CHIP)	Vlaeyen e.a. (1990)	checklist	chronisch pijngedrag	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	patiënten in klinische zittingen	
Competentie Belevings Schaal voor Kinderen (CBSK)	Veerman (1989 a,b, 1997)	vragenlijst	competentie beleving en zelfbeeld	structuur/ functie	discriminatief	kinderen met motorische problemen	8 - 12 jr.
Denver Ontwikkelings Screeningtest	Cools & Hermanns (1979)	test	ontwikkelings- stoornissen en/of retardatie	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	kinderen	16dgn - 6½ jr.
Dominantie- onderzoek Müller	Müller (1985)	test	lateralisatie	structuur/ functie	discriminatief	kinderen	4½ - 8 jr.
Eating Disorder Inventory (EDI)	Garner e.a. (1983)	vragenlijst	psychologische kenmerken van anorexia - en boulimia nervosa	structuur/ functie	discriminatief	patiënten met anorexia nervosa en boulimia nervosa	
Frostig Movement Skills Test Battery	Frostig & Orpet (1972)	test	psychomotorische vaardigheden	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	kinderen met leer- en gedrags stoornissen	4 - 9 jr.
Functional Independence Measure for Children (WeeFim)	Msall (1994)	checklist	ontwikkelings- achterstand	activiteit & participatie	discriminatief & evaluatief	kinderen met ontwikkelings- stoornissen	½ - 12 jr.
Goal Attainment Scaling (GAS)	Melief e.a. (1979)	checklist	voortgang van revalidatieplan/ evalueren behandeling	activiteit & participatie	evaluatief	bij elke doelgroep toepasbaar	alle
Grafomotorische testbatterij	Rudolf (1989)	test	ontwikkeling van schrijfmotoriek	structuur/ functie	discriminatief	kinderen	4 - 7 jr.

Naam instrument	betrouw- baarheid	validiteit	normerings- gegevens	duur van de test	Opmerking
Body Shape Questionnaire (BSQ)		goed			Engels
Checklist voor adolescenten met psychiatrische stoornissen			geen	4 tot 6 weken observatie	praktijk instrument
CHecklist voor Interpersoonlijk Pijngedrag (CHIP)	voldoende	onvoldoende	onvoldoende	5 tot 10 min.	
Competentie Belevings Schaal voor Kinderen (CBSK)	1) voldoende 3) goed $\alpha = .77$, $rtt = .83$	1) voldoende 3) begripsvaliditeit goed, predictieve validiteit minder	voldoende	10 tot 15 min.	in onderzoek weinig verschillen tussen klinisch psychiatrische en normale basisschool populatie
Denver Ontwikkelings Screeningtest	voldoende $r = .97$	onvoldoende	goed	5 tot 20 min.	alleen geschikt voor screening; sluit aan bij alledaagse gedragspatronen van kinderen
Dominantie- onderzoek Müller				20 tot 30 min.	het best toepasbaar bij 5 tot 6 jarigen. Als de schrijfbeweging is ingeslepen minder waard
Eating Disorder Inventory (EDI)					Engels
Frostig Movement Skills Test Battery					oud
Functional Independence Measure for Children (WeeFim)	goed (discrimi- natieve deel)	goed (discrimi- natieve deel)	Amerika	20 tot 30 min. interview	
Goal Attainment Scaling (GAS)	onvoldoende	onvoldoende	n.v.t.	elke drie maanden evaluatie; opstellen schalen ca. 45 min., nameting 10 min.	
Grafomotorische testbatterij	goed, $r = .90 - .98$	voldoende	Duitsland, Vlaams	20 min.	Duits; werkt door middel van natekenen

Naam instrument	auteur/ literatuur verwijzing	sport instrument	wat wil de test meten	dimensie van meet- pretentie	doel	doelgroep	leeftijd
Hamm-Marburger Körpergeschicklich- keitsTest für Kinder (HMKTK)	Kiphard & Schilling (1970); Van de Velde & Wiegersma (1975, 1987)	test	lichamelijke beheersing motorische retardatie, hersenenbeschadiging	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	interessant bij neurotische kinderen	5 - 10 jr.
Körperkoördinationstest für Kinder (KTK)	Kiphard & Schilling (1974)	test	dynamische coördinatie en dynamisch evenwicht	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	kinderen	5 - 14, 11 jr.
Laban bewegingsanalyse	Lausberg e.a. (1996)	observatie	gebruik van lichaam en ruimte	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	o.a. bruikbaar bij patiënten met eetstoornissen	15 - 45 jr.
Lateralisatie Vallaey A+B	Vallaey (1973 a+b)	test	lateralisatie	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	kinderen	4 - 10 jr.
Leuvense Observatieschalen voor gebruik in de PMT (LOVIPT)	Simons e.a. (1987)	groeps- observatie	psychologische aspecten	structuur/ functie & activiteit & participatie	discriminatief	volwassenen	> 18 jr.
Lichaams Attitude Schaal (LAS)	Baardman (1989)	vragenlijst	waardering eigen uiterlijk	structuur/ functie	discriminatief	volwassen psychiatrische patiënten	> 18 jr.
LichaamsAttitude Vragenlijst (LAV)	Coppenolle e.a. (1984) Probst e.a. (1995)	vragenlijst	lichaamsattitude	structuur/ functie	discriminatief	vrouwelijke patiënten met anorexia/ boulimia nervosa	
Lichamelijke VAardigheden Schaal (LIVAS)	Bosscher (1987)	vragenlijst	beleving van onmacht	structuur/ functie	discriminatief	volwassen psychiatrische patiënten	
LOS-KF 18	Eggert (1971)	test	globale motorische vaardigheden; hersenenbeschadiging	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	leergestoorde kinderen	5 - 14 jr.
Luria Nebraska	Golden e.a. (1980); Herbots (1997)	test	opsporen van defecten	structuur/ functie	discriminatief	volwassen psychiatrische patiënten	

Naam instrument	betrouw- baarheid	validiteit	normerings- gegevens	duur van de test	Opmerking
Hamm-Marburger Körpergeschicklich- keitsTest für Kinder (HMKTK)	1) goed 3) rtt= .78, a = .91	1) onvoldoende 3) goed	goed Nederland	10 minuten oefenen, korte test (15 tot 20 min)	oud; validiteit is een probleem; sluit wel aan bij het kind; korte instructie en praktisch voorbeeld
Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)	goed , rtt=.97 bij goed geschoolde observatoren	onvoldoende	Duitsland	20 min.	slechts één aspect van motoriek wordt onderzocht
Laban bewegingsanalyse	rtt:voldoende				training observators noodzakelijk + affiniteit met dans
Lateralisatie Vallaey A+B	voldoende tot goed, $\alpha = .74 - .95$	matig	Vlaams	20 min.	concrete opdrachten
Leuvense Observatieschalen voor gebruik in de PMT (LOVIPT)	goed, $r = .87$	binnen PMT voldoende	geen	minimaal 5 observaties	afname in een groep
Lichaams Attitude Schaal (LAS)	goed vrouwen rtt=.84 - .94, mannen rtt=.77 - .93 $\alpha = .81 - .95$	voor vrouwen goed	Nederland	15 tot 30 min.	w.s. voor adolescenten bruikbaar afhankelijk van ontwikkelingsfase en cognitief niveau
LichaamsAttitude Vragenlijst (LAV)	goed; $\alpha = .93$	voldoende tot goed		kort; 20 items	niet voor mannen?
Lichamelijke VAardigheden Schaal (LIVAS)	goed	voor vrouwen goed	Nederland	kort; 10 uitspraken	w.s. voor adolescenten bruikbaar afhankelijk van ontwikkelingsfase en cognitief niveau
LOS-KF 18	1) onvoldoende 3) goed rtt= .95	1) onvoldoende 3) matig tot goed; $r = .77$	Duits	20 tot 25 min.	oud; uitslagen berusten op interpretaties van onderzoeker, tekstinstructie gaat door middel van een voorbeeld
Luria Nebraska				2½ uur	kennis van neuropsychologie nodig

Naam instrument	auteur/ literatuur verwijzing	soort instrument	wat wil de test meten	dimensie van meet- pretentie	doel	doelgroep	leeftijd
Miller Assessment of Preschoolers (MAP)	Miller (1982)	test	ontwikkelings-achterstand	activiteit	discriminatief	kinderen met ontwikkelings-achterstand	3 - 6 jr.
Motoriek test voor kleuters	Beacke (1989)	test	opsporen achterstand	activiteit	discriminatief	kleuters	5 - 6½ jr.
Motorische Ontwikkelingstest (MOT. '97)	Van Rossum (1997b)	test	nivo van motorisch functioneren	activiteit	discriminatief & evaluatief	kinderen op het hele spectrum van motorische ontwikkeling	4 - 12 jr.
Movement ABC	Henderson en Sugden (1992)	test + checklist	nivo van motorisch functioneren	activiteit	discriminatief & evaluatief	kinderen met motorische achterstand	4 - 12 jr.
Multidimensional Body-self relations Questionnaire (MBSRQ)	Lewis en Scannel (1995)	vragenlijst	lichaamsbeeld	structuur/ functie			
Nederlands Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE)	Van Strien e.a. (1986)	vragenlijst	type eetgedrag	structuur/ functie	discriminatief	jong volwassenen met gewichts- of eetproblemen	
Nederlandse hyperventilatie vragenlijst (NHV)	Roborg (1987)	vragenlijst	hyperventilatie	structuur/ functie	discriminatief	volwassenen	
Nijmeegse vragenlijst voor hyperventilatie	Van Doorn e.a. (1983)	vragenlijst	hyperventilatie syndroom detecteren	structuur/ functie	discriminatief	potentiële patiënten met HVS	
Observatieschaal voor het Bewegingsgedrag van Kinderen (OBK)	Netelenbos (1998)	observatie	bewegings-handelingen	activiteit	discriminatief	jonge kinderen	
Peabody Developmental Motor Scale (PDMS)	Folio & Fewell (1983)	test	motorische achterstand	activiteit	discriminatief & evaluatief	kinderen met ontwikkelings-achterstand	0 - 7¼ jr.

Naam instrument	betrouw- baarheid	validiteit	normerings- gegevens	duur van de test	Opmerking
Miller Assessment of Preschoolers (MAP)	voldoende (kwantitatieve deel)	voldoende (kwantitatieve deel)			sensorische, motorische en cognitieve vaardigheden
Motoriek test voor kleuters	onvoldoende	onvoldoende	Nederland	7 tot 9 min.	geen eenduidig construct
Motorische Ontwikkelingstest (MOT. '97)	goed	goed	Nederland	45 min.	aanvullend op movement ABC; ook geschikt voor begaafde motoriek. Niet meer verkrijgbaar
Movement ABC	voldoende tot goed (discriminatieve deel) rtt= .73 - .97	voldoende tot goed (discrimi- natieve deel)	Nederlandse + Amerikaanse normen 1)onvoldoende	minimaal 20 tot 30 min.	recent; kwantitatieve en kwalitatieve aspecten; ook geschikt voor autistische kinderen; m.n. gericht op motorische achterstand
Multidimensional Body-self relations Questionnaire (MBSRQ)			Duits		Engels/ Duits, vertaling beschikbaar
Nederlands Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE)	voldoende; man .79 - .93, vrouw .81 - .95	begripsvaliditeit voldoende	voldoende	10 tot 15 min.	normtabellen voor mannen en vrouwen; zowel individueel als in groep af te nemen
Nederlandse hyperventilatie vragenlijst (NHV)	onvoldoende	onvoldoende	onvoldoende	10 min.	screening instrument; kan individueel en groepsgewijs afgenomen worden
Nijmeegse vragenlijst voor hyperventilatie	onvoldoende	onvoldoende	onvoldoende	5 tot 10 min.	screening instrument
Observatieschaal voor het Bewegings- gedrag van Kinderen (OBK)					alleen geschikt voor ruwe selectie
Peabody Developmental Motor Scale (PDMS)	voldoende; rtt = .95 grof- motorisch, .80 fijn- motorisch	voldoende (discriminatieve deel)			ook bruikbaar voor jonge autistische kinderen met gedragsproblemen

Naam instrument	auteur/ literatuur verwijzing	soort instrument	wat wil de test meten	dimensie van meet- pretentie	doel	doelgroep	leeftijd
Perceived Physical Ability Scale (PPAS)	Ryckman e.a. (1982)	vragenlijst	waargenomen basis motorische competentie	structuur/ functie	discriminatief	kinderen en jeugdigen	10 - 20 jr.
Physical Self Perception Profile (PSP)	Fox (1990)	vragenlijst	zelfwaardering van het fysieke domein	structuur/ functie	discriminatief	adolescenten	13 - 18 jr.
Physical Self-Description Questionnaire 1, 2 en 3 (PSDQ)	Marsh e.a. (1994)	vragenlijst	lichaamsbeeld/ fysiek zelfbeeld	structuur/ functie	discriminatief	kinderen (1), adolescenten (2) en volwassenen (3)	6 - 12 (1) 12 - 18 (2) > 18 jr.(3)
Pijn Cognitie Lijst PCL-E	Vlaeyen e.a. (1989)	vragenlijst	cognitieve component van pijn	structuur/ functie	discriminatief	volwassenen met chronische pijn	
Platentest voor waargenomen motorische competentie	Simons e.a. (1994b)	vragenlijst	waargenomen motorische competentie	structuur/ functie	discriminatief	kinderen	4 - 12jr.
Prestatie Motivatie Test voor Kinderen (PMT-k)	Hermans, (1983)	vragenlijst	prestatie motivatie, faalangst, sociale wenselijkheid	structuur/ functie	discriminatief	kinderen en jeugdigen	10 - 16 jr.
Psychogene Rugpijn Test (PRT)	Zant e.a. (1987)	vragenlijst	psychogene factoren bij chronische rugpijn	structuur/ functie	discriminatief	patiënten met chronische rugpijn	
Purdue Perceptual Motor Survey (PPMS)	Roach & Kephart (1966)	test	perceptueel motorische defecten	structuur/ functie	discriminatief		
Seksualiteit Belevings Schalen (SBS)	Frenken & Vennix (1978)	vragenlijst	seksualiteits-beleving	structuur/ functie	discriminatief	volwassenen	
Self Perception Profile for Adolescents (SPPA)	Harter (1988)	vragenlijst	competentie en globale zelfwaardering	structuur/ functie	discriminatief	adolescenten	13 - 18 jr.
Self Rating Body Image Test (SRBI)	Tadai e.a. (1994)	vragenlijst	tevredenheid over lichaam en lichaamsfuncties	structuur/ functie	discriminatief	adolescenten en volwassenen met eetstoornissen	
Sherborne	Sherborne (1990)	observatie-schema	algemene observatie	structuur/ functie & activiteit	evaluatief	kinderen	0 - 12 jr.

Naam instrument	betrouw- baarheid	validiteit	normerings- gegevens	duur van de test	Opmerking
Perceived Physical Ability Scale (PPAS)	voldoende			enkele minuten	Engels
Physical Self Perception Profile (PSPP)	voldoende tot goed; rtt= .74 - .89, α =.81-.92	niet eenduidig	Engels/ Amerikaans		Vlaamse vertaling beschikbaar
Physical Self-Description Questionnaire 1, 2 en 3 (PSDQ)	goed versie 1: rtt=.86 - .99 versie 2: rtt=.83 - .91	goed	Australië & Duitsland, versie 1 ook Vlaams	10 tot 15 min.	Engels, vertaling beschikbaar
Pijn Cognitie Lijst PCL-E	onvoldoende	onvoldoende	onvoldoende	15 tot 20 min.	
Platentest voor waargenomen motorische competentie	goed	matig	Vlaams	15 min.	sociale wenselijkheid/ eigen wensen van het kind spelen een rol
Prestatie Motivatie Test voor Kinderen (PMT-k)	goed	goed	goed	30 min.	kan ook groepsgewijs worden afgenomen
Psychogene Rugpijn Test (PRT)	voldoende	voldoende	onvoldoende	5 tot 10 min.	kan ook groepsgewijs afgenomen worden
Purdue Perceptual Motor Survey (PPMS)	2) rtt = .95 3) onvoldoende	2) voldoende 3) onvoldoende			veel wordt aan interpretatie observator overgelaten.
Seksualiteit Belevings Schalen (SBS)	1) goed 2) man .79 - .81 vrouw .87 - .90	(1) goed	voldoende	20 min.	kan ook groepsgewijs toegepast worden
Self Perception Profile for Adolescents (SPPA)	goed; r = .74 - .92				Engels
Self Rating Body Image Test (SRBI)	voldoende	voldoende			Engels
Sherborne					

Naam instrument	auteur/ literatuur verwijzing	soort instrument	wat wil de test meten	dimensie van meet- pretentie	doel	doelgroep	leeftijd
SpanningsBehoeft vragenLijst (SBL)	Feij en Van Zullen (1982)	vragenlijst	spannings- behoefte	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	jongeren	> 16 jr.
Stott's Test of Motor Imairment	Stott e.a., (1966)	test	neurale disfuncties	structuur/ functie	discriminatief	kinderen met motorische stoornissen	
Subjectieve Belasting door Lichamelijke Activiteit (SB)	Josten (1973)	vragenlijst	gevoel van 'gehandicapt -zijn'	participatie	discriminatief	mannen	> 20 jr.
Test of Gross Motot Development (TGMD)	Ulrich (1985)	test	basismotoriek	activiteit	discriminatief/ evalutief/ predictief	kinderen	3 - 10 jr.
Test voor de Algemene Bewegings- Coördinatie (ABC)	Wiegersma (1988)	test	functionele motoriek; lichamelijke en handvaardigheid	activiteit	discriminatief	kinderen met motorische stoornissen	6 - 10 jr.
Tet of Visual- Perception Skills (TVPS)	Gardner (1988)	test	visuele perceptie	structuur/ functie	discriminatief	kinderen	4 - 13 jr.
TOMI	Stott e.a. (1966)	test	clumsy' onderscheiden	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	clumsy' kinderen	5 - 12 jr.
Touch Survey	Hewitt (1999)	observatie/ test	mogelijk misbruik	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	mogelijk misbruikte kinderen	> 4 jr. (evt. 2 - 3 jr.)
Touwen	Touwen (1979)	test	neurologische dysfuncties	structuur/ functie	discriminatief	kinderen waarbij vermoeden bestaat van neurologische problematiek	3 - 12 jr.

Naam instrument	betrouw- baarheid	validiteit	normeringe- gegevens	duur van de test	Opmerking
SpanningsBehoeft vragenLijst (SBL)	voldoende tot goed	begripsvaliditeit voldoende tot goed	goed	20 min.	Nederlandse vragenlijst + handleiding
Stott's Test of Motor Imairment					oud
Subjectieve Belasting door Lichamelijke Activiteit (SB)	goed	onvoldoende	onvoldoende	5 tot 10 min.	kan groepsgewijs afgenomen worden
Test of Gross Motot Development (TGMD)	goed, rtt= .96-.97	goed, r= .86	Amerika (kloppen niet voor Ned.kinderen >7 jr.)	15 tot 20 min.	geeft globaal beeld; makkelijk af te nemen met minimale training. Instructie-video's beschikbaar om tot betere inter- en intrabeoordelaar betrouwbaarheid te komen.
Test voor de Algemene Bewegings- Coördinatie (ABC)	onvoldoende	1) begripsvaliditeit voldoende	onvoldoende	45 min.	individuele afname
Tet of Visual- Perception Skills (TVPS)	r= .66 - .80, α =.90		Amerika	15 tot 20 min.	er is ruimte voor andere observatiepunten; Amerikaans; geen tijdsdruk, het kind wijst aan
TOMI	goed	goed			evt. ook bruikbaar boven de 12 jaar; maar er is al een revisie van, nml. De movement ABC
Touch Survey		valide als screening	geen		relatie onderzoeker-kind van belang, evenals voorkomen van suggestieve vragen
Touwen					kennis van neurologie vereist

Naam instrument	auteur/ literatuur verwijzing	soort instrument	wat wil de test meten	dimensie van meet- pretentie	doel	doelgroep	leeftijd
Trampoline (Kiphard)	Hunnekes & Kiphard (1963)	observatie	dynamische coördinatie, neurologische syndromen	structuur/ functie	discriminatief	kinderen met regulatie- stoornissen. Interessant bij klinische kinderpsychiatrie	
Trampoline (Kuin)	Kuin (1992)	observatie	persoonlijkeids- kenmerken	structuur/ functie & activiteit	discriminatief	volwassen psychiatrische patiënten	
Trampoline ScreeningTest	Kiphard (1980)	observatie	mogelijke hersenschadiging	structuur/ functie	discriminatief	kinderen	
Video Vormings Methode (VVM)	Probst e.a. (1995)	test	lichaamsbeeld/ lichaamsbeleving	structuur/ functie	discriminatief & evaluatief	patiënten met eetstoornissen	15 - 45 jr.
Waargenomen motorische competentieschaal	Rudisill e.a (1993)	vragenlijst	waargenomen motorische competentie	structuur/ functie	discriminatief	kinderen	

Naam instrument	betrouw- baarheid	validiteit	normerings- gegevens	duur van de test	Opmerking
Trampoline (Kiphard)	acceptabel	geschikt voor snelle screening	geen	1 tot 1,5 min.	oud; training observators noodzakelijk; niet geschikt voor individuele diagnose, moeilijk te structureren en bevalligen
Trampoline (Kuin)			geen		ervaren PMT-er nodig; w.s. bruikbaar bij adolescenten afhankelijk van ontwikkelingsfase en cognitief niveau
Trampoline ScreeningTest	betrouwbaar als screening		geen	5 min.	lijking trampoline en eenduidigheid beoordelingscriteria is een probleem
Video Vormings Methode (VVM)	rtt= voldoende			15 min.	apparatuur noodzakelijk
Waargenomen motorische competentieschaal	goed	redelijk			Engels; wel Nederlandse vertaling beschikbaar

Appendix 2
Het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct (PMDC)

Handleiding bij het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct (PMDC)

Inleiding

Diagnostiek betekent in de taal van het kind het samen met de therapeut de problematiek gaan verkennen; "Wat is er aan de hand? Waarom ben je hier?" Er kan worden onderzocht in hoeverre het kind zijn problematiek herkent. Vervolgens kan in samenspraak gekomen worden tot het opstellen van behandelingsdoelen. Het verkennen en herkennen van problemen en het samen komen tot behandelingsdoelen kan leiden tot erkenning van de problemen en kan de motivatie voor de behandeling versterken.

Ernstige kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek gaat vaak samen met verstoringen in de lichaamswaarneming en/of lichaamsbeleving, met problemen in de beheersing en coördinatie van de motoriek en/of met het ontbreken van bewegingsplezier. Om psychiatrische stoornissen goed in beeld te krijgen moet de diagnostiek zo systematisch en planmatig mogelijk verlopen. De rol van psychomotorische diagnostiek daarbinnen wordt vaak ten onrechte verwaarloosd, ondanks het feit dat er verschillende psychiatrische stoornissen zijn die al vroeg in de ontwikkeling zichtbaar worden in de motoriek, het bewegen en de lichamelijkheid. Psychomotorische diagnostiek kan een aangrijpingspunt zijn om te kijken naar wat er in de ontwikkeling is misgelopen.

Om PsychoMotorisch Onderzoek (PMO) meer systematisch te kunnen laten verlopen is vanuit literatuur- en veldonderzoek een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct (PMDC) opgesteld. Dit PMDC bestaat uit een checklist met een kerndeel en een aanvullend deel, een basisbewegingsaanbod, een aanbeveling voor progressieve diagnostiek, richtlijnen voor behandelingsdoelen en een standaardverslaglegging.

Het doel van deze handleiding is het op zodanige wijze beschrijven van het PMDC dat het PMO op systematische wijze kan worden uitgevoerd, waarbij er geen al te grote verschillen optreden tussen psychomotorische therapeuten (PMT-ers) in het gebruik van het PMDC.

In de handleiding wordt met 'het kind' iedereen in de leeftijd tot achttien jaar bedoeld. De psychomotorisch diagnosticus zal veelal een psychomotorisch therapeut zijn. Met hij wordt ook zij bedoeld.

Doel van het construct

Het PMDC is in eerste instantie bedoeld om een bijdrage te leveren aan het algemene kinder- en jeugdpsychiatrische onderzoek. Daarnaast kan het handvatten geven om behandelingsdoelen te stellen en kan het helderheid geven omtrent het al dan niet geïndiceerd zijn van psychomotorische therapie (PMT). Op deze manier wil het PMDC bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

In sommige gevallen zal de PMT-er op grond van de resultaten van het PMO moeten doorverwijzen naar een (medisch) specialist voor nader onderzoek en/of behandeling. In andere gevallen kan de PMT-er zelf de progressieve diagnostiek doen en/of behandeling starten.

(Contra)indicaties voor PMO volgens het PMDC

Voor het doen van een psychomotorisch onderzoek volgens het PMDC moet er sprake zijn van een vraagstelling: vanuit het multidisciplinaire team moet een diagnostische bijdrage worden gevraagd vanuit de psychomotorische invalshoek. Dit kan ook een vraag om een algemene bijdrage vanuit psychomotorische invalshoek zijn. Let op: het gaat hier om een indicatie voor psychomotorische *diagnostiek*, niet om een indicatie voor psychomotorische *therapie*. Daarnaast moet het kind ten minste drie sessies PMO kunnen volhouden. Is dit niet het geval, dan is er sprake van een contraïndicatie.

Referentiekader

Het referentiekader van het PMDC is een model, waarin de ICDH-2 en het biopsychosociale ontwikkelingsdenken zijn samengevoegd. Daarmee wordt het mogelijk psychomotorische problemen binnen verschillende dimensies en ontwikkelingsdomeinen een plaats te geven.

Algemeen

Als basis voor het PsychoMotorisch Diagnostisch Construct (PMDC) wordt het onderscheid tussen structuur/functie, activiteiten en participatie gebruikt, zoals dit is beschreven in de voorlopige herziene versie van de 'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps', de ICIDH-2 (1999).

De ICIDH-2 complementeert de 'International Classification of Diseases (ICD-10) en is gericht op het functioneren in relatie tot ziektebeelden. De ICIDH-2 gaat er van uit dat de diagnose van ziektebeelden en stoornissen van belang is voor klinische en algemene gezondheidszorg, maar dat de diagnose niet toereikend is om de functionele toestand van een individu te omschrijven en de verschillende behoeften van het individu in kaart te brengen. De ICIDH-2 is voor vele doeleinden te gebruiken en door verschillende disciplines. De ICIDH-2 wil een wetenschappelijke basis vormen voor het begrijpen en bestuderen van functioneren in relatie tot gezondheidsproblemen en daarnaast een gemeenschappelijke taal verschaffen voor het beschrijven van dit functioneren, om zo de communicatie tussen werkers in de gezondheidszorg, andere sectoren en mensen die beperkt kunnen functioneren te verbeteren. Daarbij wordt benadrukt dat de ICIDH-2 niet alleen ten behoeve van mensen met beperkingen bruikbaar is, maar voor alle mensen. De ICIDH-2 wordt onder andere ook gebruikt in het verzekeringswezen, sociale zekerheidsvoorzieningen, onderwijs en nationale wetgeving.

Door het actuele functioneren van het individu in kaart te brengen, kan de behoefte aan therapie, verzorging en ondersteuning duidelijk worden. Op die manier kunnen individuele behandelingsprogramma's worden opgesteld.

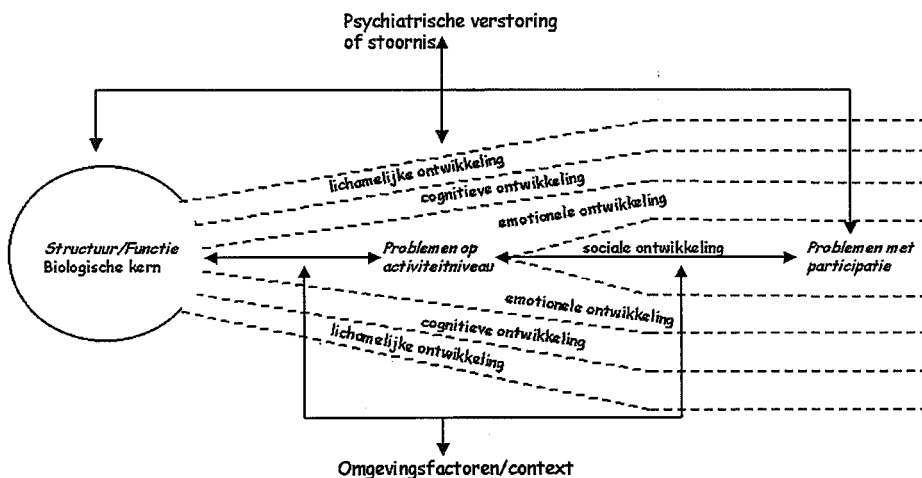
De ICIDH-2 omvat drie dimensies: structuur/functie, activiteiten en participatie. Contextuele factoren zijn een integraal onderdeel van de classificatie. Van alle drie dimensies en de contextuele factoren wordt in de onderstaande tekst een voorbeeld gegeven door middel van drie vignetten. Met deze voorbeelden zal de betekenis van deze classificatie voor het gebruik binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie verduidelijkt worden.

Vignet 1 betreft een jongen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

Vignet 2 betreft een meisje met anorexia nervosa.

Vignet 3 betreft een jongen met ADHD-problematiek.

Ter verduidelijking van het referentiekader worden in de onderstaande figuur de verbanden tussen de verschillende dimensies verhelderd.



Aangepast referentiekader [vrij naar Verheij (1998) en Halbertsma (1998)]

In de figuur is zichtbaar dat een psychiatrische verstoring of stoornis van invloed is op zowel de 'structuur/functie', als de 'activiteiten', als de 'participatie'-dimensie. Dit is het geval doordat een verstoring of stoornis vrijwel altijd verschillende ontwikkelingsdomeinen beïnvloedt. Daarnaast kan de psychiatrische verstoring of stoornis beïnvloed worden door de ontwikkelingen binnen de verschillende dimensies en de wisselwerking daartussen.

De 'Structuur/functie'-dimensie is te plaatsen in de biologische kern. Problemen binnen de 'activiteiten'-dimensie kunnen vanaf de conceptie gaan optreden. Problemen in 'participatie' hangen samen met de sociale ontwikkeling. De pijlen tussen de drie dimensies geven de invloed van de dimensies op elkaar aan. Daarnaast zijn omgevingsfactoren van invloed op de wisselwerking tussen de dimensies en wordt de context eveneens zelf beïnvloed door deze wisselwerking.

Structuur/functie

Binnen de dimensie van structuur/functie worden anatomische, fysiologische en psychische eigenschappen van het organisme en de onderdelen ervan geclassificeerd.

In positieve of neutrale vorm is er sprake van functionele en structurele integriteit. In negatieve vorm is er sprake van een stoornis. Stoornissen kunnen tijdelijk of blijvend zijn, verergeren, verbeteren of stabiel zijn, periodiek optreden of continu aanwezig zijn. De afwijking van de norm kan licht of ernstig zijn en kan fluctueren in de tijd. Stoornissen worden geordend naar hun aard, niet naar ontstaanswijze of oorzaak. Het gaat om de aard van de stoornis met het oog op de implicaties ervan voor het functioneren van het kind.

Items binnen de dimensie van structuur/functie betreffen eigenschappen. Het gaat om de mogelijkheden van het kind op een bepaald moment, in een bepaalde situatie. Items binnen deze dimensie worden aangegeven door een zelfstandig naamwoord.

Vignet 1: Een houten bewegingsbeeld (onhandig, niet-soepel bewegen).

Vignet 2: Een afwijkend lichaamsbeeld (het waarnemen van het eigen lichaam is vertekend).

Vignet 3: Een grote mate van impulsiviteit (vanuit zichzelf en/of op basis van externe prikkels).

Activiteiten

Binnen de dimensie van activiteiten gaat het om de activiteiten die een kind kan uitvoeren. Activiteiten zijn alle onderdelen van het menselijk handelen. Alle activiteiten die een kind kan uitvoeren worden geclassificeerd. In positieve of neutrale vorm is er sprake van uitvoering van de activiteit. In negatieve vorm is er sprake van een beperking (moeilijkheden die een kind heeft met het uitvoeren van activiteiten). Activiteiten kunnen beperkt zijn in aard, duur en kwaliteit. Beperkingen in het vermogen een activiteit uit te voeren kunnen tijdelijk of blijvend zijn, reversibel of irreversibel en progressief of regressief.

Binnen de dimensie activiteiten gaat het over de feitelijke individuele prestaties van het kind, niet over diens aanleg, mogelijkheden, capaciteiten of wat een kind zou kunnen doen. Onder prestatie wordt verstaan het uitvoeren van een taak, activiteit of handeling.

Het uitvoeren van de activiteit wordt als zodanig omschreven, zonder verwijzing naar de onderliggende stoornis. Activiteiten kunnen aangeven hoe stoornissen zich manifesteren en welke invloed zij hebben op het dagelijks leven. Het gaat in deze categorie om het classificeren van problemen die het kind in deze gebieden van het dagelijks leven ondervindt, ongeacht wat daar de oorzaak van is.

Bij activiteiten gaat het om handelingen, vaardigheden, competenties op een bepaald moment, binnen een bepaalde situatie. Items binnen deze dimensie worden aangegeven door een werkwoord.

Vignet 1: Het beneden leeftijdsniveau en/of op een afwijkende manier uitvoeren van basismotorische vaardigheden zoals lopen, springen en klimmen.

Vignet 2: Het niet op adequate wijze omgaan met lichaamssignalen als honger en vermoeidheid.

Vignet 3: Het niet goed hanteren van de eigen impulsen (let op het verschil met de structuur/functie dimensie).

Participatie

De dimensie van participatie betreft terreinen van het maatschappelijk leven waarop een kind kan deelnemen. In positieve of neutrale vorm is er sprake van participatie. In negatieve vorm is er sprake van een participatieprobleem (problemen die een kind heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven).

Bij participatie gaat het er niet om of een kind een activiteit kan uitvoeren, maar in hoeverre het kind ondanks zijn stoornissen en beperkingen de gelegenheid heeft deel te nemen aan verschillende terreinen van het maatschappelijk leven. Participatie is het resultaat van een gecompliceerde relatie tussen iemands gezondheidstoestand en persoonlijke factoren enerzijds en de externe factoren die de omstandigheden waarin het kind leeft vertegenwoordigen anderzijds. Een individu met stoornissen en beperkingen kan in de ene omgeving meer of minder mogelijkheden hebben tot deelname aan het maatschappelijk leven dan in de andere omgeving. Participatie kan belemmerd zijn in aard, duur en kwaliteit.

Bij participatie speelt waardering door zowel individuele als culturele normen een rol. Een kind heeft voorkeuren tot deelname op bepaalde terreinen en kan tegelijkertijd ten gevolge van culturele normen benadeeld zijn. Het gaat er daarbij telkens om op welke terreinen het kind participeert of zou willen participeren.

Items binnen deze dimensie worden aangegeven door 'participatie in'

Vignet 1: Lukt het de pervasieve jongen te participeren in een sportclub? Dit is afhankelijk van de problematiek en de tolerantie en structuur binnen de club.

Vignet 2: Lukt het het anorectische meisje ondanks haar stoornis te participeren in sociale relaties of trekt zij zich (mede) terug omdat klasgenoten haar zien als 'eng en vreemd'.

Vignet 3: Lukt het de ADHD-jongen te participeren in zijn eigen verzorging? Wordt hem ondanks zijn impulsen de mogelijkheid geboden zelf ervoor te zorgen dat hij met een verzorgd uiterlijk de deur uit gaat en wil hij dat graag of wordt hem alles uit handen genomen omdat het toch wel niet goed zal gaan?

Omgeving/contextuele factoren

Contextuele factoren betreffen externe factoren die van invloed zijn op alle drie bovenstaande dimensies. Externe factoren zijn van invloed op het functioneren. Kenmerken van de fysieke en sociale wereld worden geclassificeerd. In positieve of neutrale vorm is er sprake van ondersteunende factoren. In negatieve vorm is er sprake van obstakels/barrières.

De factoren bevinden zich buiten het kind en kunnen een positieve of negatieve invloed hebben op de participatie van het kind in de samenleving, op het uitvoeren van activiteiten van het kind of op de functies en structuur van diens organisme.

Vignet 1: De pervasieve jongen kan door veel structuur in de omgeving (waardoor de situatie duidelijk en overzichtelijk blijft en het angst- en spanningsniveau daalt) komen tot een meer soepele motoriek (structuur/functiedimensie), wat het mogelijk maakt basismotorische vaardigheden beter uit te voeren (activiteitendimensie) en helpt beter te participeren in een sportclub (participatiedimensie).

Vignet 2: Het anorectisch meisje kan door de persoonlijke ondersteuning van hulpverleners opnieuw leren (durven) op adequate manier te reageren op lichaamssignalen (activiteitendimensie), waarna in de loop der tijd haar lichaamsbeeld kan veranderen (structuur/functiedimensie) en ze weer aansluiting kan vinden bij haar leeftijdsgenoten (participatiedimensie), doordat zij niet langer alleen bezig is met haar gewicht en participatie in sociale relaties weer mogelijk worden.

Vignet 3: Een farmaceuticum kan bij de jongen met ADHD zorgen voor een afname van de impulsiviteit (structuur/functiedimensie), waardoor het leren hanteren van de eigen impulsen tot de mogelijkheden gaat behoren (activiteitendimensie) en het makkelijker wordt er zelf voor te zorgen met een goed verzorgd uiterlijk de deur uit te gaan (participatiedimensie).

Wijze waarop het construct is opgebouwd

Het PMDC start met een checklist met een kerndeel en een aanvullend deel (bijlage één), die op basis van een basis bewegingsaanbod (bijlage drie) kan worden gescoord. Daarnaast vindt een kwalitatieve verslaglegging plaats (bijlage zes). Op basis van de scores op de checklist, de interpretaties en conclusies (initiele diagnostiek) kunnen aanbevelingen worden gedaan voor nader onderzoek (progressieve diagnostiek, bijlage vijf) en/of het inzetten van psychomotorische therapie met een bepaald behandelingsdoel. Dit alles is weer gegeven in een overzichtsschema (zie bijlage vier). In de eerste teambespreking (observatiestaf) zullen hierover, mede op basis van de initiële diagnostiek volgens het PMDC, beslissingen genomen moeten worden. De scores op de checklists betreffen voor zover mogelijk observatie zonder interpretatie. In de kwalitatieve verslaglegging kunnen interpretaties worden toegevoegd.

De checklists zijn bedoeld om globaal te 'scoren' bij welke items iets opvalt. Vaak is in het bewegen en de lichamelijke snel zichtbaar welke items afwijken van wat gezien de leeftijd verwacht mag worden. Het gaat om items, waarbij het opvalt als er iets niet klopt en items waar op relatief eenvoudige wijze een antwoord op kan worden verkregen door middel van vragen. Dit kan al dan niet aanleiding zijn voor verder onderzoek (progressieve diagnostiek), waarin hetgeen in de checklist opviel nader wordt bekeken. De fase waarin de checklist wordt afgenomen (drie tot vijf sessies PMO op basis van het basisbewegingsaanbod) is niet bedoeld om specifieke tests uit te voeren.

a. De checklist met een kerndeel en een aanvullend deel

De checklist is bedoeld om te scoren wat opvalt in het (bewegings)gedrag en in gesprek met het kind. Daarbij gaat het er niet alleen om of een individu feitelijk iets kan, maar ook om in het bewegingscontact te begrijpen waarom activiteiten lopen zoals ze lopen (is er sprake van een functionele stoornis of is er iets anders aan de hand).

Aan de hand van drie tot vijf sessies PMO, moet de checklist achteraf (bij voorkeur direct na iedere sessie om vergeten en/of vertekening door de tijd zo veel als mogelijk te minimaliseren) eenvoudig kunnen worden ingevuld. Sommige items zullen niet altijd kunnen worden gescoord. Bijvoorbeeld het item pijnbeleving: de PMT-er kan iemand immers niet met opzet pijn gaan doen of laten vallen om te zien hoe hij met pijn omgaat. Aan de hand van een vragenlijst worden de items die zijn geordend onder 'gespreksgegevens' ingevuld. Er moet rekening mee worden gehouden dat niet altijd op alle vragen een objectief en adequaat antwoord wordt verkregen. Gespreksgegevens dienen dan ook altijd vergeleken te worden met observatiegegevens en informatie uit andere disciplines.

De scores op de checklist zijn als volgt:

- 0 Over het item kan niets worden gemeld naar aanleiding van de observatiesessies (niet geobserveerd en/of niet aan de orde gekomen tijdens het gesprek);
- 1 Over het item is niets opvallends te melden; het kind gedraagt zich 'normaal', zoals volgens de ontwikkelingsnormen te verwachten is of het kind geeft geen opvallende antwoorden in het gesprek;
- 2 Het item valt op als licht-afwijkend (bijvoorbeeld lichte motorische achterstand, enigszins angstig). Het gedrag is aanwezig met een lichte tot matige intensiteit of het kind geeft enigszins opvallende antwoorden in het gesprek;
- 3 Het item valt sterk op als afwijkend. Het gedrag is zeer duidelijk aanwezig met een grote intensiteit of het kind geeft zeer opvallende antwoorden in het gesprek.

De checklist is onderverdeeld in *observatiegegevens* en *gespreksgegevens*. Wanneer een item niet kan worden geobserveerd, maar wel van belang wordt geacht binnen het PMO (bijvoorbeeld het omgaan met pijn, bewegingservaring, lichaamswaardering), is dit item apart vermeld bij 'gespreksgegevens'. De lijst 'gespreksgegevens' is zoveel mogelijk geminimaliseerd, aangezien te verwachten is dat deze gegevens ook uit cognitieve en emotioneel-sociale onderzoeken naar voren komen. Het accent binnen het PMO ligt op de observatie. Deze keuze berust op het vakspecifieke van de PMT en diagnostiek. De ingang ligt in het bewegen en de lichamelijke, waarbij hetgeen gebeurt verwoord kan worden. Indien de meerderheid van

de items via (na)vragen zou worden gescoord, zou de meerwaarde ten opzichte van de cognitieve en emotioneel-sociale onderzoeken verloren gaan. Enkele items worden zowel bij de observatie- als gespreksgegevens vermeld. Het is dan van belang beide te scoren en te vergelijken, aangezien hetgeen een kind vertelt kan verschillen van wat hij laat zien. Dit kan een belangrijke bijdrage leveren aan de diagnostiek.

De items zijn eveneens onderverdeeld voor wat betreft dimensie (structuur/functie, activiteit, participatie), context en ontwikkelingsdomein (lichamelijk, cognitief, emotioneel, sociaal).

Indien er sprake is van een hoofditem met subitems, worden alleen de subitems gescoord. Scores moeten worden gerelateerd naar wat gezien de leeftijd/ontwikkeling te verwachten is. Sommige kernitems kunnen voor de heel jonge kinderen, gezien hun ontwikkelingsniveau, nog niet worden gescoord. Het is de bedoeling dan een '0' te scoren en dit mee te nemen in de verslaglegging. De PMT-er kan zelf afhankelijk van doelgroep en setting een inschatting van maken van deze items.

Het onderscheid tussen het kerndeel en het aanvullende deel van de checklist kan als volgt worden weergegeven:

Kerndeel: naar deze items moet bij ieder PMO gekeken worden, onafhankelijk van doelgroep, leeftijd en setting. Er moet te allen tijde naar gestreefd worden alle items uit het kerndeel te scoren.

Aanvullende deel: deze items kunnen afhankelijk van leeftijd, doelgroep, setting en beschikbare tijd aan het kerndeel van de checklist kunnen worden toegevoegd. Deze selectie kan per PMO verschillend zijn, maar kan ook per doelgroep, leeftijd en setting leiden tot een zogenaamde

Basis- combi- checklist: het kerndeel, aangevuld met een deel van de aanvullende items, relevant voor de betreffende doelgroep, leeftijd en setting. Het maakt bijvoorbeeld een groot verschil of er al dan niet een fysiotherapeut of ergotherapeut aanwezig is binnen het instituut. Dit is van invloed op welke aanvullende items aan het kerndeel zullen worden toegevoegd.

In de checklist is binnen elke dimensie en ieder ontwikkelingsdomein de linkerkolom gevuld met de kernitems. De aanvullende items worden in de rechterkolom weergegeven (zie bijlage één). Indien het niet direct mogelijk is na de observatiesessies verslag te leggen, kan het zinvol zijn een methode te gebruiken om de scores op de checklist te koppelen aan de sessiedatum. Dit kan bijvoorbeeld door verschillende kleuren of symbolen te gebruiken voor het scoren van elke sessie. Een voordeel van een dergelijke scoringsmethode is dat items soms in verschillende sessies anders gescoord worden: door de andere kleuren of symbolen wordt dit proces inzichtelijk.

Opgemerkt moet worden dat het belangrijk is alle items te blijven scoren, ook als men meerdere PMO's gedaan heeft. Het risico bestaat anders dat men vervalt in een eigen selectie en systematisch bepaalde items over het hoofd gaat zien.

b. Omschrijvingen van items

In bijlage twee worden de items uit de checklist omschreven. De omschrijvingen zijn zo veel als mogelijk vakspecifiek gemaakt. In sommige gevallen leidde dat echter tot omslachtige, onleesbare omschrijvingen en zijn vakspecifieke termen weggelaten. Er moet dan ook bij alle omschrijvingen bedacht worden dat alle items in de checklist betrekking hebben op bewegingssituaties en/of lichamelijkeheid. Zo gaat het bijvoorbeeld bij het item 'kennis toepassen' om het toepassen van kennis uit eerdere bewegingssituaties in nieuwe bewegingssituaties. De omschrijvingen van de items volgen de structuur van de checklist.

c. Het basis bewegingsaanbod

In het basis bewegingsaanbod (bijlage drie) wordt een aantal bewegingsarrangementen beschreven die binnen de drie tot vijf sessies PMO kunnen worden aangeboden. Op grond van deze arrangementen en de basisvragenlijst kunnen de items van de checklist worden gescoord. Om een zo zuiver mogelijk beeld te krijgen berust de score van de items in principe altijd op meerdere arrangementen (zie ook overzichtsschema, bijlage vier). Met name bij opvallende zaken (score twee of drie) is het van belang het nog eens in een ander arrangement te checken, of een aanbeveling te doen voor progressieve diagnostiek.

Bij het aanbieden van de basisarrangementen moet in gedachten worden gehouden, dat het vooral gaat om *hoe* de PMT-er naar het kind kijkt. Dit is met een andere blik dan bijvoorbeeld die van een fysiotherapeut. De PMT-er is op zoek naar de (emotioneel-sociale) betekenis van het gedrag. Hij kijkt daartoe niet alleen naar het functionele aspect (of iemand het wel of niet kan), maar ook naar expressie (uitdrukingsmotoriek) en beleving (hoe worden het bewegen en het lichaam beleefd).

De bewegingsarrangementen die worden genoemd zijn basisarrangementen. Dit wil zeggen dat deze kunnen worden aangepast aan de leeftijd en de doelgroep als dat nodig wordt geacht. Dit zal vooral bij de heel jonge kinderen en minder begaafde kinderen soms nodig zijn. Zo moeten bijvoorbeeld bij de diverse grondvormen van bewegen leeftijdsadequate vormen worden aangeboden. Ook bij de basisvragenlijst geldt dat afhankelijk van de leeftijd en doelgroep moet worden bepaald hoe diepgaand de vragen kunnen zijn binnen de eerste drie tot vijf observatiesessies. De basisvragen zijn gegeven, maar de exacte formuleringen dienen per individu te worden aangepast. Het is de deskundigheid van de PMT-er om dit in te schatten.

Het basisbewegingsaanbod is dermate uitgebreid, dat zelden het hele aanbod kan worden doorlopen binnen drie sessies PMO. Indien de mogelijkheid bestaat tot vijf sessies PMO kan wel in de meeste gevallen het gehele bewegingsaanbod worden gedaan. De PMT-er kan afhankelijk van de leeftijd, doelgroep, beschikbare middelen en eventuele specifieke vraagstelling voor het PMO, prioriteit geven aan het ene arrangement boven het andere. Het wordt aanbevolen de volgorde van de arrangementen zoveel mogelijk aan te houden, aangezien deze lopen van individueel naar groep en van gestructureerd naar vrij.

d. Progressieve diagnostiek

Er kan op basis van de uitkomsten van de checklist en de kwalitatieve verslaglegging na de observatiestaf een aanbeveling voor progressieve diagnostiek volgen. Afhankelijk van het item kan de progressieve diagnostiek (bijlage vijf) door een PMT-er plaatsvinden of door een (medisch) specialist. In de overzichtstabel (bijlage vier) is in de kolom *progressieve diagnostiek* een instrument aangegeven waarmee de PMT-er nader onderzoek kan doen. In bijlage vijf worden alle relevante instrumenten kort beschreven met voor- en nadelen. Indien verder onderzoek door de psychomotorisch therapeut niet mogelijk of gewenst is, is in bijlage vier een andere discipline genoemd, waar naartoe kan worden doorverwezen.

In de praktijk zal de PMT-er vooral binnen de activiteitendimensie actief zijn in de progressieve diagnostiek. Problematiek binnen de structuur/functiedimensie vraagt vaak om doorverwijzen naar een (medisch) specialist, uitgezonderd items als lichaamsbeeld en -beleving, die behoren tot het vakgebied van de psychomotorisch therapeut. Participatieproblematiek zal in veel gevallen vragen om diagnostiek binnen een bredere context, waarvoor de maatschappelijk werker, systeemtherapeut of orthopedagoog meer de aangewezen disciplines zijn.

e. Behandelingsdoelen

Behandelingsdoelen dienen te worden geformuleerd in een voor het kind begrijpelijke taal, die aansluit bij de belevingswereld. In het overzichtsschema (bijlage vier) zijn in de kolom 'behandelingsdoelen' voor ieder item clusters van behandelingsdoelen weergegeven, waaraan in eerste instantie gedacht kan worden. Deze doelen zijn in algemene termen geformuleerd en kunnen in het individuele geval worden gespecificeerd. Specifieke doelstellingen die in de taal van het kind worden geformuleerd dienen te voldoen aan vijf vormvoorwaarden (Hekking, 2002b): positief geformuleerd, concreet en toetsbaar, beheersbaar door het individu zelf, gecontextualiseerd en ecologisch verantwoord.

Voor het formuleren van behandelingsdoelen kan gesteld worden dat, evenals bij de progressieve diagnostiek, de kerntaak van de PMT-er ligt binnen de activiteitendimensie. Zo kan problematiek binnen de participatiedimensie bijvoorbeeld wel thema zijn binnen een therapiegroep, maar is de uiteindelijke participatie in een niet-therapeutische context ook afhankelijk van bijvoorbeeld de sportclub waarbinnen het kind wil participeren. Binnen de PMT kan deze context wel besproken worden, maar niet rechtstreeks

worden beïnvloed. Stoornissen binnen de structuur/functiedimensie moeten veelal worden behandeld door een (medisch) specialist, waarbij stoornissen in de lichaamsbeleving en dergelijke, behoren tot het specialisme van de psychomotorisch therapeut.

Uit de literatuur bekende behandelingsdoelen zijn samengevat tot zeven clusters van doelen;

1. *aanvaarden van het eigen lichaam*, ontwikkelen van een positieve lichaams- en zelfbeleving, contact met het eigen lichaam bevorderen, psychosomatisering tegengaan;
2. *ontwikkelen van plezier in het bewegen*, motiveren tot en actieve deelname aan activiteit, angstgevoelens verminderen, zich veilig voelen stimuleren, ontspanning bevorderen;
3. *ontwikkelen van een adequaat lichaamsbesef*, kennis van het eigen lichaamsschema verbeteren, het leren ontdekken van aan de realiteit aangepaste eigen mogelijkheden in motorisch kunnen;
4. *motorische achterstand verminderen*, oog-handcoördinatie verbeteren, ontwikkelen van een ruimtelijke en lichaamsoriëntatie, het stimuleren van de senso-motorische ontwikkeling waardoor prikkels van buitenaf (visueel, tactiel, auditief) en van binnenuit (pijn, vermoeidheid enzovoorts) beter waargenomen, herkend en geïntegreerd kunnen worden;
5. *zelfcontrole verbeteren*, meer grip krijgen op het 'impulsieve' in de motoriek, reguleren van een teveel of een tekort aan energie, zelfbeheersing, gericht zijn op de situatie, concentratievermogen bevorderen, het verhogen van de frustratiedrempel, leren omgaan met winnen en verliezen;
6. *zelfvertrouwen stimuleren*, assertievere houding bijbrengen, expressiviteit en spontaniteit verbeteren, zich emotioneel durven uiten;
7. *het ontwikkelen van een samenspel* tussen therapeut en kind, sociaal gedrag stimuleren, relaties leren aangaan.

g. Overzichtsschema

In het overzichtsschema (bijlage vier) worden de items uit de checklist verbonden met het basis bewegingsaanbod, instrumenten voor progressieve diagnostiek en mogelijke behandelingsdoelen. Het overzichtsschema volgt de lay out van de checklist. Ten behoeve van de overzichtelijkheid zijn de items afgekort (er zijn geen volzinnen gebruikt). Het overzichtsschema dient derhalve naast de checklists en de omschrijvingen van de items gebruikt te worden. Per item worden maximaal vijf bewegingsarrangementen aangegeven, hoewel de meeste items in meerdere arrangementen zichtbaar zijn. Vanzelfsprekend moet de informatie uit andere arrangementen in dat geval wel worden meegenomen in de scores op de checklists en in de kwalitatieve verslaglegging. Als er minder dan vijf arrangementen zijn aangegeven, wil dat niet zeggen dat het item in andere arrangementen niet zichtbaar is. De in het overzichtsschema weergegeven koppeling tussen items en basisbewegingsaanbod is slechts een hulpmiddel; het gaat altijd om de totale indruk na ten minste drie sessies PMO.

Rol van de psychomotorisch diagnostisch therapeut

De PMT-er biedt binnen drie tot vijf sessies PMO een aantal bewegingsarrangementen aan en neemt een basisvragenlijst af. Het basisaanbod past hij zo goed als mogelijk aan aan de leeftijd en problematiek van het kind. De PMT-er is voorwaarden scheppend aanwezig. Dat wil zeggen dat hij het PMO zo veel mogelijk faciliteert door het opvolgen van de attitude-adviezen en het rekening houden met de verstorende variabelen (attitude-adviezen en verstorende variabelen worden hierna uitgewerkt). Naast het scoren van de checklist(s) zorgt de PMT-er voor een kwalitatieve verslaglegging, volgens een standaard model (bijlage zes), waarin kwalitatieve observaties vermeld worden en opvallende scores uit de checklists worden toegelicht. In het gesprek en bij de observaties maakt de PMT-er onderscheid tussen ervaringen van het kind ("hoe ging het?") en observaties van de onderzoeker ("ik zag") en checkt regelmatig bij het kind ("herken je dit gedrag?"), om zo in beeld te krijgen in hoeverre het gedrag problematisch is voor het kind en of het dit in verband brengt met de opname/behandeling.

Attitude-adviezen

Aanbevolen wordt het kind zo mogelijk van tevoren kennis te laten maken met de PMT-er en de ruimte waar het PMO zal plaatsvinden. Het is belangrijk uitleg en zo nodig geruststelling te geven rond het PMO. Het taalgebruik dient te worden aangepast aan het cognitief ontwikkelingsniveau van het kind. Zo nodig kan de PMT-er gebruik maken van visuele hulpmiddelen of een opdracht voordoen. Vragen moeten zo veel mogelijk rechtstreeks en zonder al te veel omwegen worden gesteld. Gesprekken dienen met het kind zelf te worden gevoerd, praten over diens hoofd heen met groepsleiding of ouders moet worden vermeden. De PMT-er moet respect en oprechte belangstelling tonen voor de klachten, maar vooral ook voor de persoon van het kind. In de eerste sessie dient te worden gekozen voor bewegingsarrangementen, waarvan de kans op succeservaringen maximaal is en een ontspannen en speelse houding, afgestemd op het kind. Zo nodig kan de PMT-er meedoen om het kind te motiveren of gerust te stellen. Hij is bemoedigend en steunend. In de eerste sessie moet voldoende structuur worden geboden om te ver olopemde angst te voorkomen. Waar nodig dienen grenzen te worden gesteld. Als dat nodig blijkt kan de PMT-er meer tijd nemen voor een opdracht. Momenten van rust en ontspanning kunnen naar behoefte worden ingebouwd, maar dienen in ieder geval onderdeel te zijn van het PMO. De PMT-er dient er alert op te zijn ook aandacht te hebben voor wat het kind goed kan. Ook de balans afstand-nabijheid dient in de gaten te worden gehouden. Het besef dat er achter alle mogelijke afweer vaak iemand zit die zich onzeker en snel afgewezen voelt en dat ook uitlokt zonder zich dat bewust te zijn kan de PMT-er helpen in zijn houding. Bij kinderen met psychiatrische problemen, die worden gekenmerkt door een uiterst chaotisch en ongestructureerd denken, waarbij adequate cognitieve controle over het gedrag niet kan worden uitgeoefend en problematisch gedrag ontstaat, kan hardop denken een manier zijn om het denkproces te structureren. Dit kan een manier zijn om de invloed van cognitieve factoren op de testresultaten te minimaliseren dan wel te expliciteren. De checklist dient niet tijdens de observatie ingevuld te worden, maar achteraf. Tenslotte dient opgemerkt te worden dat veiligheid te allen tijde voorop staat!

Individuele observaties en groepsobservaties

Het basisbewegingsaanbod gaat uit van drie tot vijf sessies. Bij drie sessies is de eerste observatiesessie idealiter individueel, de tweede sessie is naar keuze individueel of in een groep, en vindt de derde sessie in groepsverband plaats. Bij vijf sessies kiest men idealiter voor twee individuele sessies en drie groepsobservaties. Vanuit het implementatietraject van het PMDC wordt het essentieel bevonden het kind ten minste één maal individueel te zien. De opbouw van de bewegingsarrangementen is op dit uitgangspunt gebaseerd. Het is de bedoeling deze opzet te volgen voor zover dat binnen de setting mogelijk is. Indien items niet geobserveerd kunnen worden, omdat een groepsobservatie niet tot de mogelijkheden behoort binnen de setting, moet een '0' worden gescoord en moet dit worden meegenomen in de verslaglegging. Indien mogelijk kan er ook voor worden gekozen te observeren binnen een therapiegroep, de 'gym' of de leefgroep. Indien dit haalbaar wordt geacht kan de gymleraar of therapeut een opdracht worden meegegeven. Dit moet dan wel expliciet in de kwalitatieve verslaglegging worden vermeld. Per setting zal de PMT-er een keuze moeten maken wat het meest geëigend is.

Aanwezigheid van groepsleiding

In principe is er bij het PMO geen groepsleiding aanwezig. Indien dit op grond van de problematiek wenselijk of noodzakelijk wordt geacht (bijvoorbeeld bij ernstige angststoornissen of ernstige agressieproblematiek met impulsdoorbraken) moet de rol van deze persoon duidelijk omschreven zijn en worden opgenomen in de verslaglegging. Aanbevolen wordt deze persoon in een hoek van de zaal te laten plaatsnemen, opdat het kind zo min mogelijk wordt afgeleid of beïnvloed. Een andere mogelijkheid is de groepsleiding op een krukje net buiten de deur van de zaal te laten plaatsnemen, zodat diens aanwezigheid zo min mogelijk invloed heeft, maar de groepsleiding wel dichtbij is mocht dit nodig blijken.

Verstorende variabelen

Bij het aanbieden van de basisbewegingsarrangementen en het scoren van de checklist, kan er sprake zijn van zogenaamde verstorende variabelen. Deze variabelen zijn van invloed op de scores en vertroebelen het beeld dat daarmee van het kind ontstaat. Anderzijds kunnen de genoemde variabelen extra informatie geven die vermeldenswaard zijn in de kwalitatieve verslaglegging. Nadelen van participerende observatie zijn het gevaar van selectieve perceptie en interpretatie door de observator en de beroepsmatige en natuurlijk neiging alleen te kijken naar de ander en het eigen aandeel over het hoofd te zien (Berkers, 1998). Het is van belang maatregelen te nemen om vertekening tegen te gaan. Het systematisch hanteren van de checklist kan helpen het aandachtsveld af te bakenen en daarmee de kans op selectieve waarneming verkleinen.

Onderstaand worden verschillende verstorende variabelen genoemd met daarachter cursief hoe met deze variabelen kan worden omgegaan. Vaak worden daarvoor meerdere mogelijkheden genoemd, aangezien geen enkel kind hetzelfde is en een zelfde verstorende variabele soms een andere oplossing vraagt bij een ander kind.

- *Invloed van ziekte*; niet observeren/andere afspraak maken, extra keer observeren, rekening houden met de invloed van mogelijke medicatie, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Tijdstip van de dag*; navragen wat de invloed is van medicatie op het tijdstip van observatie, functioneren op andere tijdstippen navragen, verschillende tijdstippen uitproberen, jonge kinderen zoveel mogelijk 's morgens observeren ('s middags te moe), kinderen met ADHD-problematiek bij voorkeur 's morgens observeren ('s middags vaak drukker), vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Eerdere fysieke & psychische belasting/vermoeidheidsverschijnselen*; navragen en plannen in overleg met andere disciplines en groep, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Weertype/temperatuur*; bijvoorbeeld extra somber en in elkaar duiken bij somber weer, onrustig als er slecht weer op komst is, graag naar buiten willen (en daardoor minder geconcentreerd) bij mooi weer, drukker zijn bij slecht weer omdat ze zich niet buiten kunnen uitleven, enzovoorts. Checken bij groepsleiding of gedrag inderdaad verandert met het weer, ramen afplakken tot halverwege, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Het zich willen bewijzen tegenover de onderzoeker*; benoemen, neutraal blijven, attitude wisselen, moment van rust/ontspanning inbouwen, moment van vrij spel inbouwen, checklist niet tijdens de observatiesessies invullen, maar achteraf, geruststellen, benoemen dat het er niet om gaat beter te zijn dan een ander, maar om jezelf te zijn, vermelden in kwalitatieve verslaglegging. Het zich willen bewijzen kan bij sommige kinderen ook juist een goede motivatie zijn;
- *Het heel angstig zijn voor de onderzoeker*; bewegingsarrangementen aanpassen zodat je zeker weet dat het de eerste keer lukt, prettig en ontspannen klimaat creëren, speelse en kindvriendelijke omgang, eerste keer groepsleiding mee, voorbespreken in de groep, observatie binnen de groep, veiligheid bieden door van tevoren kennis te maken, controlemogelijkheden voor het kind vergroten, eventueel een knuffel mee in de zaal, structuur bieden, bemoedigend en steunend zijn, trachten gerust te stellen, meer tijd nemen, duidelijk zijn, noemen wat het kind te eng vindt, het niet hoeft te doen, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Geslacht van onderzoeker en kind*; een collega vragen indien dit een belangrijke factor lijkt, noemen dat dit een rol kan spelen, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Persoonlijkheidskenmerken van de onderzoeker*; benaderingswijze variëren, extra observaties inplannen in de groep of op de speelplaats, kritisch blijven kijken naar eigen gedrag, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Of het kind de onderzoeker al dan niet kent*; eerst enkele malen kennis maken in de groep, expliciteren van het onderzoekskader, kans geven op speelse wijze vertrouwd te raken, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Aard van de onderzoeksruimte*; de ruimte kan herinneringen oproepen, kan te groot zijn waardoor

iemand zich erin verliest of onveiligheid oproept (m.n. bij kleine kinderen en bij zeer angstige kinderen), kan te klein zijn, waardoor iemand het benauwd krijgt, het gevoel krijgt opgesloten te zitten; zo mogelijk in een andere (grotere of kleinere) ruimte gaan werken, de ruimte prikkelarm maken, van tevoren kennis laten maken met de ruimte, ruimte verkleinen door het plaatsen van banken (afgeschermd gebied waar je binnen blijft), vaste plek in de PMT-ruimte maken waar het kind zich kan terugtrekken, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;

- *Sociale wenselijkheid*, op gemak stellen, indirecte benadering, verwoorden, moment van vrij spel zonder interactie, indien mogelijk duiden en wijzen op wat het kind zelf wil, verduidelijken dat het om zijn prestatie gaat en verder niets, benadrukken van het laten maken van eigen keuzen, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Afwijkende referentiegroep*, veel kijken naar gewone kinderen om 'vakblindheid' te voorkomen, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Cognitief ontwikkelingsniveau*, opdracht concreet maken, visualiseren/visuele ondersteuning bieden, opdracht voordoen, niveau van aanspreken aanpassen, verbale opdracht en complexiteit van de opdracht aanpassen, versimpelen, navragen, vermelden in kwalitatieve verslaglegging;
- *Eventuele aanwezigheid van groepsleiding*, groepsleiding in hoek van zaal laten plaatsnemen of op krukje net buiten de ruimte (zodat het kind weet dat de groepsleiding dichtbij is en het er elk moment naartoe kan, maar de invloed van de groepsleiding beperkt blijft), vermelden in kwalitatieve verslaglegging.

Interpretatie en verslaglegging

De scores op de checklist vormen samen met 'aantekeningen in de kantlijn' de basis voor de kwalitatieve verslaglegging. Om heldere verslaglegging en systematiek te garanderen, wordt gebruik gemaakt van een standaard verslag. In bijlage zes wordt dit standaard verslag weergegeven. Het standaard 'psychomotorisch onderzoeksverslag' kan zowel voor de initiële diagnostiek (de checklist) als voor de progressieve diagnostiek worden gebruikt. Naast basisgegevens zoals de naam van het kind, geslacht, geboortedatum, samenvatting van de problematiek en vraagstelling van het PMO, worden indien van toepassing conclusies vanuit eerder onderzoek aangegeven, evenals vraagstellingen en verwachtingen betreffende het huidige PMO. Vervolgens wordt de diagnostiek volgens het PMDC beschreven door aan te kruisen welke bewegingsarrangementen uit het basisbewegingsaanbod zijn aangeboden, aan te geven of dit individueel of in een groep gebeurde (specificeer per sessie) en te omschrijven wat de resultaten zijn van het PMO.

Het aankruisen van het bewegingsaanbod zorgt ervoor dat de PMT-er alert blijft dat er meerdere mogelijkheden zijn informatie te verwerven en maakt de kans op insluipen van een beperkter standaard-repertoire van de individuele PMT-er kleiner. Daarnaast draagt het bij aan een betere overdraagbaarheid naar collega's binnen het multidisciplinaire team en andere instellingen doordat inzichtelijk is op basis van welk bewegingsaanbod de observaties zijn gedaan en conclusies zijn geformuleerd.

Het beschrijven van de resultaten gebeurt in de vorm van een kwalitatieve procesbeschrijving, waarin het verloop van de sessies kort en krachtig wordt omschreven en een algemene indruk van het kind wordt weergegeven. Dit kan gebeuren aan de hand van de begrippen lichaamsbeeld [hoe toont het lichaam als de geno- en fenotypische vorm van het mens-zijn (bijvoorbeeld een pezig kindje of juist een dikker-tje, een slungelige jongen in de puberteit)]; het lichaamsbeeld geeft informatie over aanleg en ervaring], houdingsbeeld [de presentatie van het lichaamsbeeld, al dan niet in verholde of gemanipuleerde vorm, waarmee de relatie tot anderen en de wereld wordt getoond (bijvoorbeeld een stoere houding bij een onzekere adolescent)]; het houdingsbeeld is meer momentaan van aard dan het lichaamsbeeld] en bewegingsbeeld [de presentatie van bewegingskenmerken, waarmee het kind zichzelf kenbaar maakt aan anderen (het bewegingsbeeld is als zodanig ook opgenomen in de checklist en de kleur van het bewegingsbeeld kan daar worden aangekruist)]. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen habituele (altijd zichtbare) en incidentele (afhankelijk van de context) beelden. Het kopje 'resultaten' van het PMO binnen de ver-

slaglegging wordt afgesloten met het kort en krachtig puntsgewijs weergeven van mogelijkheden en beperkingen van het kind. De mogelijkheden zijn daarbij de items, waarop een kind relatief laag scoorde (de gezonde stukken van het kind). Mogelijkheden kunnen kernachtig omschreven worden als de kwaliteiten van het kind, de groeimogelijkheden en de protectieve factoren in de omgeving van het kind. De beperkingen zijn de items waarop het kind hoog scoorde (de afwijkende stukken van het kind) en kunnen omschreven worden als de zwakke kanten van het kind en belemmeringen voor de groei/ontwikkeling. Hierbij kunnen eveneens risicofactoren in de omgeving van het kind worden beschreven.

Na de resultaten worden conclusies per dimensie weergegeven op basis van scores op de checklist. Er dient expliciet vermeld te worden welke items afwijkend zijn gescoord en waarop de score is gebaseerd. De combinatie van kwalitatieve omschrijvingen in het eerste deel van het verslag (kopje c) en de kwantitatieve scores met enige toelichting (kopje d) moeten zorgen voor een compleet beeld en vormen de basis voor de samenvatting en integratie van de conclusies (kopje f), van waaruit aanbevelingen kunnen volgen voor progressieve diagnostiek, (contra)indicaties voor PMT en mogelijke behandelingsdoelen. Bij 'discussiepunten' (kopje e) dienen vragen te worden vermeld die naar aanleiding van het PMO zijn opgeroepen en die binnen het multidisciplinaire team moeten worden besproken. Indien er sprake was van een specifieke vraagstelling voor psychomotorische diagnostiek dient de PMT-er er zorg voor te dragen dat onder kopje f een antwoord op deze vraagstelling wordt geformuleerd. Aan de weergave van het standaardverslag in bijlage zes van het PMDC is een voorbeeldverslag toegevoegd. In dit voorbeeldverslag zijn bovenstaande uitgangspunten expliciet gehanteerd.

De verslaglegging dient zo veel als mogelijk vakspecifiek te zijn. Algemene termen moeten zo veel mogelijk worden vermeden. Afhankelijk van de setting kan de standaard verslaglegging worden aangepast. Om implementatie succesvol te laten zijn, is het nodig dat het onderzoek en de verslaglegging passen binnen de structuur van de instelling. Indien de verslaglegging op een andere manier gebeurt, dan in bijlage zes vermeld is, moet worden bekeken in hoeverre en op welke manier het standaard verslag kan worden aangepast, zonder informatie verloren te laten gaan.

Bij de interpretatie van de gegevens en conclusies moet onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende dimensies binnen het construct. Per dimensie kunnen de scores worden overzien, interpretaties gedaan en conclusies getrokken, welke worden vermeld in de verslaglegging. Daarnaast moeten observatiegegevens worden vergeleken met gespreksgegevens. Er moet onderscheid gemaakt worden tussen de ervaringen van het kind (voor zover bekend uit de gespreksgegevens), de observaties van de onderzoeker en eventuele herkenning van het kind van hetgeen door de onderzoeker is benoemd (*"herken je dit?"*). Op deze manier wordt duidelijk in hoeverre het gedrag voor het kind zelf problematisch is en of hij het in verband brengt met zijn behandeling. Eventuele opvallende verschillen dienen te worden vermeld in de verslaglegging, waarbij de PMT-er de verschillen kan interpreteren. Dit kan onder het kopje 'resultaten' indien het een procesbeschrijving betreft. Indien blijkt dat er weinig inzicht is in de eigen problematiek kan dit vermeld worden bij conclusies binnen de structuur/functiedimensie (cognitief ontwikkelingsdomein). Het gaat binnen het PMDC niet alleen om of een individu feitelijk iets kan, maar ook om in het bewegingscontact te begrijpen waarom activiteiten lopen zoals ze lopen (is er sprake van een functionele stoornis of is er iets anders aan de hand). Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat het kind functioneel gezien alles kan, maar dat hij doordat hij de zogenaamde 'sociale voelsprieten' mist, toch binnen de participatiedimensie in de problemen komt. Het is dan van belang dit in de verslaglegging op te nemen. Ook verstoringen, indien van toepassing, dienen expliciet in het verslag vermeld te worden. Dit kan onder het kopje 'resultaten' indien het een procesbeschrijving betreft (is er verschil tussen de sessies voor wat betreft de verstoringen) of bij 'andersoortige observaties'. Ook opvallende verschillen tussen individuele en groepsobservaties kunnen hier vermeld worden.

Bij de interpretatie wordt uitgegaan van een zekere kundigheid van de PMT-er. Beginnende PMT-ers dienen hier voorzichtig in te zijn en hun interpretaties en conclusies te checken in breder verband (supervisie, intervisie, multidisciplinair overleg). Ook voor meer ervaren therapeuten wordt het aanbevo-

len regelmatig overleg te hebben over het gebruik van het PMDC, interpretaties en conclusies, om de blik scherp te houden en niet te vervallen in 'stokpaardjes'.

Indien er erg veel items als afwijkend worden gescoord, zal de PMT-er vanwege de leesbaarheid van het verslag soms keuzen willen maken welke items wel en welke niet te vermelden. Hierdoor wordt echter de kans op vertekening van het beeld van het kind door een selectieve blik van de PMT-er groter. Derhalve moet ernaar gestreefd worden de items die als afwijkend zijn gescoord zo volledig mogelijk weer te geven. Wel kan ervoor gekozen worden een cluster item als afwijkend te benoemen, in plaats van alle afzonderlijk in dat cluster benoemde subitems (in geval van een afwijkende score op alle subitems).

Voorwaarden voor ruimte en materiaal

Ten behoeve van het PMO dient de PMT-er bij voorkeur de beschikking hebben over een ruimte die enigszins geluidwerend is, met hoge ramen (of onderste deel afgeplakt), zodat er niet te veel prikkels van buiten komen. Daarnaast dient de ruimte ook van binnen prikkelarm gemaakt te kunnen worden, bijvoorbeeld door het materiaal in een afsluitbare berging op te bergen. Bij zeer angstige of drukke kinderen wordt aanbevolen zo mogelijk in een kleinere ruimte te werken of de ruimte te verkleinen met behulp van banken. De ruimte dient veilig te zijn en een vriendelijke sfeer uit te stralen. Het materiaal dat idealiter ter beschikking moet zijn voor het PMO betreft:

- banken;
- ballen in diverse formaten van verschillende zwaarte en diverse soorten oppervlak (hard, zacht, ruw, glad,...);
- basket/korf;
- hoepels, kegels, springtouwjes, stokken;
- matten;
- judopakken of stevige blouses/shirts;
- grote vellen papier (lichaamstekening) en kleinere vellen (A3);
- tekenmateriaal (stiften in diverse kleuren);
- klim- en klautertoestellen en/of klimwand;
- minitramp en/of grote trampoline;
- parachute/groot net/laken;
- pionnen of ander materiaal om te markeren;
- trapezoïde of kast;
- tennisrackets en -bal, badmintonrackets en shuttles;
- blokjes van hout of een ander materiaal, waarop gestaan kan worden;
- groepsski's/groepspedalo/lang touw/teamlintjes;
- spiegel (grote);
- schommel of hangmat;
- wipwap (kan ook met twee banken kruiselings op elkaar);
- boksbal/kussen/dikke mat.

Opgemerkt zij dat iedere PMT-er het moet doen met de ruimte en het materiaal dat hij ter beschikking heeft. Het is echter de moeite waard ernaar te streven zo veel als mogelijk tegemoet te komen aan de genoemde voorwaarden.

Informeren van het multidisciplinaire team

Bij de implementatie van het PMO wordt aanbevolen het multidisciplinaire team in te lichten over het theoretisch kader (beschreven onder 'referentiekader') van het construct, de doelstellingen, de verslaglegging en de observatiestaf. Het heeft de voorkeur dit zo mogelijk mondeling te doen, zodat eenieder de gelegenheid heeft vragen te stellen en kritiek te leveren. In de meeste instellingen vindt er regelmatig een 'coördinerend' overleg plaats, waar dit soort mededelingen gedaan kunnen worden.

Aanmeldingen voor het PMO

Voor de implementatie van het PMO binnen de eigen instelling moeten afspraken gemaakt worden over de lijn van aanmelding voor een PMO. De PMT-er zal dit zelf op zijn werkplek moeten regelen. Hiervoor kunnen de standaard aanmeldingsformulieren uit bijlage zeven worden gebruikt. Deze kunnen eventueel worden aangepast aan de eigen situatie en gebruikelijke structuren binnen de instelling.

Planning van het PMO

Observatie volgens het basisbewegingsaanbod vindt bij voorkeur plaats binnen drie tot vijf sessies van 20-45 minuten (in geval van groepsobservaties kunnen de sessies langer zijn) tijdens de eerste acht weken van opname. In deze periode wordt in de meeste instellingen geprobeerd met biopsychosociale diagnostiek ontbrekende informatie aan te vullen, zodat tijdens het multidisciplinair overleg (observatiestaf) een totaalvisie besproken kan worden en een voorstel voor een algemeen behandelingsplan kan worden opgesteld. Bij voorkeur vindt het PMO plaats tussen de tweede en vierde week van opname. Het kind is dan enigszins gewend en een groot aantal kinderen heeft dan nog geen medicatie, zodat met eventuele bijwerkingen geen rekening hoeft te worden gehouden. Indien de observatiestaf niet in de achtste week plaatsvindt, maar bijvoorbeeld al in de vierde week (zoals bij kortdurende opnamen veelal het geval is), moet ernaar worden gestreefd de observaties in de tweede en derde week te laten plaatsvinden, zodat tijdens de observatiestaf een helder verslag met conclusies en aanbevelingen kan worden overlegd.

Scholing van de psychomotorisch diagnostisch therapeut ten behoeve van een eenduidig gebruik van het PMDC

Het verdient aanbeveling een korte scholing te volgen in het gebruik van het PMDC. De handleiding, de beide checklists, de omschrijvingen van de items, het basisbewegingsaanbod en het overzichtsschema zijn dusdanig uitgebreid dat een psychomotorisch therapeut de moed zou kunnen verliezen als hij dit alles alleen van papier zou moeten halen. Bovendien moet hij in de gelegenheid zijn vragen te stellen over hetgeen onduidelijk is en kan in een dergelijke scholing met collega's geoefend worden in het gebruik van het PMDC. De scholing in het gebruik van het PMDC kent een herhalingsmoment, waarin opgeroepen vragen in het werken met het PMDC behandeld kunnen worden en feedback kan worden gegeven op de verslaglegging (zijn alle gegevens onder de juiste kopjes weergegeven, is er compact en helder geschreven, is er vakspecifiek geschreven, enzovoorts). De handleiding, de omschrijvingen van de items, het basisbewegingsaanbod en het overzichtsschema kunnen vervolgens worden gebruikt als naslagwerk, terwijl het aanmeldingsformulier voor het PMO, de checklists en het standaard psychomotorisch onderzoeksverslag regelmatig zullen worden ingevuld. In aansluiting op de scholing wordt aanbevolen regelmatig binnen intervisie-groepen/collegiaal overleg elkaar te bevragen op het gebruik van het PMDC opdat mogelijke blinde vlekken worden ontdekt.

Aandachtspunt

Een belangrijk aandachtspunt moet zijn hoe voorkomen kan worden dat er vele versies van het PMDC gaan ontstaan. Uit onderzoek blijkt dat PMT-ers de neiging hebben instrumenten (zoals het PMDC) enigszins aan te gaan passen of te gebruiken om de voorheen gebruikte eigen manier van observeren te verbeteren. Daarmee zou een belangrijk doel van het PMDC, het op gestandaardiseerde, systematische manier uitvoeren van een psychomotorisch onderzoek opdat dit overdraagbaar is naar (PMT-)collega's binnen het multidisciplinaire team en naar andere instellingen en werkvelden, verloren gaan. Er is naar gestreefd het PMDC zo hanteerbaar en efficiënt mogelijk te laten zijn, om de neiging tot het aanbrengen van veranderingen minimaal te houden. Het is desalniettemin van belang zich ervan te overtuigen dat gebruik wordt gemaakt van de originele PMDC-versie.

Bijlage 1 Checklist PMDC

Psychomotorisch onderzoek (PMO)

Naam kind/jeugdige:

Geslacht: jongen/meisje

Geboortedatum:

Leeftijd:

Datum van opname:

Samenvatting van de problematiek:

Vraagstelling PMO:

Data PMO (3 sessies):

Onderzoeker:

De *scores* op de checklist zijn als volgt:

- 0 over het item kan niets worden gemeld naar aanleiding van de observatiesessies (niet geobserveerd en/of niet aan de orde gekomen tijdens het gesprek)
- 1 over het item is niets opvallends te melden; het kind/de jeugdige gedraagt zich 'normaal', zoals volgens de ontwikkelingsnormen te verwachten is of het kind/de jeugdige geeft geen opvallende antwoorden in het gesprek
- 2 het item valt op als licht- afwijkend (bijvoorbeeld lichte motorische achterstand, enigszins angstig). Het gedrag is aanwezig met een lichte tot matige intensiteit of het kind/de jeugdige geeft enigszins opvallende antwoorden in het gesprek
- 3 het item valt sterk op als afwijkend. Het gedrag is zeer duidelijk aanwezig met een grote intensiteit of het kind/de jeugdige geeft zeer opvallende antwoorden in het gesprek

**Structuur en functiedimensie,
domein van lichamelijke ontwikkeling**

Kernitems		Aanvullende items	
Observatiegegevens		Observatiegegevens	
0 1 2 3	<i>Coördinatie</i>	0 1 2 3	coördinatie op basis van gehoor
0 1 2 3	oog- hand		
0 1 2 3	oog- voet		
	<i>lateralisatie</i>	0 1 2 3	<i>motorische kwaliteiten</i>
0 1 2 3	arm	0 1 2 3	kracht
0 1 2 3	been	0 1 2 3	lenigheid
		0 1 2 3	snelheid
		0 1 2 3	fysiek uithoudingsvermogen
0 1 2 3	bewegingsbeeld	0 1 2 3	bewegingsbeeld
	indien afwijkend, kruis aan:		indien afwijkend, kruis aan:
	☐ houterig/clumsy		☐ geremd
	☐ vluchtig		☐ ontremd/overbeweeglijk
	☐ fladderig		☐ clownesk/bizar
	☐ vloeiend/gevarieerd		☐ serieus/weinig spontaan
	☐ stereotiep		☐ gespannen
	☐ anders:		☐ onzeker/nervus
			☐ anders:
0 1 2 3	<i>ademhalingspatroon</i>		bewegingsbeeld gekleurd door:
0 1 2 3	frequentie		☐ tics en maniërismen
0 1 2 3	diepte		☐ dwang en dwanghandelingen
0 1 2 3	ritme		☐ preoccupaties
0 1 2 3	buik-/borstademhaling		☐ rituelen
			☐ anders:
0 1 2 3	spierspanning		
	<i>begrenzing</i>	0 1 2 3	<i>pijnbeleving</i>
0 1 2 3	ervaring van lichaamsgrenzen/	0 1 2 3	bewustzijn van pijn
	vervloeien		reactie op pijnsensaties
0 1 2 3	ervaring van grenzen in de		
	ruimte/vervloeien		<i>sensorische functies</i>
		0 1 2 3	visueel
		0 1 2 3	auditief
		0 1 2 3	tactiel
		0 1 2 3	motorisch
		0 1 2 3	propriocepsis
		0 1 2 3	intersensorische integratie
		0 1 2 3	wijze van informatie-verwerking
			<i>factoren gerelateerd aan voeding</i>
		0 1 2 3	overgewicht
		0 1 2 3	ondergewicht
Kernitems		Aanvullende items	
Gespreksgegevens		Gespreksgegevens	
0 1 2 3	spierspanning	0 1 2 3	<i>pijnbeleving</i>
		0 1 2 3	bewustzijn van pijn
		0 1 2 3	reactie op pijnsensaties
			<i>seksualiteit</i>
		0 1 2 3	libido
		0 1 2 3	genderidentiteit
			<i>factoren gerelateerd aan voeding</i>
		0 1 2 3	overgewicht
		0 1 2 3	ondergewicht
		0 1 2 3	eetpatroon
		0 1 2 3	eetlust

**Structuur en functiedimensie,
domein van cognitieve ontwikkeling**

Kernitems		Aanvullende items	
Observatiegegevens		Observatiegegevens	
0 1 2 3	oriëntatie in de ruimte	0 1 2 3	oriëntatie in de tijd
	<i>lichaamsbewustzijn</i>	0 1 2 3	algemeen bewustzijn
0 1 2 3	lichaamsschema/lichaamsplan	0 1 2 3	leervermogen
0 1 2 3	lichaamsattitude	0 1 2 3	copingstijl
	<i>waargenomen motorische competentie</i>	0 1 2 3	prestatiemotivatie
0 1 2 3	faalangst		<i>geheugen</i>
0 1 2 3	overmoed	0 1 2 3	verbaal
0 1 2 3	perceptie van onderscheid tussen fantasie en realiteit	0 1 2 3	nonverbaal
	<i>prikkelhantering</i>		<i>herkennen van relaties in ruimte en tijd</i>
0 1 2 3	interne prikkels	0 1 2 3	diepte
0 1 2 3	externe prikkels	0 1 2 3	afstand
	<i>aandacht</i>	0 1 2 3	richting
0 1 2 3	richten	0 1 2 3	snelheid
0 1 2 3	vasthouden	0 1 2 3	constantheid van grootte
0 1 2 3	veranderen	0 1 2 3	constantheid van vorm
0 1 2 3	verdelen	0 1 2 3	relaties in de tijd en volgorde van tijd
0 1 2 3	delen		
Kernitems		Aanvullende items	
Gespreksgegevens		Gespreksgegevens	
	<i>Lichaamsbewustzijn</i>		
0 1 2 3	lichaamsschema/lichaamsplan	0 1 2 3	inzicht in de eigen problematiek
0 1 2 3	lichaamsattitude	0 1 2 3	inzicht in de ander
0 1 2 3	lichaamsbeeld/lichaamsbesef	0 1 2 3	inzicht in de interactie
0 1 2 3	lichaamsidee/ lichaamswaardering	0 1 2 3	zelfbeeld

**Structuur en functiedimensie,
domein van emotionele ontwikkeling**

Kernitems

Observatiegegevens

- belevingsaspecten van bewegen*
- 0 1 2 3 angst
- 0 1 2 3 plezier
- 0 1 2 3 anders:
- temperament*
- 0 1 2 3 exploratie
- 0 1 2 3 impulsiviteit
- 0 1 2 3 frustratietolerantie
- 0 1 2 3 anders:
- stemming*
- 0 1 2 3 hevigheid van de stemming
- 0 1 2 3 scala aan stemmingen
- 0 1 2 3 stabiliteit van de stemming
- 0 1 2 3 congruentie en adequaatheid van de stemming
- 0 1 2 3 regulering van de stemming
- overheersende indruk;
kruis aan:
- ☐ vrolijk/opgewekt
- ☐ somber/terneergeslagen
- ☐ boos/agressief
- ☐ angstig/onzeker
- ☐ anders:

Kernitems

Gespreksgegevens

- belevingsaspecten van bewegen*
- 0 1 2 3 angst
- 0 1 2 3 plezier
- 0 1 2 3 anders:

<i>Activiteitendimensie, domein van lichamelijke ontwikkeling</i>			
Kernitems		Aanvullende items	
Observatiegegevens		Observatiegegevens	
0 1 2 3	lopen/gaan in het platte vlak	0 1 2 3	lopen/gaan op hellend vlak
0 1 2 3	rennen/hardlopen in het platte vlak	0 1 2 3	rennen/hardlopen op hellend vlak
	<i>springen</i>	0 1 2 3	traplopen op/af
0 1 2 3	hoogspringen		<i>springen</i>
0 1 2 3	diepspringen	0 1 2 3	huppen
0 1 2 3	zijwaarts springen	0 1 2 3	huppelen
0 1 2 3	over iets springen	0 1 2 3	hinkelen
0 1 2 3	verspringen	0 1 2 3	galoppas zijwaarts
	<i>klimmen en klauteren</i>		<i>balanceren/evenwicht houden</i>
0 1 2 3	ladder/wandrek	0 1 2 3	op stabiele ondergrond
0 1 2 3	speelattributen/klimwand	0 1 2 3	op instabiele ondergrond
	<i>balanceren/evenwicht houden</i>		
0 1 2 3	op de grond	0 1 2 3	buitelen en duikelen
0 1 2 3	op een verhoogd vlak	0 1 2 3	zwaaien
		0 1 2 3	schommelen
0 1 2 3	werpen/vangen		<i>activiteiten fijne handcontrole</i>
0 1 2 3	optillen/neerzetten	0 1 2 3	manipuleren met oppositie vinger/duim
0 1 2 3	duwen/trekken	0 1 2 3	kleine objecten met 1 hand pakken
0 1 2 3	schoppen/slaan	0 1 2 3	objecten vasthouden
0 1 2 3	reiken/terugtrekken	0 1 2 3	objecten loslaten
			<i>bewegen over middellijn van het lichaam, links-rechts</i>
0 1 2 3	gadeslaan/kijken	0 1 2 3	arm
0 1 2 3	luisteren	0 1 2 3	been
	<i>hanteren van eigen gedrag</i>		<i>bewegen over de middellijn van het lichaam, boven-onder</i>
0 1 2 3	hanteren van eigen mate van activiteit (energie verdelen)	0 1 2 3	arm
0 1 2 3	hanteren van eigen impulsen	0 1 2 3	been
0 1 2 3	hanteren van verbale agressie	0 1 2 3	hoofd/romp
0 1 2 3	hanteren van fysieke agressie (incl. zelfverminking)		<i>activiteiten rond aankleden</i>
0 1 2 3	hanteren van emoties	0 1 2 3	aan- en uitkleden
		0 1 2 3	schoenen aan- en uit
		0 1 2 3	sluitingen hanteren
		0 1 2 3	kleden in overeenstemming met weersomstandigheden
		0 1 2 3	kleden in overeenstemming met de sociale setting
		Aanvullende items	
		Gespreksgegevens	
		0 1 2 3	bewegingservaring

**Activiteitendimensie,
domein van cognitieve ontwikkeling**

Kernitems		Aanvullende items	
Observatiegegevens		Observatiegegevens	
	<i>cognitieve activiteiten in het kader van sport en spel</i>		<i>algemene psychologische eisen</i>
0 1 2 3	ordenen en structureren van sport en spel	0 1 2 3	omgaan met afleiding
0 1 2 3	plannen en organiseren	0 1 2 3	omgaan met verantwoordelijkheden
0 1 2 3	omgaan met regels	0 1 2 3	omgaan met druk/stress
0 1 2 3	maken van adequate bewegingskeuzen	0 1 2 3	omgaan met crisis
		0 1 2 3	zelfstandig handelen
	<i>herkennen van lichaamssignalen</i>		<i>begrijpen van gesproken taal</i>
0 1 2 3	omgaan met pijn	0 1 2 3	behoeften en verzoeken begrijpen
0 1 2 3	omgaan met vermoeidheid	0 1 2 3	impliciete betekenis begrijpen
			emotionele uitingen in context begrijpen
	<i>(bewegings)taak leren</i>		<i>probleem oplossen</i>
0 1 2 3	de taak begrijpen	0 1 2 3	signaleren van een probleem
0 1 2 3	de activiteit starten	0 1 2 3	analyseren
0 1 2 3	de activiteit volhouden	0 1 2 3	oplossingsstrategieën
0 1 2 3	de activiteit voltooien	0 1 2 3	besluiten nemen
		0 1 2 3	besluiten uitvoeren
	<i>een (bewegings)taak aankunnen</i>	0 1 2 3	effect evalueren
0 1 2 3	eenvoudige taak aankunnen		
0 1 2 3	complexe taak aankunnen		
0 1 2 3	taak die creativiteit vereist aankunnen		
	<i>begrijpen van gesproken taal</i>		
0 1 2 3	verbale instructies begrijpen		
	<i>begrijpen van nonverbale boodschappen</i>		
0 1 2 3	lichaamstaal		
0 1 2 3	gelaatsuitdrukkingen		
0 1 2 3	gebaren		
	<i>kennis toepassen</i>		
0 1 2 3	herkennen van gelijksoortigheid in een nieuwe situatie (generaliseren)		
0 1 2 3	eerder verworven kennis toepassen		
Kernitems			
Gespreksgegevens			
	<i>herkennen van lichaamssignalen</i>		
0 1 2 3	omgaan met pijn		
0 1 2 3	omgaan met vermoeidheid		

**Activiteitendimensie,
domein van emotionele ontwikkeling**

Kernitems	
Observatiegegevens	
0 1 2 3	<i>zorgdragen voor de eigen gezondheid</i> omgaan met het eigen lichaam (verzorging, 'ongelukjes')
0 1 2 3	omgaan met winnen/verliezen
0 1 2 3	omgaan met lukken/mislukken
	<i>maken van overgangen in bewegingssituaties</i>
0 1 2 3	kunnen loslaten/afsluiten van de huidige situatie
0 1 2 3	omgaan met nieuwe situaties
0 1 2 3	omgaan met nieuwe prikkels
	<i>omgaan met gevaar</i>
0 1 2 3	gevaar herkennen
0 1 2 3	gevaar vermijden
0 1 2 3	gevaar opzoeken
	<i>omgaan met emoties</i>
0 1 2 3	laten zien van emoties
0 1 2 3	praten over emoties
0 1 2 3	emoties ontkennen
0 1 2 3	emoties overschreeuwen
Kernitems	
Gespreksgegevens	
	<i>zorgdragen voor de eigen gezondheid</i>
0 1 2 3	omgaan met het eigen lichaam (verzorging, 'ongelukjes')
0 1 2 3	tijd en ruimte nemen voor ontspanning
0 1 2 3	bepaalde zaken even (kunnen) loslaten

**Activiteitendimensie,
domein van sociale ontwikkeling**

Kernitems		Aanvullende items	
Observatiegegevens		Observatiegegevens	
	<i>sociale activiteiten in het kader van sport en spel</i>	0 1 2 3	respect tonen/warmte uiten
0 1 2 3	omgaan met sporten met elkaar	0 1 2 3	omgaan met vertrouwen
0 1 2 3	omgaan met sporten tegen elkaar	0 1 2 3	verdraagzaamheid tonen/snel ruzie zoeken
	<i>omgaan met grenzen van anderen</i>	0 1 2 3	voor zichzelf opkomen in een groep/zich op de achtergrond houden
0 1 2 3	omgaan met afstand- nabijheid		
0 1 2 3	omgaan met lichamelijk contact		
0 1 2 3	omgaan met seksueel getint gedrag		
	<i>contact leggen, onderhouden en beëindigen</i>		
0 1 2 3	conversatie beginnen		
0 1 2 3	conversatie onderhouden		
0 1 2 3	conversatie inhoud en richting geven		
0 1 2 3	conversatie beëindigen		
0 1 2 3	lichaamstaal gebruiken		
0 1 2 3	gelaatsuitdrukkingen gebruiken		
0 1 2 3	gebaren gebruiken		
0 1 2 3	oogcontact maken		
0 1 2 3	afstemmen op de ander		
	<i>omgaan met hulp</i>		
0 1 2 3	hulp vragen		
0 1 2 3	hulp accepteren		
0 1 2 3	hulp aanbieden		
0 1 2 3	hulp geven		
	<i>omgaan met kritiek</i>		
0 1 2 3	geven		
0 1 2 3	hanteren		
	<i>omgaan met complimenten</i>		
0 1 2 3	geven		
0 1 2 3	hanteren		
Kernitems			
Gespreksgegevens			
	<i>omgaan met grenzen van anderen</i>		
0 1 2 3	omgaan met afstand-nabijheid		
0 1 2 3	omgaan met lichamelijk contact		
0 1 2 3	omgaan met seksueel getint gedrag		

<i>Participatiedimensie, domein van lichamelijke ontwikkeling</i>	
Kernitems Observatiegegevens 0 1 2 3 <i>participatie in de eigen verzorging</i> 0 1 2 3 hygiëne 0 1 2 3 verzorgd uiterlijk	
Kernitems Gespreksgegevens 0 1 2 3 <i>participatie in sport en spel</i> 0 1 2 3 formeel/in clubverband 0 1 2 3 informeel 0 1 2 3 <i>participatie in de eigen verzorging</i> 0 1 2 3 gezonde levensstijl 0 1 2 3 gezondheidszorg	

<i>Participatiedimensie, domein van sociale ontwikkeling</i>	
Kernitems Observatiegegevens 0 1 2 3 <i>participatie in formele sociale relaties</i> de psychomotorisch therapeut/ onderzoeker opvallende kenmerken die de participatie kleuren, kruis aan: ☐ wil steeds nadrukkelijk dingen voor de therapeut doen ☐ vraagt telkens of hij/zij het wel goed doet ☐ probeert te provoceren ☐ doet zijn best vragen te beantwoor- den ☐ zoekt afkeuring op ☐ heeft veel bevestiging/ondersteuning nodig ☐ is gevoelig voor interventies ☐ anders:	
Kernitems Gespreksgegevens 0 1 2 3 <i>participatie in formele sociale relaties</i> andere therapeuten/zorgverleners 0 1 2 3 <i>participatie in informele sociale relaties</i> vrienden 0 1 2 3 klasgenoten/leeftijdgenoten	

Contextuele (omgevings-)factoren

Kernitems			
Observatiegegevens			
	<i>benodigde structuur van de omgeving</i>		
0 1 2 3	veel structuur		
0 1 2 3	vrije situatie		
Kernitems		Aanvullende items	
Gespreksgegevens		Gespreksgegevens	
	<i>geneesmiddelen en drugs</i>		<i>persoonlijke ondersteuning</i>
0 1 2 3	gebruik voor 'plezier'	0 1 2 3	familie
0 1 2 3	nodig voor ziektebeeld	0 1 2 3	vrienden
		0 1 2 3	leeftijdgenoten
		0 1 2 3	hulpverleners
		0 1 2 3	dieren
			<i>persoonlijke standpunten, waarden en overtuigingen</i>
		0 1 2 3	van kind/jeugdige
		0 1 2 3	van ouders
		0 1 2 3	spanningsbronnen

Bijlage 2 Omschrijvingen van de items

<i>Structuur en functiedimensie</i> <i>Domein van lichamelijke ontwikkeling</i>	
Kernitems Observatiegegevens coördinatie het uitvoeren van bewegingen in een ordelijke combinatie • oog-hand: afstemming tussen visus en handbewegingen, bijvoorbeeld het kind pakt wat het ziet • oog-voet: afstemming tussen visus en voetbewegingen, bijvoorbeeld het kind raakt de bal goed met zijn voet lateralisatie het ontwikkelen van een links-rechts voorkeur • arm • been bewegingsbeeld de manier waarop het kind/de jeugdige zich toont in bewegingssituaties ☐ houterig/clumsy: 'onhandig' bewegen, niet-soepel ☐ vluchtig: van het ene naar het andere gaan, nergens rust lijken te vinden ☐ fladderig: fladderen met de handen bij opwinding ☐ vloeiend/gevarieerd: 'normaal', soepel verlopend bewegingspatroon ☐ stereotiep: spontane, niet-doelgerichte bewegingen, zoals herhaaldelijk draaien en schudden van het hoofd en wiebelen ☐ anders:.... ademhalingspatroon het patroon van in-en uitademen; indien dit situatieafhankelijk is, dit meenemen in de verslaglegging • frequentie: het aantal ademteugen per minuut • diepte: de mate van expansie van de longen tijdens het ademen (diep/oppervlakkig ademen) • ritme: periodiciteit en regelmatigheid van het ademen • buik-/borstademhaling: de mate waarin het kind/de jeugdige via borst dan wel buik ademhaalt	Aanvullende items Observatiegegevens coördinatie op basis van gehoor het uitvoeren van bewegingen in een ordelijke combinatie op basis van auditieve stimuli motorische kwaliteiten aspecten met betrekking tot de motoriek • kracht: kracht ontwikkeld door de contractie van spieren • lenigheid: soepelheid van de spieren • snelheid: het vermogen tot het ontwikkelen van snelheid • fysiek uithoudingsvermogen: algemeen niveau van tolerantie voor fysieke inspanning bewegingsbeeld de manier waarop het kind/de jeugdige zich toont in bewegingssituaties ☐ geremd: vervlakking, verarming van bewegingen ☐ ontremd/over beweeglijk: overmatig beweeglijk ☐ clownesk/bizar: het maken van bewegingen die niet passen in de situatie en clownesk overkomen ☐ serieus/weinig spontaan: het uitvoeren van bewegingen zoals gevraagd, zonder spontaniteit in het bewegen ☐ gespannen: het uitvoeren van bewegingen met een gespannen lichaam, waardoor de bewegingen vaak kleiner worden en weinig soepel ☐ onzeker/nervus: onzekerheid in het bewegen, zich bijvoorbeeld uitend in trillen, vaak materiaal laten vallen enzovoorts ☐ anders:.... bewegingsbeeld gekleurd door: • tics en maniërismen: zich herhalende, quasi-doelgerichte onwillekeurige contracties van een spiergroep • dwang en dwanghandelingen: het 'moeten' uitvoeren van bepaalde handelingen • preoccupaties: het gericht zijn op bepaalde objecten • rituelen: het bezweren van angst door het uitvoeren van bepaalde handelingen • anders:....

spierspanning

Het fysiek kunnen ontspannen van spieren, dan wel het vastzitten/verkrampde spieren (onafhankelijk van of dit een lichamelijke dan wel psychische oorzaak heeft)

Begrenzing

het ervaren van grenzen, zowel van het eigen lichaam als in de ruimte

- **ervaring van lichaamsgrenzen/vervloeien;** het ervaren van de grenzen van het eigen lichaam, dan wel het vervloeien bij aanraking; het weten waar het eigen lijf begint en eindigt, bijvoorbeeld vervloeien met een ander, gevoel hebben dat body lotion diep het lichaam indringt enzovoorts
- **ervaring van grenzen in de ruimte/vervloeien;** het ervaren van grenzen in de ruimte; het weten wat binnen en buiten is, waar objecten ophouden enzovoorts bijvoorbeeld vervloeien met het geluid van een sirene buiten de PMT-ruimte

pijnbeleving

gewaarwording van een onplezierig gevoel duidend op mogelijke of feitelijke schade aan het lichaam

- **bewustzijn van pijn;** het overgevoelig, dan wel ongevoelig zijn voor pijnsensaties
- **reactie op pijnsensaties;** wel/geen aandacht schenken aan pijnsensaties

sensorische functies

het waarnemen, herkennen en begrijpen van sensorische input en het relateren van die input aan ervaring

- **visueel;** waarnemen, herkennen en begrijpen van aanwezigheid van licht, vorm, omvang, contour en kleur van visuele stimuli
- **auditief;** waarnemen, herkennen en begrijpen van de aanwezigheid van geluiden en het onderscheiden van locatie, toonhoogte, luidheid en kwaliteit van het geluid
- **tactiel;** waarnemen, herkennen en begrijpen van oppervlakken en hun textuur of kwaliteit
- **proprioceptie;** het zich bewust zijn van de positie, de beweging en het evenwicht van het lichaam of van lichaamsdelen, het waarnemen van de relatieve positie van de lichaamsdelen ten opzichte van elkaar
- **intersensorische integratie;** het verbinden van informatie uit de ene modaliteit met informatie uit de andere modaliteit bijvoorbeeld het auditieve met het visuele
- **wijze van informatieverwerking;** voorkeur hebben voor visuele, auditieve, tactiele of motorische prikkels en/of het uitvallen op één van deze prikkels

factoren gerelateerd aan voeding

- **overgewicht;** een lichaamsgewicht van meer dan 15% boven de geaccepteerde standaard (body mass index boven de 25 is overgewicht; body mass index boven de 30 wordt beschouwd als obesitas)
- **ondergewicht;** een lichaamsgewicht van meer dan 15% onder de geaccepteerde standaard (body mass index beneden de 17)

Kernitems Gespreksgegevens spierspanning Het fysiek kunnen ontspannen van spieren, dan wel het vastzitten/verkrampde spieren (onafhankelijk van of dit een lichamelijke dan wel psychische oorzaak heeft)	Aanvullende items Gespreksgegevens <i>pijnbeleving</i> gewaarwording van een onplezierig gevoel duidend op mogelijke of feitelijke schade aan het lichaam • bewustzijn van pijn; het overgevoelig, dan wel ongevoelig zijn voor pijnsensaties • reactie op pijnsensaties; wel/geen aandacht schenken aan pijnsensaties <i>seksualiteit</i> • libido; driften verband houdend met seksuele verlangens • genderidentiteit; het zich thuis voelen het lichaam van het eigen geslacht (jongen/meisje) <i>factoren gerelateerd aan voeding</i> • overgewicht; een lichaamsgewicht van meer dan 15% boven de geaccepteerde standaard (body mass index boven de 25 is overgewicht; body mass index boven de 30 wordt beschouwd als obesitas) • ondergewicht; een lichaamsgewicht van meer dan 15% onder de geaccepteerde standaard (body mass index beneden de 17) • eetpatroon; hetgeen men gemiddeld eet op een dag, op welk moment en op welke manier (bijvoorbeeld rustig of schrokken) • eetlust; de natuurlijke behoefte aan of het verlangen naar voedsel en drinken

Structuur en functiedimensie
Domein van cognitieve ontwikkeling

Kernitems	Aanvullende items
Observatiegegevens oriëntatie in de ruimte het weten en inschatten van de relatie die men heeft met de ruimte, het zich bewust zijn van de plaats waar men zich bevindt lichaamsbewustzijn het zich bewust zijn van het eigen lichaam • lichaamsschema/lichaamsplan; het zich bewust zijn van hoe het eigen lichaam vorm heeft (waar zitten armen, benen enzovoorts) • lichaamsattitude; de houding ten opzichte van het eigen lichaam, zichtbaar in het gedrag waargenomen motorische competentie gevoel van competentie op motorisch gebied op basis waarvan eigen bewegingsmogelijkheden adequaat kunnen worden ingeschat • faalangst; angst te falen op motorisch gebied, zich bijvoorbeeld uitend in snel zeggen 'kan ik niet' • overmoed; zichzelf overschatten op motorisch gebied perceptie van onderscheid tussen fantasie en realiteit het er zich bewust van zijn dat gebeurtenissen en objecten in de fantasie gescheiden zijn van de realiteit, zoals dit tot uiting komt binnen bewegingsspel prikkelhantering het hanteren van zowel interne als externe prikkels en daar onderscheid tussen maken • interne prikkels; het kunnen structureren, ordenen, herkennen, differentiëren en integreren van interne prikkels (zoals transpireren, hijgen, het warm krijgen) • externe prikkels; het kunnen structureren, ordenen, herkennen, differentiëren en integreren van externe prikkels (zoals geluid van buiten, het aanraken van materiaal en dergelijke)	Observatiegegevens oriëntatie in de tijd het zich bewust zijn van dag, datum, maand en jaar algemeen bewustzijn de mate van bewustzijn en alertheid, inclusief helderheid; gradaties van continue waakzaamheid tot verlaagd bewustzijn leervermogen De leerbaarheid van het kind/de jeugdige en de manier van leren copingstijl de manier van omgaan met gebeurtenissen prestatiemotivatie het doorzettingsvermogen, de bewuste of onbewuste drijfveer om actie te ondernemen in de richting van een gewenst doel op basis van psychische of sociale factoren, het prestatie-gericht zijn geheugen het opslaan en bewaren van informatie en het terugvinden van informatie als dat nodig is • verbaal; het geheugen verband houdend met de taal, bijvoorbeeld namen van personen of iets dat men gelezen heeft • nonverbaal; het geheugen verband houdend met niet-talige taken, bijvoorbeeld een muziekstuk, een bewegingsarrangement en dergelijke

aandacht het hanteren van de eigen aandacht binnen bewegingssituaties • richten; het zich richten op een externe stimulus of interne ervaring • vasthouden; het in staat zijn de concentratie gedurende de vereiste tijdsduur vol te houden • veranderen; het in staat zijn de aandacht te verplaatsen van de ene stimulus naar de andere • verdelen; het in staat zijn de aandacht te richten op twee of meer stimuli tegelijkertijd • delen; het in staat zijn om met twee of meer mensen de aandacht te richten op dezelfde stimulus, zoals een kind en zorgverlener zich beide concentreren op een stuk speelgoed	herkennen van relaties in ruimte en tijd • diepte; het interpreteren van de sensorische input zodat diepte of hoogte wordt bepaald • afstand; het interpreteren van de sensorische input zodat afstand tussen de persoon zelf en een ander persoon of object wordt bepaald of de afstand tussen objecten onderling • richting; het interpreteren van de sensorische input zodat richting wordt bepaald, bijvoorbeeld het bepalen van boven en beneden, links en rechts, vooruit en achteruit • snelheid; het interpreteren van de sensorische input zodat snelheid, zoals de snelheid van een bewegend object, wordt bepaald (bv als een bal wordt gegooid) • constantheid van grootte; het inschatten van de juiste grootte van een dichtbij of veraf gelegen object • constantheid van vorm; het identificeren van de vorm van een object vanuit verschillende hoeken bekeken • relaties in de tijd en volgorde van tijd; het identificeren en begrijpen van temporale relaties tussen gebeurtenissen, zoals of een gebeurtenis voor of na een andere gebeurtenis plaats vindt
Kernitems Gespreksgegevens lichaamsbewustzijn • lichaamsschema/lichaamsplan; het zich bewust zijn van hoe het eigen lichaam vorm heeft (waar zitten armen, benen enzovoorts) • lichaamsattitude; de houding ten opzichte van het eigen lichaam, zichtbaar in het gedrag • lichaamsbeeld/lichaamsbesef; de perceptie van het eigen lichaam, het waarnemen van het eigen lichaam welke vertekend kan zijn • lichaamsidee/lichaamswaardering; de cognitie rond het eigen lichaam, hierbij kunnen positieve en negatieve aspecten worden onderscheiden	Aanvullende items Gespreksgegevens inzicht in de eigen problematiek het zich bewust zijn en begrijpen van zichzelf en eigen gedrag inzicht in de ander het zich bewust zijn en begrijpen van de ander en zijn gedrag inzicht in de interactie het zich bewust zijn en begrijpen van wat er in de interactie gebeurt zelfbeeld het beeld dat iemand van zichzelf heeft

Structuur en functiedimensie
Domein van emotionele ontwikkeling

Kernitems

Observatiegegevens

belevingsaspecten van bewegen

de beleving verbonden aan beweging, onder andere zichtbaar in de houding en gezichtsuitdrukking, met andere woorden hoe het bewegen wordt beleefd/ervaren?

- **angst**; het bewegen levert vooral angst op
- **plezier**; het bewegen levert vooral plezier op
- **anders**;...

temperament

het aangeboren vermogen van het individu om op een bepaalde manier te reageren op situaties, inclusief de cluster van psychische eigenschappen die een persoon onderscheidt van anderen, zoals dit tot uiting komt binnen bewegingssituaties

- **exploratie**; genegen een brede range van onderwerpen te onderzoeken; exploratie kan op veilige basis plaats vinden of vanuit een overschreeuwen van angsten (juist dat doen waar men eigenlijk bang voor is)
- **impulsiviteit**; impulsiviteit vanuit zichzelf en/of op basis van externe prikkels; tegenover impulsiviteit staat over alert-zijn/controle willen houden
- **frustratietolerantie**; driften verband houdend met frustratie; kan het kind/de jeugdige een bepaalde mate van frustratie verdragen?
- **anders**; andere opvallende aspecten met betrekking tot het temperament

stemming Het gevoel en de affectieve component van de psychische processen • Hevigheid van de stemming; de diepte van de stemming • Scala aan stemmingen; het spectrum aan ervaringen met betrekking tot het optreden van affect of gevoelens zoals liefde, haat, angst, verdriet, vreugde, vrees, boosheid • Stabiliteit van de stemming; emotionele gelijkmoedigheid of snelle ontregeling van de stemming • congruentie en adequaatheid van de stemming; congruentie van het gevoel of affect met de omgeving, zoals blij zijn bij het ontvangen van goed nieuws • regulering van de stemming; het ervaren van affect, het vermogen affect te tonen en de controle over de eigen stemming overheersende indruk: de stemming die over het algemeen het meest op de voorgrond treedt; de stemming die het meest kenmerkend is voor de persoon ☐ vrolijk/opgewekt ☐ somber/te neer geslagen ☐ boos/agressief ☐ angstig/onzeker ☐ anders:....	
Kernitems Gespreksgegevens belevingsaspecten van bewegen de beleving verbonden aan beweging, onder andere zichtbaar in de houding en gezichtsuitdrukking; met andere woorden hoe het bewegen wordt beleefd/ervaren? • angst; het bewegen levert vooral angst op • plezier; het bewegen levert vooral plezier op • anders;....	

Activiteitendimensie
Domein van lichamelijke ontwikkeling

Kernitems Observatiegegevens	Aanvullende items Observatiegegevens
lopen/gaan in het platte vlak gecoördineerde acties waarbij men zich te voet verplaatst, stap voor stap, waarbij tenminste één voet altijd op de grond staat; de richting van de beweging kan voorwaarts, achterwaarts of zijwaarts zijn	lopen/gaan op een hellend vlak gecoördineerde acties waarbij men zich te voet verplaatst, stap voor stap, waarbij tenminste één voet altijd op een hellend vlak staat, voorwaarts, achterwaarts, zijwaarts
rennen/hardlopen in het platte vlak gecoördineerde acties waarin men zich verplaatst door elkaar snel opvolgende stappen, waarbij beide voeten tegelijk van de grond kunnen zijn	rennen/hardlopen op een hellend vlak gecoördineerde acties waarin men zich verplaatst door elkaar snel opvolgende stappen, waarbij beide voeten tegelijk van het hellend vlak kunnen zijn
springen gecoördineerde acties waarbij men zich tegen de grond afzet door het buigen en strekken van de benen • hoogspringen; over iets heen springen • diepspringen; van iets af springen • zijwaarts springen; springen met zijwaartse verplaatsing • over iets springen; bijvoorbeeld over een touwtje springen, over een bank springen • verspringen; een horizontale afstand overbruggen	traplopen op/af gecoördineerde acties waarbij men zich een trap op en af beweegt door het om beurten plaatsen van een voet op de treden
klimmen en klauteren gecoördineerde acties waardoor het lichaam naar boven of beneden wordt verplaatst over oppervlakten of objecten, zoals: • ladder/wandrek • speelattributen/klimwand (aanbod afhankelijk van de leeftijd)	springen gecoördineerde acties waarbij men zich tegen de grond afzet door het buigen en strekken van de benen • huppen; het met twee voeten tegelijkertijd afzetten in een ritmische gang • huppelen; het om beurten huppen op één been in een ritmische gang • hinkelen; het voortdurend huppen op één been • galoppas zijwaarts; bijtrekpas zijwaarts in een ritmische gang
balanceren/evenwicht houden enige tijd dezelfde houding kunnen handhaven • op de grond • op een verhoogd vlak	balanceren/evenwicht houden enige tijd dezelfde houding kunnen handhaven • op stabiele ondergrond • op instabiele ondergrond; bijvoorbeeld staan op een grote schommel, balanceerton en dergelijke
werpen/vangen; een gecoördineerde actie waarbij voorwerpen met kracht door de lucht worden gegooid, dan wel zo worden vast gegrepen dat de beweging wordt gestopt en het voorwerp wordt vast gehouden	buitelen en duikelen; bijvoorbeeld een rondje tussen de ringen draaien of om een rekstok koppeltje duikelen
optillen/neerzetten; het gebruik van handen, armen of andere lichaamsdelen om een object naar een hoger, dan wel lager niveau te verplaatsen	zwaaien; bijvoorbeeld aan de touwen of aan de ringen zwaaien
	schommelen; bijvoorbeeld op een grote (familie-) schommel, een kleine (ééns-persoons) schommel of in een schommelbak; schommelen heeft ook het element kunnen/durven 'loslaten' in zich

duwen/trekken; kracht uitoefenen op een object om deze van zich af te verplaatsen, dan wel naar zich toe te halen; let ook op hoe iemand zijn krachten gebruikt schoppen/slaan; met snelheid een object van zich af verplaatsen met de voeten dan wel met de handen reiken/terugtrekken; zich uitstrekken naar een object, dan wel zich terugtrekken van een object gadeslaan/kijken intentioneel of doelbewust focussen op visuele stimuli luisteren intentioneel of doelbewust focussen op auditieve stimuli hanteren van eigen gedrag het regelen van de eigen algemene mate van activiteit, emoties en impulsen • hanteren van eigen mate van activiteit (energie verdelen); het letten op en beheersen van de eigen mate van activiteit • hanteren van eigen impulsen; het letten op en beheersen van de eigen impulsen, inclusief het afzien van boeren of spugen • hanteren van verbale agressie; het onder controle houden van de mate van verbale agressie in de wijze waarop wordt gesproken en de inhoud van het gesprokene • hanteren van fysieke agressie (incl zelfverminking); het in bedwang houden van de mate van agressie in de wijze waarop en timing van acties in interactie met anderen; het letten op en beheersen van impulsen gericht op het zichzelf lichamelijk letsel toebrengen • hanteren van emoties; het letten op en beheersen van de eigen emoties	activiteiten fijne handcontrole met een hand, vingers en duim, hanteren van voorwerpen • manipuleren met oppositie vinger/duim; een gecoördineerde actie tussen vinger en duim • kleine objecten met één hand pakken; een gecoördineerde actie die leidt tot het vastpakken van kleine objecten met één hand • objecten vasthouden; een gecoördineerde actie die leidt tot het vasthouden van objecten • objecten loslaten; een gecoördineerde acties waarbij vingers en handen worden gebruikt om een of meer voorwerpen te laten gaan of los te laten of te laten vallen bewegen over middellijn van het lichaam, links-rechts het bewegen van een arm of been over de lengtelijn (lijn tussen hoofd en voeten) van het lichaam • arm • been Bewegen over de middellijn van het lichaam, boven-onder het bewegen over de horizontale as (heupgewricht) van het lichaam • arm • been • hoofd/romp activiteiten rond aankleden aantrekken en uittrekken van kleding en schoeisel in de juiste volgorde en in overeenstemming met de sociale setting en het klimaat • aan-en uitkleden • schoenen aan-en uit • sluitingen hanteren • kleden in overeenstemming met weersomstandigheden • kleden in overeenstemming met de sociale setting; bijvoorbeeld kleding passend binnen de pmt-ruimte en groepscultuur
	Aanvullende items Gespreksgegevens bewegingservaring het hebben opgedaan van ervaringen met beweging, bijvoorbeeld in gymlessen op school of in verenigingsverband

Activiteitendimensie
Domein van cognitieve ontwikkeling

Kernitems Observatiegegevens cognitieve activiteiten in het kader van sport en spel cognitieve activiteiten die nodig zijn om te kunnen sporten of spelen • ordenen en structureren van sport en spel; het logisch kunnen ordenen en structureren van gebeurtenissen tijdens het sporten of spelen • plannen en organiseren; het vooraf kunnen plannen en organiseren van voorwaarden om tot sporten of spelen te komen • omgaan met regels; het omgaan met de regels van het spel; bijvoorbeeld aangepast/te volgend, steeds regels willen veranderen/toevoegen, met openlijk verzet/tegenzin, negeren, boycotten, zelf regels maken	Aanvullende items Observatiegegevens algemene psychologische eisen Complexe en gecoördineerde acties die een persoon moet uitvoeren om met succes psychologische eisen aan te kunnen • omgaan met afleiding; doorgaan met een taak zonder de aandacht af te laten leiden, inclusief afleiding vanuit zichzelf en afleiding van buitenaf • omgaan met verantwoordelijkheden; eenvoudige, complexe en gecoördineerde acties die een persoon moet uitvoeren om met succes om te gaan met verantwoordelijkheden van een taak en om te bepalen wat deze verantwoordelijkheden zijn • omgaan met druk/stress; acties die nodig zijn om met succes om te gaan met druk en stress
• maken van adequate bewegingskeuzen; sporten of spelen kiezen passend bij de leeftijd en mogelijkheden van zichzelf en/of deelnemers in de groep herkennen van lichaamssignalen het zich bewust zijn en herkennen van lichaamssignalen en er op een adequate manier mee om gaan • omgaan met pijn • omgaan met vermoeidheid (bewegings-)taak leren eenvoudige, complexe en gecoördineerde acties die een persoon moet uitvoeren om een nieuwe taak te leren • de taak begrijpen; de voor de taak benodigde elementen begrijpen • de activiteit starten; beginnen met de taak • de activiteit volhouden; acties die de persoon moet uitvoeren om met succes de taak vol te houden, zowel fysiek als psychisch • de activiteit voltooien; acties die de persoon moet uitvoeren om de taak af te ronden en te beëindigen een (bewegings-)taak aankunnen acties die een persoon moet uitvoeren om een taak aan te kunnen • eenvoudige taak aankunnen; het uitvoeren van een taak met slechts één belangrijke component	• omgaan met crisis; het omgaan met beslissende momenten in een situatie in tijden van acuut gevaar • zelfstandig handelen; het al dan niet zelfstandig kunnen handelen of liever geholpen willen worden begrijpen van gesproken taal het begrijpen van de letterlijke en impliciete betekenis van boodschappen in gesproken taal • behoeften en verzoeken begrijpen; het begrijpen van impliciete en expliciete behoeften en verzoeken van derden, op basis van woorden, zinnen en langere passages in gesproken taal • impliciete betekenis begrijpen; het begrijpen van de bedoelde, gesuggereerde of verborgen betekenis van woorden, zinnen en langere passages in gesproken taal • emotionele uitingen in context begrijpen; het begrijpen van emotionele uitingen in woorden, zinnen en langere passages in gesproken taal, gezien de context waarin deze geuit worden probleem oplossen het oplossen van problemen binnen bewegingssituaties • signaleren van een probleem; het herkennen en identificeren van moeilijkheden • analyseren; het bepalen van de onderdelen van een probleem of het onderscheiden van de stappen die nodig zijn om een probleem op te

• complexe taak aankunnen; het uitvoeren van een ingewikkelde taak met meerdere componenten die achtereenvolgens of gelijktijdig uitgevoerd kunnen worden • het aankunnen van een taak die creativiteit vereist; taken waarvoor speciale vaardigheden, handigheid of een nieuwe benadering of methode nodig zijn; een taak aankunnen waarvoor originaliteit en voorstellingsvermogen nodig is <i>begrijpen van gesproken taal</i> het begrijpen van de letterlijke en impliciete boodschap, die wordt overgebracht door gesproken taal • verbale instructies begrijpen; instructies in gesproken taal begrijpen	lossen • oplossingsstrategieën; het identificeren van mogelijke oplossingen voor een probleem • besluiten nemen; het oplossen van een onzekere situatie door een keuze te maken • besluiten uitvoeren; het opvolgen van beslissingen en deze effectueren • effect evalueren; het beoordelen van de resultaten en het effect van acties
<i>begrijpen van nonverbale boodschappen</i> het begrijpen van de letterlijke en impliciete betekenis van boodschappen die worden overgebracht door gebaren, symbolen en tekeningen • lichaamstaal; het begrijpen van de betekenis die wordt uitgedrukt via bewegingen en lichaamshoudingen • gelaatsuitdrukkingen; het begrijpen van de betekenis die wordt uitgedrukt via gelaatsuitdrukkingen, zoals fronsen en glimlachen • gebaren; het begrijpen van de betekenis van gebaren <i>kennis toepassen</i> uitingen en het gebruik van verschillende cognitieve functies • herkennen van gelijksoortigheid in een nieuwe situatie (generaliseren); het identificeren van gelijksoortige patronen in een voorgaande taak of situatie in een nieuwe taak of situatie • eerder verworven kennis toepassen; het identificeren van gelijksoortige patronen in een voorgaande taak of situatie in een nieuwe taak of situatie en deze kennis toepassen	
• Kernitems Gespreksgegevens <i>herkennen van lichaamssignalen</i> het zich bewust zijn en herkennen van lichaamssignalen en er op een adequate manier mee om gaan • omgaan met pijn • omgaan met vermoeidheid	

Activiteitendimensie
Domein van emotionele ontwikkeling

Kernitems

Observatiegegevens

zorgdragen voor de eigen gezondheid

het zich verzekeren van fysiek comfort, gezondheid en fysiek en psychisch welbevinden

- **omgaan met het eigen lichaam (verzorging, 'ongelukjes');** het verzorgen van delen van het lichaam, zoals huid, tanden, haren, nagels en het voorkomen van 'ongelukjes' rond het eigen lichaam

omgaan met winnen/verliezen; de reactie op winnen of verliezen tijdens sport of spel

omgaan met lukken/mislukken; de reactie op lukken of mislukken van een opdracht, bijvoorbeeld ontmoedigd raken als een bewegingsopdracht niet meteen lukt

maken van overgangen in bewegingssituaties; de mate van moeite met het afsluiten van de ene situatie en het opstarten van de andere situatie

- **kunnen loslaten/afsluiten van de huidige situatie;** het kunnen afronden en loslaten van een bekende situatie
- **omgaan met nieuwe situaties;** de mate van moeite met nieuwe situaties; bijvoorbeeld de tijd die het kind/de jeugdige nodig heeft om te wennen aan een nieuwe situatie
- **omgaan met nieuwe prikkels;** de mate van moeite met nieuwe prikkels; bijvoorbeeld de moeite die het kind/de jeugdige heeft met nieuwe prikkels binnen een bekende situatie

omgaan met gevaar

de manier van omgaan met een gevaarlijke situatie

- **gevaar herkennen;** het herkennen van (potentieel) gevaarlijke situaties
- **gevaar vermijden;** vermijdingsgedrag als reactie op gevaar
- **gevaar opzoeken;** als reactie op gevaar dit gevaar juist opzoeken

omgaan met emoties de manier van omgaan met emoties • laten zien van emoties; het laten zien van emoties tijdens bewegingssituaties • praten over emoties; het praten over emoties • emoties ontkennen; het ontkennen van bepaalde emoties • emoties overschreeuwen; het overschreeuwen van bijvoorbeeld angst door bravoureachtig gedrag	
Kernitems Gespreksgegevens <i>zorgdragen voor de eigen gezondheid:</i> zich verzekeren van fysiek comfort, gezondheid en fysiek en psychisch welbevinden • omgaan met het eigen lichaam (verzorging, 'ongelukjes'); het verzorgen van delen van het lichaam, zoals huid, tanden, haren, nagels en het voorkomen van 'ongelukjes' rond het eigen lichaam • tijd en ruimte nemen voor ontspanning; zowel fysiek als psychisch tijd en ruimte creëren om tot ontspanning te kunnen komen • bepaalde zaken even (kunnen) loslaten; het psychisch (tijdelijk) los kunnen laten van dingen die het kind/de jeugdige bezig houden	

Activiteitendimensie
Domein van sociale ontwikkeling

Kernitems

Observatiegegevens

sociale activiteiten in het kader van sport en spel
het positie bepalen in de ruimte en ten opzichte van groepsleden, het zoeken/vinden/houden van een maatje in de groep tijdens het spel, leiden en volgen, omgaan met rivaliteit, aanvallen/verdedigen enzovoorts

- **omgaan met sporten met elkaar:** het kunnen spelen met elkaar, gelet op bovenstaande punten
- **omgaan met sporten tegen elkaar:** het kunnen spelen tegen elkaar, gelet op bovenstaande punten

omgaan met grenzen van anderen

- **omgaan met afstand-nabijheid:** complexe en multi-pele acties die een persoon moet uitvoeren en gedrag dat hij/zij moet vertonen om de juiste sociale afstand te bewaren met degene met wie hij/zij in interactie is, op een in de context en de cultuur aanvaardbare wijze
- **omgaan met lichamelijk contact:** het op adequate wijze omgaan met lichamelijk contact in verschillende situaties, op een in de context en cultuur aanvaardbare wijze
- **omgaan met seksueel getint gedrag:** het omgaan met seksueel gedrag van anderen en van zichzelf (bijvoorbeeld zelfstimulatie)

contact leggen, onderhouden en beëindigen

het dynamisch en interactief uitwisselen van boodschappen tussen twee of meer personen, bijvoorbeeld het aangaan/afweren van contact

- **conversatie beginnen:** het maken van geschikte openingsopmerkingen naar een persoon met als doel interactieve en dynamische communicatie uitwisseling; initiatief nemen of afwachten
- **conversatie onderhouden:** het doorgaan met een conversatie met een persoon door passende antwoorden, reacties en wendingen
- **conversatie inhoud en richting geven:** het op de juiste wijze interrumperen en passende steun geven in een conversatie met een persoon
- **conversatie beëindigen:** het maken van passende opmerkingen om de conversatie te beëindigen
- **lichaamstaal gebruiken:** het gebruik maken van bewegingen en lichaamshoudingen om een boodschap over te brengen of te benadrukken

Aanvullende items

Observatiegegevens

respect tonen/warmte uiten: waar nodig en op de juiste wijze rekening houden met anderen, achting voor hen hebben en warmte tonen bij interacties, omgaan met andermans gevoelens

omgaan met vertrouwen: op anderen vertrouwen en op hen rekenen, niet achterdochtig zijn en dergelijke; evenzo andermans vertrouwen niet schaden

verdraagzaamheid tonen/snel ruzie zoeken: het tonen van verdraagzaamheid ten opzichte van anderen in sociale situaties, dan wel het snel ruzie zoeken met anderen

voor zichzelf opkomen in een groep/zich op de achtergrond houden: het op passende wijze ruimte innemen in een groep

• gelaatsuitdrukkingen gebruiken; het gebruik maken van gelaatsuitdrukkingen, zoals het optrekken van de wenkbrauwen, glimlachen en dergelijke, om de boodschap over te brengen of te benadrukken • gebaren gebruiken; expressieve bewegingen maken om een boodschap over te brengen of te benadrukken • oogcontact maken; de ander tijdens een conversatie in de ogen kijken of juist niet, passend bij de situatie en culturele normen; adequaat/afgewend/indringend • afstemmen op de ander; in houding, stem en gebaar rekening houden met de ander, zodat tot een adequaat contact gekomen kan worden <i>omgaan met hulp</i> het omgaan met hulpvragen van zichzelf en anderen • hulp vragen; het kunnen, durven en daadwerkelijk vragen van hulp aan anderen • hulp accepteren; het kunnen, durven en daadwerkelijk accepteren van hulp van anderen • hulp aanbieden; het kunnen, durven en daadwerkelijk aanbieden van hulp aan anderen • hulp geven; het kunnen, durven en daadwerkelijk geven van hulp aan anderen <i>omgaan met kritiek</i> feedback geven en ontvangen; omgaan met het oordeel van anderen en omgaan met impliciete en expliciete meningsverschillen en onenigheid • geven; de wijze van geven van feedback aan anderen • hanteren; de wijze van omgaan met feedback van anderen	
<i>omgaan met complimenten</i> het omgaan met geven en ontvangen van complimenten • geven; het op passende wijze geven van complimenten • hanteren; het op adequate wijze omgaan met complimenten van anderen	

Kernitems Gespreksgegevens <i>omgaan met grenzen van anderen</i> • omgaan met afstand-nabijheid; complexe en multiple acties die een persoon moet uitvoeren en gedrag dat hij/zij moet vertonen om de juiste sociale afstand te bewaren met degene met wie hij/zij in interactie is, op een in de context en de cultuur aanvaardbare wijze • omgaan met lichamelijk contact; het op adequate wijze omgaan met lichamelijk contact in verschillende situaties, op een in de context en cultuur aanvaardbare wijze • omgaan met seksueel getint gedrag; het omgaan met seksueel gedrag van anderen en van zichzelf (bijvoorbeeld zelfstimulatie)	

Participatiedimensie Domein van lichamelijke ontwikkeling	
Kernitems Observatiegegevens <i>participatie in de eigen verzorging</i> de mate waarin een persoon slaagt in het deelnemen aan de eigen verzorging • hygiëne; de mate waarin een persoon slaagt in het bereiken van een verwacht niveau van lichaamshygiëne; bijvoorbeeld of een persoon naar transpiratievocht ruikt, overmatig deodorant gebruikt en dergelijke • verzorgd uiterlijk; de deelname aan de verzorging van het uiterlijk naar wat gezien de leeftijd en problematiek verwacht mag worden; de mate waarin een persoon slaagt in het verkrijgen van een sociaal acceptabel uiterlijk	

Kernitems Gespreksgegevens <i>participatie in sport en spel</i> de deelname aan sport en spel in het kader van acceptatie door anderen en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van middelen die volledig deelnemen aan de activiteiten ondersteunen of verhogen • formeel/in clubverband; de deelname binnen formele sportverenigingen of clubs • informeel; de deelname aan informele sport en spelactiviteiten, bijvoorbeeld buiten spelen op straat <i>participatie in de eigen verzorging</i> de deelname aan formele en informele gezondheidszorg en gezondheidszorgvoorzieningen, zowel voor de bevordering van een goede gezondheid als om een slechte gezondheid en letsel tegen te gaan, in het kader van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen en middelen • gezonde levensstijl; deelname aan een gezonde levensstijl voor zover de middelen daartoe aanwezig zijn • gezondheidszorg; deelname aan gezondheidszorgvoorzieningen in het kader van beschikbaarheid en toegankelijkheid	

<i>Participatiedimensie</i> <i>Domein van sociale ontwikkeling</i>	
Kernitems Observatiegegevens <i>participatie in formele sociale relaties</i> de deelname aan de ontwikkeling en instandhouding van specifieke relaties in formele kaders in het kader van de acceptatie door dat kader en de toegankelijkheid tot relevante ondersteunende middelen en voorzieningen; let zowel op het kind/de jeugdige als op de acceptatie van de therapeut/zorgverlener • de psychomotorisch therapeut/onderzoeker; de mate waarin een persoon slaagt in het aangaan van en instandhouden van een therapeutische relatie	

opvallende kenmerken die de participatie kleuren: ☐ wil steeds nadrukkelijk dingen voor de therapeut doen ☐ vraagt telkens of hij/zij het wel goed doet ☐ probeert te provoceren ☐ doet zijn best vragen te beantwoorden ☐ zoekt afkeuring op ☐ heeft veel bevestiging/ondersteuning nodig ☐ is ongevoelig voor interventies ☐ anders:....	
Kernitems Gespreksgegevens <i>participatie in formele sociale relaties</i> de deelname aan de ontwikkeling en instandhouding van specifieke relaties in formele kaders in het kader van de acceptatie door dat kader en de toegankelijkheid tot relevante ondersteunende middelen en voorzieningen; let zowel op het kind/de jeugdige als op de acceptatie van de therapeut/zorgverlener • andere therapeuten/zorgverleners <i>participatie in informele sociale relaties</i> deelname aan de ontwikkeling en instandhouding van informele relaties in het kader van de acceptatie door anderen als potentiële partner in een informele relatie en de toegankelijkheid tot relevante ondersteunende middelen en voorzieningen • vrienden: de mate waarin een persoon er in slaagt vrienden te maken en te houden; dit wordt zowel bepaald door de persoon zelf met zijn stoornissen, beperkingen en handicaps, als door de acceptatie daarvan door (potentiële)vrienden • klasgenoten/leeftijdgenoten: de mate waarin een persoon er in slaagt relaties te onderhouden met klasgenoten/leeftijdgenoten; dit wordt zowel bepaald door de persoon zelf met zijn stoornissen, beperkingen en handicaps, als door de acceptatie daarvan door klasgenoten/leeftijdgenoten	

<i>contextuele (omgevings-) factoren</i>	
Kernitems Observatiegegevens <i>benodigde structuur van de omgeving</i> de mate van structuur van de omgeving, die nodig is om het kind/de jeugdige tot een zo optimaal mogelijke ontwikkeling te laten komen; let op materiaalkeuze, bewegingskeuze, doelgerichtheid van kiezen, veiligheid van de situatie, zich verliezen in vrijheid/ structuurloosheid, bewegingsuitvoering • veel structuur : het kind/de jeugdige heeft veel structuur nodig om tot optimale ontwikkeling te komen • vrije situatie; het kind/de jeugdige kan een vrije situatie benutten om aan te groeien (bijvoorbeeld in een vrije situatie dat materiaal te kiezen wat nodig is om verder aan te leren/trauma te verwerken enzovoorts)	Aanvullende items Gespreksgegevens <i>persoonlijke ondersteuning</i> mensen en dieren die ondersteuning, verzorging, bescherming, hulp en relaties met andere mensen bieden thuis, op het werk, op school, bij het spelen of bij andere dagelijkse activiteiten • familie • vrienden • leeftijdgenoten • hulpverleners • dieren <i>persoonlijke standpunten, waarden en overtuigingen</i> gewoonten, afspraken, ideologieën, waarden, normen, attitudes en religieuze en andere levensovertuigingen die het gedrag van het individu en het sociale leven op alle niveaus beïnvloeden • van het kind/de jeugdige • van de ouders <i>spanningsbronnen</i> personen, situaties en gebeurtenissen die spanning oproepen bij het kind/de jeugdige; indien bekend deze expliciet vermelden in de verslaglegging
Kernitems Gespreksgegevens <i>geneesmiddelen en drugs</i> elke stof die gebruikt wordt om natuurlijke processen die in het lichaam plaats vinden te wijzigen en die gebruikt wordt als medicijn of ander therapeutisch middel of die niet-therapeutisch gebruikt wordt, legaal of illegaal, om voldoening te krijgen of een verslaving te bevredigen • gebruik voor 'plezier': gebruik van drugs en aanverwante middelen voor het plezier • nodig voor ziektebeeld: gebruik van medicatie, nodig voor het ziektebeeld	

Bijlage 3 Basis Bewegingsaanbod

De bewegingsarrangementen die in het basisbewegingsaanbod worden genoemd zijn basisarrangementen. Dat wil zeggen dat deze kunnen worden aangepast aan de leeftijd en de doelgroep als dat nodig wordt geacht. Het basisbewegingsaanbod is verdeeld over drie sessies PMO. De scheiding is niet absoluut: indien tijdens de eerste sessie een arrangement niet aan bod komt, kan deze worden meegenomen naar de tweede sessie. Indien wordt ingeschat dat de veelheid aan arrangementen niet haalbaar is binnen de beschikbare tijd, of vanwege de leeftijd, problematiek of beschikbaar materiaal, zal van tevoren een keuze moeten worden gemaakt welke items van de checklist het meest essentieel zijn in het individuele geval. De daarbij behorende bewegingsarrangementen moeten in dat geval worden aangeboden (zie overzichtsschema, bijlage 4). Aanbevolen wordt bij initiële diagnostiek items uit de kernchecklist de voorrang te geven boven items uit de aanvullende checklist. Indien de diagnostiek in meer dan drie sessies zal plaatsvinden kan het totale bewegingsaanbod worden doorlopen. Aanbevolen wordt de volgorde zoals deze hiërarchisch is weergegeven zoveel als mogelijk aan te houden.

De eerste sessie PMO is individueel en begint met een algemene vragenlijst (de vragenlijst wordt aan het eind van deze bijlage weergegeven). Binnen de sessie wordt gewerkt van gestructureerde vormen naar vrijere situaties.

De tweede sessie PMO vindt individueel of in groepsverband plaats. Het aanbod betreft met name spelvormen *naast* en *met* elkaar. Opnieuw gaan de vormen van gestructureerd naar vrij.

De derde sessie PMO vindt bij voorkeur plaats in groepsverband. Het aanbod bevat onder andere spelvormen *tegen* elkaar. De vormen gaan van gestructureerd naar vrij.

Achter het bewegingsaanbod binnen elke sessie, wordt in een *cursief* lettertype aangegeven over welke items het bewegingsarrangement iets kan zeggen. Hierbij wordt niet gepretendeerd volledig te zijn. Elk bewegingsarrangement kan zoveel aspecten belichten dat het onmogelijk is deze allemaal te benoemen. Bovendien hangt het van de persoon en deskundigheid van de psychomotorisch therapeut/onderzoeker af welke het meest opvallend worden geacht. In het overzichtsschema (bijlage 4) worden vanwege de leesbaarheid per item maximaal vijf bewegingsarrangementen genoemd die iets kunnen zeggen over het betreffende item.

Eerste sessie PMO

A1. Een actieplek, een praatplek en een rustplek in de zaal

Zorg voor een plek in de PMT-ruimte waar het kind altijd naar toe kan gaan als het moe is en even wil uitrusten, als het overspoeld wordt door emoties of als het even te moeilijk wordt (rustplek), gebruik een vaste plek om te praten, bijvoorbeeld op een fysiobal (begin- en eind van elke sessie; vragenlijst) en een deel van de zaal (eventueel afzetten met banken) waar de actie plaatsvindt c.q. de activiteiten gedaan worden. Geef af en toe een hint dat het kind naar deze plekken toe kan gaan. Dit aanbod kan iets zeggen over de items: *tijd en ruimte nemen voor ontspanning, participatie in de therapeutische onderzoeksrelatie, bewegingsbeeld, contact leggen, onderhouden en beëindigen, hanteren van emoties, omgaan met emoties, omgaan met nieuwe situaties, omgaan met nieuwe prikkels, zaken los kunnen laten, hygiëne, verzorgd uiterlijk, omgaan met het eigen lichaam, algemeen bewustzijn.*

Aanvullend kan bij de jongere kinderen gelet worden op het *omkleden, schoenen aan- en uittrekken, sluitingen hanteren* en kan bij alle leeftijden gelet worden op *het kleden in overeenstemming met het weer en de sociale setting.*

B1. Algemene vragenlijst voor kinderen en jeugdigen

De algemene vragenlijst is gebaseerd op verschillende vragenlijsten die in het veld in omloop zijn. Deze lijsten zijn onderzocht op overeenkomsten en verschillen. Vervolgens zijn deze lijsten vergeleken met de items uit de checklist die geordend zijn onder 'gespreksgegevens'. Op basis daarvan zijn de vragen geselecteerd en geordend. De vragenlijst kan zowel bij kinderen als bij jeugdigen worden afgenomen, waarbij de exacte formulering aan de deskundigheid van de psychomotorisch therapeut/onderzoeker wordt overgelaten. De vragenlijst begint met vragen die betrekking hebben op items uit de kernchecklist en vervolgt met vragen die betrekking hebben op items uit de aanvullende checklist. Het wordt aanbevolen de vragenlijst in gespreksvorm af te nemen. Op deze manier kunnen ook andere items uit de checklist worden geobserveerd, zoals het *gebruiken van lichaamstaal en gelaatsuitdrukkingen, het gebruiken van gebaren, het maken van oogcontact, stemming, aandacht, emotiehantering, het beginnen, onderhouden, inhoud en richting geven en beëindigen van conversatie, algemeen bewustzijn, het omgaan met emoties, hygiëne, verzorgd uiterlijk en participatie in de therapeutische onderzoeksrelatie*. Indien dit niet mogelijk is doordat het te bedreigend is of door een gebrek aan tijd, kan de vragenlijst worden meegegeven om deze elders te laten invullen. De PMT-er zal dan van tevoren goed moeten inschatten hoe hij de vragen op papier moet formuleren! De vragenlijst is weergegeven aan het eind van deze bijlage.

Het gesprek met het kind wordt zo mogelijk gevoerd zittend op een groot formaat bal (fysiobal). Dit maakt het gesprek 'speelser' en meer vakeigen en geeft tevens informatie over het *bewegingsbeeld, ervaren van grenzen in de ruimte (vervloeit het kind met de bal, bijvoorbeeld: rolt het kind als de bal rolt of gaat het ongericht springen als de bal stuitert), balanceren en omgang met nieuwe situaties*. De bal vergroot (net als bijvoorbeeld de trampoline) bepaalde items uit. Als blijkt dat de bal erg veel onrust geeft (het kind valt vaak of kan zijn *aandacht* niet tussen het *balanceren* en de vragen *verdelen* (heeft veel moeite stil te zitten op de bal, zodat daar alle aandacht naartoe gaat), kan besloten worden het gesprek voort te zetten op een stabielere ondergrond.

Eventueel kan de vragenlijst in meerdere keren worden afgenomen (bijvoorbeeld als de aandachts-spanne van het kind kort is). Voor heel jonge kinderen zullen niet alle vragen van toepassing zijn en moet de psychomotorisch therapeut/onderzoeker een keus maken.

De vragenlijst kan naast eerder genoemde observatiegegevens iets zeggen over de items: *spierspanning, lichaamsbewustzijn, belevingsaspecten van bewegen, herkennen van lichaamssignalen, zorgdragen voor de eigen gezondheid, participatie in sport en spel, participatie in de eigen verzorging, participatie in formele sociale relaties, participatie in informele sociale relaties, geneesmiddelen en drugs, pijnbeleving, seksualiteit, factoren gerelateerd aan voeding, inzicht in de eigen problematiek, inzicht in de ander, inzicht in de interactie, zelfbeeld, bewegingservaring, persoonlijke ondersteuning, persoonlijke standpunten en spanningsbronnen*.

C1. Renproef

Het kind zit op de bank en de opdracht luidt: "Je gaat rondjes rennen en als jij het genoeg vindt ga je weer zitten". In een nagesprekje kan worden nagevraagd hoe het kind zich voelt, waarom het stopte, of het moe is en hoe het daarmee omgaat. Vervolgens wordt de opdracht herhaald en wordt het kind zodra het stopt gevraagd lichaamssensaties te benoemen (zoals bonken van het hart, hijgen, transpireren, warm, moe, tintelingen). De renproef kan iets zeggen over de items: *omgaan met vermoeidheid, hanteren van interne en externe prikkels, benodigde structuur (hoe concreet moet de opdracht zijn), lichaamsbesef, bewegingsbeeld, oriëntatie in de ruimte, belevingsaspecten van bewegen, hanteren van de eigen mate van activiteit, lopen en rennen in het platte vlak, taak begrijpen, fysiek uithoudingsvermogen*.

D1. Basketproef

Leg vijf hoepels in een rij voor de basket (basket hoogte zo mogelijk instellen naar grootte van het kind). Laat vanuit elke hoepel drie maal schieten. Laat het kind daarna zelf een hoepel kiezen van waaruit hij gaat schieten. Geef dan de opdracht tien maal te schieten en vooraf in te schatten hoeveel er raak zullen

zijn. Herhaal deze opdracht daarna nog twee maal, waarbij het kind de gelegenheid krijgt van hoepel te wisselen ("in welke hoepel moet je staan om er zoveel mogelijk raak te schieten denk je?"). De basketproef kan iets zeggen over de items: *zelfbeeld, maken van adequate bewegingskeuzen, frustratietolerantie, probleem signaleren, analyseren en oplossingsstrategieën bedenken, besluiten nemen, uitvoeren en effect evalueren (stelt kind zijn keuze bij?), omgaan met lukken/mislukken, oog-hand coördinatie, werpen/vangen, prestatiemotivatie, lateralisatie, bewegingsbeeld, faalangst, overmoed, oriëntatie in de ruimte, verbale instructies begrijpen, taak begrijpen, leervermogen, copingstijl.*

E1. Springvormen

Bied verschillende vormen van springen aan: hoogspringen over een touw, vèrspringen (bijvoorbeeld over een 'sloot' tussen 2 kleine matjes), zijwaarts springen (bijvoorbeeld over een blokje), diepspringen (vanaf een bank, trapezoïde, verhoogd vlak, vanuit wandrek: let op de veiligheid!!!) De springvormen kunnen iets zeggen over de items: *hoogspringen, diepspringen, zijwaarts springen, over iets springen, vèrspringen, prestatiemotivatie, omgaan met gevaar, bewegingsbeeld, beleavingsaspecten van bewegen, eenvoudige taak aankunnen, eventueel omgaan met pijn, proprioceptie, activiteit starten, volhouden en voltooien, herkennen van diepte.*

Bied aanvullend afhankelijk van de leeftijd ook vormen van *huppen, huppelen, hinkelen en galoppas zijwaarts aan.*

F1. Kegelen

Laat kegels van een bepaalde afstand omgooien of omschieten met meer of minder structuur [bijvoorbeeld de kegelbaan afzetten met twee banken op hun zijkant gelegd, zodat de bal niet kan weggrollen, beginnen met grote, zware ballen en toewerken naar kleinere, lichtere ballen (minder structuur)]. De therapeut/onderzoeker gooit de ballen terug. Kegelen kan iets zeggen over de items: *oog-hand coördinatie, oog-voet coördinatie, lateralisatie, omgaan met lukken/mislukken, omgaan met regels, bewegingsbeeld, werpen/vangen, ervaren van grenzen in de ruimte, leervermogen, eenvoudige taak aankunnen, activiteit starten, volhouden en voltooien, herkennen van richting, afstand en snelheid.*

G1. Loopvormen

De opdracht luidt: rondlopen door zaal in rechte lijnen, bogen, armen wijd, gewoon, snel, langzaam, dieren nadoen, ballon/vlinder, olifant, enzovoorts. Laat het kind ook op één been stilstaan en afhankelijk van de leeftijd aanvullend huppelen, huppen, hinkelen en galoppas zijwaarts uitvoeren. Eveneens kan aanvullend de opdracht worden gegeven *bewegingen over de middellijn links- rechts en boven- onder te maken.* Loopvormen kunnen iets zeggen over de items: *onderscheid fantasie/realiteit, bewegingsbeeld, lopen/gaan in platte vlak, rennen in het platte vlak, oriëntatie in de ruimte, exploratie, balanceren, hanteren van de eigen mate van activiteit.*

H1. Trampoline naar Kuin (1992, verkort)

Afhankelijk van de leeftijd en het beschikbare materiaal kunnen de opdrachten eventueel ook op een minitramp worden uitgevoerd. Opdracht 1: spring twee minuten in het midden van de trampoline. Opdracht 2: spring even zo hoog mogelijk. Opdracht 3: spring samen met de therapeut, los van elkaar. Opdracht 4: spring samen met de therapeut met handen vast. Veiligheidsaspect: leer van tevoren een 'noodstop' aan. De trampoline kan iets zeggen over de items: *omgaan met gevaar, omgaan met lichamelijk contact, coördinatie, hoogspringen, afstemmen op de ander, fysiek uithoudingsvermogen, impulsiviteit, omgaan met vermoeidheid, spierspanning, hanteren van impulsen, omgaan met hulp, omgaan met complimenten, omgaan met kritiek, stemming, bewegingsbeeld, faalangst, overmoed, hanteren van interne en externe prikkels, beleavingsaspecten van bewegen, frustratietolerantie, eventueel omgaan met pijn, leervermogen, proprioceptie, copingstijl, hanteren van de eigen mate van activiteit.*

I1. Spiegelbeeld beschrijven/Lichaamswinkel

Laat het kind beschrijven wat hij ziet als hij in de spiegel kijkt (grote spiegel in de zaal gebruiken). Vraag het kind ook zichzelf te beschrijven door de ogen van iemand anders en waar hij tevreden mee is en waarmee niet. Een alternatief is 'lichaamswinkel' spelen, waarbij kind een aantal lichaamsdelen mag inruilen voor 'betere/mooiere/....'. Spiegelbeeld/lichaamswinkel kan iets zeggen over de items: *lichaamsbeeld, lichaamswaardering, lichaamshouding, stemming, begrijpen van verbale instructies, visuele functies, omgaan met emoties.*

J1. Tekening belangrijke mensen

De opdracht is: teken jezelf en alle mensen die voor jou belangrijk zijn. Teken de mensen die het meest belangrijk voor je zijn dichtbij en de mensen die iets minder belangrijk zijn verder weg. Zet dan een kruisje bij alle mensen die jou goed helpen als je het moeilijk hebt. Pas de opdracht aan aan de leeftijd! De tekening kan iets zeggen over de items: *persoonlijke ondersteuning, onderscheid fantasie/realiteit, prestatiemotivatie, aandacht richten, vasthouden en delen, bewegingsbeeld (bijvoorbeeld stereoptiepe bewegingen, niet kunnen stoppen met cirkels draaien), oog-hand coördinatie, lateralisatie, stemming, verbale instructies begrijpen, complexe taak aankunnen, creatieve taak aankunnen, omgaan met emoties, activiteiten met fijne handcontrole.*

K1. Vrije keuze

Laat het kind zelf een keuze maken wat hij wil doen. De vrije keuze kan iets zeggen over de items: *maken van adequate bewegingskeuze, benodigde structuur van de omgeving, ordenen en structureren van spel, omgaan met hulp, omgaan met complimenten, bewegingsbeeld, exploratie, stemming, plannen en organiseren van spel, optillen/neerzetten, gelijksoortigheid herkennen en eerder verworven kennis toepassen, zelfstandig handelen, lopen/gaan op plat en hellend vlak, trap op/af.*

Tweede sessie PMO

A2. Een actieplek, een praatplek en een rustplek in de zaal

Zorg voor een plek in de zaal waar het kind altijd naar toe kan gaan als het moe is en even wil uitrusten, als het overspoeld wordt door emoties of als het even te moeilijk wordt (rustplek), gebruik een vaste plek om te praten (begin- en eind van elke sessie, vragenlijst) en een deel van de zaal (eventueel afzetten met banken) waar de actie plaatsvindt/de activiteiten gedaan worden. Dit aanbod kan iets zeggen over de items: *tijd en ruimte nemen voor ontspanning, participatie in de therapeutische onderzoeksrelatie, bewegingsbeeld, contact leggen, onderhouden en beëindigen, hanteren van emoties, omgaan met emoties, zaken los kunnen laten, hygiëne, verzorgd uiterlijk, omgaan met het eigen lichaam, algemeen bewustzijn, verbaal en non-verbaal geheugen.*

Aanvullend kan bij kleine kinderen gelet worden op het *omkleden, schoenen aan- en uittrekken, sluitingen hanteren*. En kan bij alle leeftijden gelet worden op *het kleden in overeenstemming met het weer en de sociale setting*.

B2. Spelvorm met elkaar in tweetallen, bijvoorbeeld

- om en om tennissen (squash) tegen de muur en proberen zo vaak mogelijk te slaan zonder dat de bal stil valt;
- badminton en zo vaak mogelijk overslaan zonder dat de shuttle de grond raakt.

Spelvorm in tweetallen kan iets zeggen over de items: *omgaan met complimenten, omgaan met hulp, omgaan met kritiek, omgaan met lukken/mislukken, omgaan met sporten met elkaar, oog-hand coördinatie, lateralisatie, bewegingsbeeld, aandacht verdelen, belevingsaspecten van bewegen, activiteit starten, volhouden en voltooien, herkennen van snelheid, richting en afstand.*

C2. Spelvorm met elkaar in groepsverband, bijvoorbeeld

- met behulp van één blokje meer dan er personen zijn naar de overkant van de zaal zonder de grond te raken;
- met behulp van groepsski's/groepspedalo/touw om de enkels/teamlintje om de enkels naar de overkant zonder om te vallen.

Spelvorm in groepsverband kan iets zeggen over de items: *frustratietolerantie, omgaan met kritiek, omgaan met complimenten, voor zichzelf opkomen in de groep of zich op de achtergrond houden, omgaan met lukken/mislukken, omgaan met sporten met elkaar, oog-hand coördinatie, oog-voet coördinatie, lateralisatie, bewegingsbeeld, belevingsaspecten van bewegen, stemming, aandacht verdelen, activiteit starten, volhouden en voltooien, creatieve taak aankunnen, probleem oplossen, omgaan met verantwoordelijkheden.*

D2. Leiden/volgen met ogen dicht

Eén leidt en één volgt. Degene die volgt heeft zijn ogen dicht. De ander leidt hem door de zaal (al dan niet over hindernissen):

- met behulp van een stok;
- met behulp van een touwtje;
- met behulp van woorden;
- met handen vast.

Leiden/volgen kan iets zeggen over de items: *omgaan met vertrouwen, omgaan met verantwoordelijkheid, omgaan met lichamelijk contact, afstemmen op de ander, benodigde structuur, bewegingsbeeld, ademhalingspatroon, exploratie, kijken, luisteren, coördinatie op basis van gehoor, auditieve functies, intersensorische intergratie, omgaan met afleiding.*

E2. Klimrek/klimmuur

Opdrachten rond klimmen, afhankelijk van de leeftijd op een laag of hoog wandrek/ladder en op speeltributen of een klimwand; let op de veiligheid!!!! Deze opdrachten kunnen iets zeggen over de items: *klimmen en klauteren, omgaan met gevaar, lichaamsbewustzijn, omgaan met vermoeidheid, omgaan met vertrouwen, impulsiviteit, bewegingsbeeld, spierspanning, faalangst, overmoed, belevingsaspecten van bewegen, aandacht delen, balanceren op een verhoogd vlak.*

F2. Samen op een wipwap

Deze situatie kan iets zeggen over de items: *afstemming op de ander, bewegingsbeeld, balanceren, impulsiviteit.*

G2. Tast/voelen

Laat kind verschillende voorwerpen voelen met ogen dicht en deze beschrijven, teken iets op de rug van het kind en laat het raden wat het is, rol een bal over arm of rug en laat raden welke het is.

Tast/voelen kan iets zeggen over de items: *hanteren van interne en externe prikkels, aandacht richten, vasthouden en veranderen, ervaren van lichaamsgrenzen, intersensorische intergratie, omgaan met afleiding.*

H2. Parcours

Laat het kind een parcours maken met een begin- en eindpunt. Zet van tevoren het volgende materiaal klaar: matjes, hoepels, pionnen, banken, bal, minitramp, kast/trapezoïde, touwen, rekstok, balanceerton. Vraag zodra het parcours klaar is wat het kind denkt dat makkelijk moeilijk is voor hem/haar om te doen. Het parcours kan iets zeggen over de items: *maken van adequate bewegingskeuzes, oriëntatie in de ruimte, omgaan met gevaar, omgaan met hulp, vermogen spel te ordenen en structureren, prestatie-motivatie, zelfstandig handelen, taak begrijpen, starten, volhouden en beëindigen, complexe taak aankunnen, taak*

die creativiteit vereist aankunnen, bewegingsbeeld, faalangst, overmoed, frustratietolerantie, exploratie, stemming, optillen/neerzetten, vormen van springen, klimmen en klauteren, balanceren, lopen/rennen op plat of hellend vlak, trap op/af, zelfbeeld.

I2. Lichaamstekening en/of -schema

Laat het kind op een groot wit vel papier een tekening maken van hoe hij denkt dat hij er zelf uit ziet, voor wat betreft grootte en breedte. Vraag bij oudere kinderen en adolescenten met welke lichaamsdelen ze wel en niet tevreden zijn. Laat bijvoorbeeld de 'goede' lichaamsdelen groen kleuren en de 'foute' lichaamsdelen rood. De lichaamstekening kan iets zeggen over de items: *lichaamswaardering, lichaamsattitude, lichaamsschema, oog-hand coördinatie, lateralisatie, activiteiten met fijne handcontrole, zelfbeeld.* Help jonge kinderen eventueel met de tekening. Wijs vervolgens verschillende lichaamsdelen op de tekening aan en vraag het kind dit lichaamsdeel bij zichzelf aan te wijzen en te benoemen. De tekening kan iets zeggen over de items: *lichaamsschema, oog-hand coördinatie, lateralisatie, aandacht richten, vasthouden en delen, zelfbeeld.*

J2. Uitbeelden van emoties

Geef de opdracht om enkele basisemoties uit te beelden: angst, boosheid, blijdschap, verdriet, (eventueel aanvullen met andere emoties). Een van de groep beeldt uit, de rest raadt wat uitgebeeld wordt. Deze opdracht kan iets zeggen over de items: *omgaan met emoties, gebruiken van lichaamstaal, gelaatsuitdrukkingen, gebaren, onderscheid fantasie/realiteit, bewegingsbeeld, aandacht richten, vasthouden, delen, en veranderen, kijken, luisteren, lichaamstaal, gelaatsuitdrukkingen en gebaren begrijpen, hanteren van emoties.*

K2. Vrije keuze

Laat het kind zelf een keuze maken wat hij wil doen. De vrije keuze kan iets zeggen over de items: *maken van adequate bewegingskeuze, benodigde structuur van de omgeving, ordenen en structureren van spel, omgaan met hulp, omgaan met complimenten, bewegingsbeeld, exploratie, stemming, plannen en organiseren van spel, optillen/neerzetten, gelijksoortigheid herkennen en eerder verworven kennis toepassen, zelfstandig handelen, lopen/gaan op plat en hellend vlak, trap op/af, verbaal en nonverbaal geheugen, loslaten/afsluiten van een bekende situatie.*

Derde sessie PMO

A3. Een actieplek, een praatplek en een rustplek in de zaal

Zorg voor een plek in de zaal waar het kind altijd naar toe kan gaan als het moe is en even uit wil rusten, als het overspoeld wordt door emoties of als het even te moeilijk wordt (rustplek), gebruik een vaste plek om te praten (begin- en eind van elke sessie, vragenlijst) en een deel van de zaal (eventueel afzetten met banken) waar de actie plaatsvindt/de activiteiten gedaan worden. Dit aanbod kan iets zeggen over de items: *tijd en ruimte nemen voor ontspanning, participatie in de therapeutische onderzoeksrelatie, bewegingsbeeld, contact leggen, onderhouden en beëindigen, hanteren van emoties, omgaan met emoties, zaken los kunnen laten, hygiëne, verzorgd uiterlijk, omgaan met het eigen lichaam, algemeen bewustzijn, verbaal en non-verbaal geheugen.*

Aanvullend kan bij kleine kinderen gelet worden op het *omkleden, schoenen aan- en uittrekken, sluitingen hanteren.* En kan bij alle leeftijden gelet worden op *het kleden in overeenstemming met het weer en de sociale setting.*

B3. Spelvorm tegen elkaar in tweetal, bijvoorbeeld

- squash met als doel te winnen;
- badminton met als doel te winnen.

Deze opdracht kan iets zeggen over de items: *omgang met winnen/verliezen, hanteren van emoties, frustratietolerantie, omgaan met sporten tegen elkaar, oog-hand coördinatie, lateralisatie, bewegingsbeeld, faalangst, overmoed, belevingsaspecten van bewegen, schoppen/slaan, copingstijl, omgaan met druk/stress, verdraagzaamheid.*

C3. Spelvorm tegen elkaar in groepsverband, bijvoorbeeld

- volleybal;
- basketbal;
- voetbal.

Laat de groep zelf de regels voor het spel maken. Deze opdracht kan iets zeggen over de items: *oog-hand coördinatie, oog-voet coördinatie, lateralisatie, bewegingsbeeld, faalangst, overmoed, belevingsaspecten van bewegen, werpen/vangen, schoppen/slaan, voor zichzelf opkomen in een groep/zich op de achtergrond houden, omgaan met sporten tegen elkaar, ordenen en structureren van spel, plannen en organiseren van spel, omgaan met regels, hanteren van fysieke agressie, hanteren van verbale agressie, inzicht in de interactie, copingstijl, omgaan met druk/stress, verdraagzaamheid, hanteren van emoties, omgaan met winnen/verliezen.*

D3. Afstand-nabijheid-oefening

Plaats het kind aan ene kant van de ruimte, onderzoeker/ander kind aan andere kant van de ruimte. Opdracht 1: kind mag zo dichtbij de onderzoeker komen als voor hem/haar prettig is.

Opdracht 2: kind mag onderzoeker door middel van handgebaren zo dichtbij laten komen als voor hem prettig is.

Geef expliciet aan dat het voor iedereen anders is hoe dichtbij je bij een ander wilt zijn en dat je ook bij de ene persoon dichterbij wilt komen dan bij de andere persoon. De opdracht gaat erom dat ze een afstand kiezen waarbij ze zich prettig voelen.

De afstand-nabijheid-oefening kan iets zeggen over de items: *omgaan met afstand-nabijheid, afstemmen op de ander, ervaren van lichaamsgrenzen, bewegingsbeeld, ademhalingspatroon, spierspanning, maken van oogcontact, lichaamstaal, gelaatsuitdrukkingen en gebaren begrijpen en gebruiken.*

E3. Parachute

Samenwerkingsvormen met behulp van een parachute (of een groot rond laken): laat een bal rond gaan langs de rand (groepsvorm), bal opwerpen in de lucht en weer opvangen. Deze opdracht kan iets zeggen over de items: *oog-hand coördinatie, bewegingsbeeld, impulsiviteit, frustratietolerantie, kijken, luisteren, afstemmen op de ander.*

F3. Luisteren

De opdracht luidt: Ga met je rug naar de groep staan. Hoeveel kinderen gaan er achter je staan (één voor één er naartoe lopen) of hoeveel blokjes leg ik achter je neer? Deze opdracht kan iets zeggen over de items: *luisteren, richten, vasthouden, veranderen en verdelen van aandacht, hanteren van interne en externe prikkels, prestatiemotivatie, bewegingsbeeld, omgaan met afleiding.*

G3. In tweetallen met ruggen tegen elkaar naar beneden en omhoog

De opdracht luidt: Probeer helemaal tot de grond te gaan en weer terug en elkaar daarbij in evenwicht te houden. Deze opdracht kan iets zeggen over de items: *omgaan met vertrouwen, omgaan met lichamelijk*

contact, ervaren van lichamelijke grenzen, impulsiviteit, bewegingsbeeld, frustratietolerantie, omgaan met lukken/mislukken, balanceren, sport/spel met elkaar, omgaan met afstand-nabijheid.

H3. Contactspel/stoeispiel

Aanbod met lichamelijk contact, bijvoorbeeld: doe een judoïas aan, pak elkaar bij de schouders vast (het pak) en probeer de ander met de schouders op de grond te krijgen. Ander voorbeeld: stokduwen: duw de ander achter het matje. Contactspel kan iets zeggen over de items: *omgaan met afstand-nabijheid, ervaren van lichaamsgrenzen, omgaan met winnen/verliezen, kracht, lenigheid, snelheid, fysiek uithoudingsvermogen, bewegingsbeeld, faalangst, overmoed, impulsiviteit, duwen/trekken, reiken/terug trekken, hanteren van fysieke agressie, hanteren van verbale agressie, hanteren van impulsen, omgaan met sport/spel tegen elkaar, omgaan met vermoeidheid.*

I3. Ontspanningsoefening

Doe een ontspanningsoefening passend bij de leeftijd. Dit kan iets zeggen over de items: *omgaan met vertrouwen, spierspanning, ademhalingspatroon, zaken even los kunnen laten.*

J3. Eigen huis bouwen met gymzaalmateriaal

De opdracht is: met gymzaalmateriaal een eigen huis te bouwen. Dit kan zowel individueel als in een groep. In dit laatste geval kun je bij elkaar op bezoek gaan, kan het kind iets vertellen over zijn huis en kunnen anderen aangeven wat zij mooi vinden aan het huis. Een eigen huis bouwen kan iets zeggen over de items: *exploratie, onderscheid fantasie/realiteit, bewegingsbeeld, oriëntatie in de ruimte, conversatie beginnen, onderhouden, inhoud en richting geven en beëindigen.*

K3. (Grote) schommel of hangmat

De opdracht luidt: Laat je duwen door de therapeut/onderzoeker of een groepsgenoot. Kan informatie geven over de items: *omgaan met vertrouwen, ademhalingspatroon, spierspanning, ervaren van lichaamsgrenzen en grenzen in de ruimte, duwen/trekken, schommelen, zaken even kunnen loslaten.*

L3. Slaan tegen boksbal/in kussen/hard bal tegen muur schoppen/...

De opdracht is: sla zo hard en zo vaak je wilt tegen de boksbal/in het kussen/.... Als ik zeg " één, twee, drie, stop" moet je stoppen. Opdracht kan iets zeggen over de items: *hanteren van impulsen, hanteren van fysieke agressie, hanteren van verbale agressie, kunnen loslaten/afsluiten van de situatie, bewegingsbeeld, ademhalingspatroon, oog-hand coördinatie, oog-voet coördinatie, lateralisatie, schoppen/slaan.*

M3. Vrije keuze

Laat het kind zelf een keuze maken wat hij wil doen. De vrije keuze kan iets zeggen over de items: *maken van adequate bewegingskeuze, benodigde structuur van de omgeving, ordenen en structureren van spel, omgaan met hulp, omgaan met complimenten, bewegingsbeeld, exploratie, stemming, plannen en organiseren van spel, optillen/neerzetten, gelijksoortigheid herkennen en eerder verworven kennis toepassen, zelfstandig handelen, lopen/gaan op plat en hellend vlak, trap op/af. verbaal en non-verbaal geheugen, loslaten/afsluiten van een bekende situatie.*

Algemene Vragenlijst Kinderen en jeugdigen

Achter de vragen staat in een *cursief* lettertype over welke items uit de checklist ze iets zeggen.

Instructie als de diagnosticus de lijst afneemt:

Ik ga je zo een aantal vragen stellen. Probeer op iedere vraag een antwoord te geven. Het is belangrijk te vertellen wat jij er van vindt. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Instructie als het kind de lijst zelf invult:

Dit is een lijst met een aantal vragen. Lees ze goed en probeer op iedere vraag een antwoord te geven. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is belangrijk op te schrijven wat jij er van vindt.

Kernvragen:

* Heb je gymnastieklessen/lessen lichamelijke opvoeding/bewegingsonderwijs op school (gehad)? Hoe vind (vond)je dat? *Bewegingservaring, beleven van bewegen als plezierig/angstig/anders...*

* Doe je aan sport in een club of vereniging? *Participatie in formeel verband.*

* Hoe vind je het om met andere kinderen te gymmen of buiten te spelen/met andere jeugdigen te sporten? Doe je dat vaak? *Beleven van bewegen, participatie vrienden/leeftijdgenoten, participatie in sport/spel in-formeel.*

* Word (werd) je (vroeger) op school vaak als eerste of vaker als laatste gekozen als er partijen met de gym worden gemaakt? Hoe komt dat/waaraan ligt dat denk je? *Zelfbeeld, lichaamsattitude, lichaamsidee.*

* Doe je liever dingen alleen of met anderen? Lukt het je mee te doen met anderen als je dat wilt? *Participatie vrienden, leeftijdgenoten.*

* Heb je wel eens last van je lichaam/lichamelijke klachten? Zo ja, waar heb je dan last van? *Lichaamsattitude, -besef, -idee.*

* Ben je tevreden met je lichaam en uiterlijk? Zo niet, wat zou je anders willen? *Lichaamsidee, -waardering.*

* Doe je jezelf wel eens met opzet pijn? *Omgang met pijn, omgang met eigen lichaam.*

* Voel je het als je jezelf per ongeluk pijn doet/heb je wel eens blauwe plekken terwijl je niet weet hoe je er aan komt? *Bewustzijn van pijn, reactie op pijn, omgang eigen lichaam.*

* Wat doe je als je moe bent? *Omgaan met vermoeidheid.*

* Kun je de volgende lichaamsdelen aanwijzen/benoemen: hoofd; handen; armen; voeten; benen; knieën; buik; rug; enkels; pols; elleboog; mond; oor; oog; neus; billen; hals/keel; duim; wang; vingers; tenen; *Lichaamsschema/-plan actief en passief.*

* Doe je vaak dingen die je leuk vindt, waar je vrolijk van wordt? *Tijd en ruimte nemen voor ontspanning, dingen even kunnen loslaten.*

* Heb je vaak het gevoel dat je lichaam helemaal stijf/verkrampd is? Heb je last van spanning in je lijf? *Spierspanning.*

* Eet je gezond en ga je op tijd naar bed? *Gezonde levensstijl.*

* Ga je naar de dokter als je ziek bent/hulp nodig hebt? *Participatie in de gezondheidszorg.*

* Hoe vind je het om in therapie te zijn/een therapeut te hebben? Heb je eerder PMT gehad? *Participatie therapeut.*

* Heb je veel vriendjes/heb je vaak ruzie? *Participatie vriendjes.*

* Gebruik je medicijnen/drugs? *Geneesmiddelen en drugs voor plezier.*

* Zijn er nog dingen die je belangrijk vindt om te vertellen/te laten weten?

Aanvullende vragen:

* Vind je dat je goed kan gymmen/vind je jezelf goed in sport? *Zelfbeeld.*

* Is er wel eens iets naars gebeurd met jou? Ben je bijvoorbeeld erg ziek geweest of heb je een ongeluk gehad of was er iets in je familie? Zo ja, wat? Heeft iemand je toen goed geholpen? Wie? *Spanningsbronnen, persoonlijke ondersteuning, inzicht in eigen problematiek.*

* Wat doe je als je:

-boos bent.....

-verdrietig bent.....

-zenuwachtig bent.....

-blij bent.....

-bang bent.....

Word je snel boos/verdrietig/zenuwachtig/blij/bang?

Vind je het makkelijk of moeilijk om je gevoel te laten zien?

Inzicht in eigen problematiek, zelfbeeld.

* Doe je vaak dingen heel snel en veel dingen tegelijk? Zo ja, vind je dat vervelend? *Inzicht eigen problematiek.*

* Ben je volgens jezelf of anderen te zwaar/te licht? *Overgewicht, ondergewicht.*

* Wat eet je normaal op een dag? Heb je wel eens (vr)eeetbuien? *Eetpatroon.*

* Heb je vaak honger? *Eetlust.*

* Snap je meestal waarom dingen goed of fout gaan als je met een ander speelt? *Inzicht in de ander en in de interactie.*

- * Als je problemen hebt/je niet lekker voelt, naar wie ga je dan toe? Aan wie heb je het meeste steun: familie, vrienden, leeftijdgenoten, hulpverleners, dieren (per categorie bevragen) *Persoonlijke ondersteuning.*
- * Waarvan word je gespannen/waarbij voel jij je niet fijn als het gebeurt? *Spanningsbronnen.*
- * Kun je met je eigen woorden vertellen welke problemen je hebt, waardoor je hier bent? *Inzicht eigen problematiek.*
- * Wat vind jij belangrijk in het leven? Wat vinden je ouders belangrijk in het leven? *Standpunten, waarden en normen.*
- * Heb je vaak zin om te zoenen/zin in seks? *Libido.*
- * Voel je je thuis in je lichaam? Of zou je liever een jongen/meisje willen zijn? *Genderidentiteit.*

Bijlage 4 Overzichtsschema

Structuur en functiedimensie, domein van lichamelijke ontwikkeling

<i>Kernitems - observatiegegevens</i>	<i>Basisbewegingsaanbod</i>	<i>Progressieve diagnostiek</i>	<i>Behandelingsdoelen</i>
<i>Coördinatie</i>		HMKTk (5-10)/fysiotherapeut	Cluster 4
Oog-hand coördinatie	D1, F1, J1, B2, C2	Vallaey (4-10)	
Oog-voet coördinatie	F1, C2, C3, L3		
<i>Lateralisatie</i>		Vallaey (4-10)/fysiotherapeut	Cluster 4
Lateralisatie arm	D1, F1, J1, B2, C2		
Lateralisatie been	F1, C2, C3, L3		
Bewegingsbeeld		Fysiotherapeut/psychiater/ Kuin (adolescenten)/ Autisme bewegingsgedrag checklist	Cluster 1, 2, 3, 4, 5, 6
Bewegingsbeeld houterig	A1, B1, C1, H1, K1		
Bewegingsbeeld vluchtig	A1, B1, C1, H1, K1		
Bewegingsbeeld fladderig	A1, B1, C1, H1, K1		
Bewegingsbeeld vloeiend	A1, B1, C1, H1, K1		
Bewegingsbeeld stereotiep	A1, B1, C1, H1, K1		
<i>Ademhalingspatroon</i>		Fysiotherapeut/psychiater	Cluster 1, 2, 5, 6
Frequentie ademhaling	D2, D3, H3, K3, L3		
Diepte ademhaling	D2, D3, H3, K3, L3		
Ritme ademhaling	D2, D3, H3, K3, L3		
Buik/borstademhaling	D2, D3, H3, K3, L3		
Spierspanning	B1, H1, E2, D3, I3	Fysiotherapeut	Cluster 2
<i>Begrenzing</i>		Spanningsbehoefte (16+)/ psychiater	Cluster 1, 3
Ervaren Lichaamsgrenzen	G2, D3, H3, K3		
Ervaren Grenzen in de ruimte	B1, F1, K3		
<i>Kernitems- gespreksgegevens</i>			
Spierspanning	B1, H1, E2, D3, I3	Fysiotherapeut	Cluster 2
<i>Aanvullende items- observatiegegevens</i>			
Coördinatie gehoor	D2	Arts/fysiotherapeut	Cluster 4
<i>Motorische kwaliteiten</i>		Fysiotherapeut	Cluster 4
Kracht	H3	PSPP (13-18)	
Lenigheid	H3		
Snelheid	H3		
Fysiek uithoudingsvermogen	C1, H1, H3	PSPP (13-18)	
<i>Bewegingsbeeld</i>		Psychiater	Cluster 1, 2, 3, 4, 5, 6
Bewegingsbeeld geremd	A1, B1, C1, H1, K1		
Bewegingsbeeld onttremd	A1, B1, C1, H1, K1		
Bewegingsbeeld bizar	A1, B1, C1, H1, K1		
Bewegingsbeeld serieus	A1, B1, C1, H1, K1		

Bewegingsbeeld gespannen	A1, B1, C1, H1, K1		
Bewegingsbeeld nerveus	A1, B1, C1, H1, K1		
Tics & maniërismen	A1, B1, C1, H1, K1		
Dwang & -handelingen	A1, B1, C1, H1, K1		
Preoccupaties	A1, B1, C1, H1, K1		
Rituelen	A1, B1, C1, H1, K1		
<i>Pijnbeleving</i>		Arts	Cluster 1, 4
Bewustzijn van pijn	E1, H1		
Reacties op pijnsensaties	E1, H1		
<i>Sensorische functies</i>		Fysiotherapeut/arts	Cluster 4
Visueel	I1		
Auditief	D2		
Tactiel	G2		
Proprioceptie	E1, H1		
Intersensorische integratie	D2, G2		
Wijze informatieverwerking	I1, D2, G2, E1, H1		
<i>Factoren gerelateerd aan voeding</i>		Arts	Cluster 1, 5
Overgewicht	A1, B1		
Ondergewicht	A1, B1		
<i>Aanvullende items-gespreksgegevens</i>			
<i>Pijnbeleving</i>		Arts	Cluster 1, 4
Bewustzijn van pijn	B1		
Reactie op pijnsensaties	B1		
<i>Seksualiteit</i>		Touch Survey (2+)/ SBS (18+)/psychiater	Cluster 1, 6, 7
Libido	B1		
Genderidentiteit	B1		
<i>Factoren gerelateerd aan voeding</i>		Arts	Cluster 1, 5
Overgewicht	B1		
Ondergewicht	B1		
Eetpatroon	B1	NVE (18+)	
Eetlust	B1		

Structuur en functiedimensie, domein van cognitieve ontwikkeling

Kernitems-observatiegegevens	Basisbewegingsaanbod	Progressieve diagnostiek	Behandelingsdoelen
Oriëntatie in ruimte	C1, D1, G1, H2, J3	Fysiotherapeut/psychiater	Cluster 4
<i>Lichaamsbewustzijn</i>		PSDQ (6-12, 12-18)	Cluster 1, 3
Lichaamsschema	B1, I2		
Lichaamsattitude	B1, I1, I2	LAS (18+)	
<i>Waargenomen motorische competentie</i>		Platentest (4-12)/ CBSK (6-12)/ PSPP (13-18)	Cluster 5, 6

Faalangst	D1, H1, E2, H2, B3	PMT-k (10-16)	
Overmoed	D1, H1, E2, H2, B3	PMT-k (10-16)	
Perceptie fantasie/realiteit	G1, J1, J2, J3	Psychiater	Cluster 1, 3
Prikkelhantering		Spanningsbehoefte (16+)/ psychiater	Cluster 4, 5
Hanteren interne prikkels	C1, H1, G2, F3		
Hanteren Externe prikkels	C1, H1, G2, F3		
Aandacht		Psycholoog	Cluster 5
Aandacht richten	B1, J1, G2, I2, J2		
Aandacht vasthouden	B1, J1, G2, I2, J2		
Aandacht veranderen	B1, G2, J2, F3		
Aandacht verdelen	B1, C2, F3		
Aandacht delen	B1, J1, E2, I2, J2		
Kernitems- gespreksgegevens			
Lichaamsbewustzijn		PSDQ (6-12, 12-18)/ Autisme bewegingsgedrag checklist	Cluster 1, 3
Lichaamsschema	B1, I2		
Lichaamsattitude	B1, I1, I2	LAS (18+)	
Lichaamsbeeld	B1, I1, C1		
Lichaamsidee	B1, I1, I2	PSPP (13-18), LAS (18+)	
Aanvullende items- observatiegegevens			
Oriëntatie in tijd		Fysiotherapeut/arts	Cluster 4
Algemeen bewustzijn	A1, B1	Psycholoog/psychiater	Cluster 5
Leervermogen	E1, F1, H1	Psycholoog	Cluster 2, 5, 6
Copingstijl	D1, H1, B3, C3	Psycholoog	
Prestatie-motivatie	D1, E1, J1, H2,	PMT-k (10-16)	
Geheugen		Psycholoog/psychiater	
Verbaal geheugen	A2, A3, K2, M3		
Nonverbaal geheugen	A2, A3, K2, M3		
Herkennen van relaties in ruimte en tijd		Fysiotherapeut/arts	Cluster 4
Herkennen van diepte	E1		
Herkennen van afstand	F1, B2		
Herkennen van richting	F1, B2		
Herkennen van snelheid	F1, B2		
Constantheid van grootte			
Constantheid van vorm			
Relaties in tijd			
Aanvullende items- gespreksgegevens			
Inzicht in eigen problematiek	B1	Psycholoog/psychiater	Cluster 1, 7

Inzicht in ander	B1		
Inzicht interactie	B1, C3		
Zelfbeeld	B1, H2, I2	CBSK (6-12) PSPP (13-18)	

Structuur en functiedimensie, domein van emotionele ontwikkeling

<i>Kernitems-observatiegegevens</i>	<i>Basisbewegingsaanbod</i>	<i>Progressieve diagnostiek</i>	<i>Behandelingsdoelen</i>
<i>Belevingsaspecten van bewegen</i>		BAT (9-11)/psycholoog	Cluster 2
Beleven van bewegen als angstig	B1, C1, E1, H1, B2		
Beleven van bewegen als plezierig	B1, C1, E1, H1, B2		
<i>Temperament</i>		Spanningsbehoefte (16+)/psychiater	Cluster 5, 6
Exploratie	G1, K1, D2, H2, J2		
Impulsiviteit	H1, E2, E3, G3, H3		
Frustratietolerantie	D1, H1, C2, H2, B3		
<i>Stemming</i>		Psychiater	Cluster 1, 2, 5, 6
Hevigheid van stemming	B1, H1, I1, K1, C2		
Scala aan stemming	B1, H1, I1, K1, C2		
Stabiliteit van stemming	B1, H1, I1, K1, C2		
Congruentie van stemming	B1, H1, I1, K1, C2		
Regulering van stemming	B1, H1, I1, K1, C2		
Vrolijke indruk	B1, H1, I1, K1, C2		
Sombere indruk	B1, H1, I1, K1, C2		
Boze/agressieve indruk	B1, H1, I1, K1, C2		
Angstig/onzekere indruk	B1, H1, I1, K1, C2		
<i>Kernitems-gespreksgegevens</i>			
<i>Belevingsaspecten van bewegen</i>		BAT (9-11)/psycholoog	Cluster 2
Beleven als angstig	B1, C1, E1, H1, B2		
Beleven als plezierig	B1, C1, E1, H1, B2		

Activiteitendimensie, domein van lichamelijke ontwikkeling

<i>Kernitems-observatiegegevens</i>	<i>Basisbewegingsaanbod</i>	<i>Progressieve diagnostiek</i>	<i>Behandelingsdoelen</i>
Lopen/gaan plat vlak	C1, G1, K1, H2	Movement ABC (4-12)/fysiotherapeut	Cluster 4
Rennen plat vlak	C1, G1, K1, H2	Movement ABC (4-12)/fysiotherapeut	Cluster 4
<i>Springen</i>		Movement ABC (4-12)/fysiotherapeut	Cluster 4
Hoogspringen	E1, H2		
Diepspringen	E1, H2		
Zijwaarts springen	E1, H2		
Over iets springen	E1, H2		

Verspringen	E1, H2		
<i>Klimmen en klauteren</i>		Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Klimmen ladder/rek	E2, H2		
Klimmen op speelattributen/wand	E2, H2		
<i>Balanceren/evenwicht houden</i>		HMKTk (5-10)/ Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Balanceren op grond	B1, G1, H2, G3		
Balanceren verhoogd vlak	B1, E2, F2, H2		
Werpen/vangen	D1, F1, C3	Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Optillen/neerzetten	K1, H2	Fysiotherapeut	
Duwen/trekken	H3	Fysiotherapeut	
Schoppen/slaan	B3, J2, E3	Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	
Reiken/terugtrekken	H3	Fysiotherapeut	
<i>Gadeslaan/kijken</i>	D2, J2, E3	Arts	Cluster 5
Luisteren	D2, E3, F3		
<i>Hanteren van eigen gedrag</i>		Spanningsbehoefte (16+)/ psychiater	Cluster 5
Hanteren eigen mate activiteit	C1, G1, H1		
Hanteren impulsen	H1, H3		
Hanteren verbale agressie	C3, H3		
Hanteren fysieke agressie	C3, H3		
Hanteren emoties	B1, J2, B3, C3		
<i>Aanvullende items - observatiegegevens</i>			
Lopen hellend vlak	K1, H2	Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Rennen hellend vlak	K1, H2	Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Traplopen op/af	K1, H2	Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
<i>Springen</i>		Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Huppen	E1, G1		
Huppelen	E1, G1		
Hinkelen	E1, G1		
Galoppas zijwaarts	E1, G1		
<i>Balanceren/evenwicht houden</i>		HMKTk (5-10)/ Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Balanceren stabiele ondergrond	G1, H2, G3		

Balanceren instabiele ondergrond	B1, F2, H2		
Buitelen en duikelen	K1, H2	Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Zwaaien	K1, H2		
Schommelen	K1, H2, K3		
<i>Activiteiten fijne handcontrole</i>		Vallaey (4-10)/ Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut	Cluster 4
Manipuleren vinger/duim	J1, I2		
Object 1 hand	J1, I2		
Object vasthouden	J1, I2		
Object loslaten	J1, I2		
<i>Bewegen over de middellijn van het lichaam, links-rechts</i>		Fysiotherapeut	Cluster 4
Middellijn links-rechts arm	G1		
Middellijn links-rechts been	G1		
<i>Bewegen over de middellijn van het lichaam, boven-onder</i>		Fysiotherapeut	Cluster 4
Middellijn boven-onder arm	G1		
Middellijn boven-onder been	G1		
Middellijn boven-onder hoofd	G1		
<i>Activiteiten rond aankleden</i>		Movement ABC (4-12)/ fysiotherapeut/ systeemtherapeut	Cluster 4
Aan- uitkleden	A1, A2, A3		
Schoenen aan/uit	A1, A2, A3		
Sluitingen hanteren	A1, A2, A3		
Kleden weer	A1, A2, A3		
Kleden sociale setting	A1, A2, A3		
<i>Aanvullende items-gespreksgegevens</i>			
Bewegingservaring	B1	Systeemtherapeut	Cluster 4

Activiteitendimensie, domein van cognitieve ontwikkeling

Kernitems-observatiegegevens	Basisbewegingsaanbod	Progressieve diagnostiek	Behandelingsdoelen
<i>Cognitieve activiteiten in het kader van sport en spel</i>		Psycholoog	Cluster 3, 5
Ordenen en structureren spel	K1, H2, C3		
Plannen en organiseren	K1, C3		
Omgaan met regels	F1, C3		
Adequate bewegingskeuzes	D1, K1, H2		
<i>Herkennen van lichaamssignalen</i>		Psychiater	Cluster 1

Omgaan met pijn	E1, H1		
Omgaan vermoeidheid	C1, H1, E2, H3		
<i>(Bewegings)taak leren</i>		Psycholoog	Cluster 5
Bewegingstaak begrijpen	C1, D1, H2		
Activiteit starten	E1, F1, B2, C2		
Activiteit volhouden	E1, F1, B2, C2		
Activiteit voltooien	E1, F1, B2, C2		
<i>Een (bewegings)taak aankunnen</i>		Psycholoog	Cluster 5
Eenvoudige taak aankunnen	E1, F1		
Complexe taak	J1, H2		
Creatieve taak	J1, C2, H2		
<i>Begrijpen van gesproken taal</i>		Psycholoog	Cluster 5
Verbale instructie begrijpen	D1, I1, J1		
<i>Begrijpen van nonverbale boodschappen</i>		Psycholoog	Cluster 3
Lichaamstaal begrijpen	J2, D3		
Gelaatsuitdrukkingen begrijpen	J2, D3		
Gebaren begrijpen	J2, D3		
<i>Kennis toepassen</i>		WeeFIM (0,5 - 12)/ psycholoog	Cluster 3, 5
Gelijksoortigheid herkennen	K1, K2, M3		
Verworven kennis toepassen	K1, K2, M3		
<i>Kernitems-gespreksgegevens</i>			
<i>Herkennen van lichaamssignalen</i>		Psychiater	Cluster 1
Omgaan met pijn	B1, E1, H1		
Omgaan met vermoeidheid	B1, C1, H1, E2		
<i>Aanvullende items-observatiegegevens</i>			
<i>Algemene psychologische eisen</i>		GAS (18+)/psycholoog	Cluster 5, 6
Omgaan met afleiding	D2, G2, F3		
Verantwoordelijkheden	C2, D2		
Druk/stress	B3, C3		
Crisis			
Zelfstandig handelen	K1, H2		
<i>Begrijpen van gesproken taal</i>		Psycholoog	Cluster 7
Behoeften begrijpen			
Impliciete betekenis			
Emotionele uitingen in context begrijpen			
<i>Probleem oplossen</i>		Psycholoog	Cluster 3, 5
Signaleren probleem	C2, H2		
Analyseren	C2, H2		

Oplossingsstrategieën	C2, H2		
Besluiten nemen	D1, C2		
Besluiten uitvoeren	D1, C2		
Effect evalueren	D1, C2		

Activiteitendimensie, domein van emotionele ontwikkeling

Kernitems-observatiegegevens	Basisbewegingsaanbod	Progressieve diagnostiek	Behandelingsdoelen
<i>Zorgdragen voor de eigen gezondheid</i>		Spanningsbehoefte (16+)/psycholoog/systeemtherapeut	Cluster 1
Omgaan met eigen lichaam	A1, B1		
Winnen/verliezen	B3, C3, H3	Psycholoog	Cluster 5
Lukken/mislukken	D1, F1, B2, C2, G3		
<i>Maken van overgangen in bewegingssituaties</i>		Psychiater	Cluster 6
Loslaten/afsluiten	K2, L3, M3		
Nieuwe situaties	A1, B1	Kuin (18+)	
Nieuwe prikkels	A1, B1		
<i>Omgaan met gevaar</i>		Spanningsbehoefte (16+)/psycholoog	Cluster 5
Gevaar herkennen	E1, H1, E2, H2		
Gevaar vermijden	E1, H1, E2, H2		
Gevaar opzoeken	E1, H1, E2, H2		
<i>Omgaan met emoties</i>		Touch Survey (2+)/Kuin (18+)/psycholoog	Cluster 6
Laten zien van emoties	A1, B1, I1, J1, J2		
Praten over emoties	A1, B1, I1, J1, J2		
Emoties ontkennen	A1, B1, I1, J1, J2		
Emoties overschreeuwen	A1, B1, I1, J1, J2		
Kernitems-gespreksgegevens			
<i>Zorgdragen voor de eigen gezondheid</i>		Systeemtherapeut	Cluster 1, 2
Omgaan met eigen lichaam	A1, B1		
Tijd en ruimte voor ontspanning	A1, B1		
Zaken loslaten	A1, B1, I3, K3		

Activiteitendimensie, domein van sociale ontwikkeling

Kernitems-observatiegegevens	Basisbewegingsaanbod	Progressieve diagnostiek	Behandelingsdoelen
<i>Sociale activiteiten in het kader van sport en spel</i>		Systeemtherapeut	Cluster 7
Sporten met elkaar	B2, C2, G3		
Sporten tegen elkaar	B3, C3, H3		
<i>Omgaan met grenzen van anderen</i>		Touch Survey (2+)/Kuin (18+)/systeemtherapeut	Cluster 1, 3, 7

Afstand-nabijheid	D3, G3, H3		
Lichamelijk contact	H1, D2, G3, H3		
Seksueel getint gedrag	B1		
<i>Contact leggen, onderhouden en beëindigen</i>		WeeFIM (0,5 -12)/ Kuin (18+)/systeemtherapeut	Cluster 7
Conversatie beginnen	A1, B1, J3		
Conversatie onderhouden	A1, B1, J3		
Inhoud en richting geven	A1, B1, J3		
Beëindigen	A1, B1, J3		
Lichaamstaal gebruiken	A1, B1, J2, D3		
Gelaatsuitdrukkingen gebruiken	A1, B1, J2, D3		
Gebaren gebruiken	A1, B1, J2, D3		
Oogcontact maken	A1, B1, D3		
Afstemmen op ander	A1, B1, E3, H1, D2		
<i>Omgaan met hulp</i>		Psycholoog/systeemtherapeut	Cluster 6, 7
Hulp vragen	H1, K1, B2, H2		
Hulp accepteren	H1, K1, B2, H2		
Hulp aanbieden	H1, K1, B2, H2		
Hulp geven	H1, K1, B2, H2		
<i>Omgaan met kritiek</i>		Psycholoog/systeemtherapeut	Cluster 6, 7
Geven van kritiek	H1, B2, C2		
Hanteren van kritiek	H1, B2, C2		
<i>Omgaan met complimenten</i>		Psycholoog/systeemtherapeut	Cluster 6, 7
Geven van complimenten	H1, K1, B2, C2		
Hanteren van complimenten	H1, K1, B2, C2		
<i>Kernitems- gespreksgegevens</i>			
<i>Omgaan met grenzen van anderen</i>		Touch Survey (2+)/ Kuin (18+)/systeemtherapeut	Cluster 1, 3, 7
Omgaan afstand-nabijheid	B1, D3, H3		
Omgaan lichamelijk contact	B1, H1, D2, G3, H3		
Omgaan seksueel getint gedrag	B1		
<i>Aanvullende items - observatiegegevens</i>			
Respect tonen		Psycholoog/systeemtherapeut	Cluster 7
Omgaan met vertrouwen	G3, I3, K3		
Verdraagzaamheid	B3, C3		
Voor zichzelf opkomen	C2, C3		

Participatiedimensie, domein van lichamelijke ontwikkeling

Kernitems- observatiegegevens	Basisbewegingsaanbod	Progressieve diagnostiek	Behandelingsdoelen
<i>Participatie in de eigen verzorging</i>		WeeFIM (0,5 - 12)/ GAS (18+)/systeemtherapeut	Cluster 1, 6
Hygiëne	A1, B1, A2, A3		

Verzorgd uiterlijk	A1, B1, A2, A3		
<i>Kernitems- gespreksgegevens</i>			
<i>Participatie in sport en spel</i>		Systeemtherapeut	Cluster 4, 5, 6, 7
Participatie sportclub	B1		
Sport informeel	B1		
<i>Participatie in de eigen verzorging</i>		Systeemtherapeut	Cluster 1, 6
Gezonde levensstijl	B1		
Gezondheidszorg	B1		

Participatiedimensie, domein van sociale ontwikkeling

<i>Kernitems- observatiegegevens</i>	<i>Basisbewegingsaanbod</i>	<i>Progressieve diagnostiek</i>	<i>Behandelingsdoelen</i>
<i>Participatie in formele sociale relaties</i>		Systeemtherapeut	Cluster 6, 7
Pmt-er/onderzoeker	A1, B1		
Nadrukkelijk dingen willen doen	A1, B1		
"Doe ik het wel goed?"	A1, B1		
Provoceren	A1, B1		
Vragen beantwoorden	A1, B1		
Afkeuring opzoeken	A1, B1		
Bevestiging nodig	A1, B1		
Ongevoelig voor interventies	A1, B1		
<i>Kernitems- gespreksgegevens</i>			
<i>Participatie in formele sociale relaties</i>		Systeemtherapeut	Cluster 6, 7
Andere therapeuten/zorgverleners	B1		
<i>Participatie in informele sociale relaties</i>		Systeemtherapeut	Cluster 6, 7
Vrienden	B1		
Klasgenoten	B1		

Contextuele factoren

<i>Kernitems- observatiegegevens</i>	<i>Basisbewegingsaanbod</i>	<i>Progressieve diagnostiek</i>	<i>Behandelingsdoelen</i>
<i>Benodigde structuur van de omgeving</i>		Psychiater	Cluster 3, 5, 6
Veel structuur nodig	C1, F1, K1, D2		
Vrije situatie benutten	C1, F1, K1, D2		
<i>Kernitems- gespreksgegevens</i>			

<i>Geneesmiddelen en drugs</i>		Psychiater/ systeemtherapeut	Cluster 1
Drugs voor plezier	B1		
Geneesmiddelen voor ziektebeeld	B1		
<i>Aanvullende items- gespreksgegevens</i>			
<i>Persoonlijke ondersteuning</i>	B1, J1	Systeemtherapeut	Cluster 7
Familie			
Vrienden	B1, J1		
Leeftijdgenoten	B1, J1		
Hulpverleners	B1, J1		
Dieren	B1, J1		
<i>Persoonlijke standpunten, waarden en overtuigingen</i>		Systeemtherapeut	Cluster 6, 7
Kind/jeugdige	B1		
Ouders	B1		
<i>Spanningsbronnen</i>	B1	Systeemtherapeut	Cluster 1, 3, 5, 6, 7

Bijlage 5 Psychomotorische diagnostische instrumenten voor progressieve diagnostiek

In deze bijlage worden de vooralsnog - best - mogelijke - instrumenten voor progressieve diagnostiek besproken. Voor een verantwoording van de keuze van de instrumenten wordt verwezen naar hoofdstuk negen van het onderzoek waarop het PMDC gebaseerd is.

Een belangrijk criterium bij de uiteindelijke selectie van de in dit hoofdstuk besproken instrumenten is dat het voor de PMT-er bruikbaar en hanteerbaar moet zijn. Daarmee vallen bijvoorbeeld instrumenten als 'Het kwalitatieve onderzoek' van Touwen (Touwen, 1979) en 'Luria Nebraska' (Golden, Hammeke en Purisch, 1980 Herbots (1997) af vanwege de vereiste kennis van de neurologie, evenals de Laban-bewegingsanalyse (Lausberg, Wietersheim en Feiereis, 1996), vanwege de noodzakelijke affiniteit met en training in dansante werkvormen, die niet tot het repertoire van de willekeurige PMT-er behoort. Indien verschillende instrumenten betrekking hebben dezelfde items en ze op papier vergelijkbare kwaliteiten hebben, is gekozen voor *de meer recente instrumenten*. Dit is bijvoorbeeld het geval bij instrumenten die betrekking hebben op basismotorische vaardigheden. Er zijn vele instrumenten die deze vaardigheden meten, waarvan er vele (ver)ouder(d) zijn en er ook alweer veel nieuwe varianten zijn. Instrumenten met een onderzochte en *goed bevonden betrouwbaarheid en validiteit* gaan boven niet-onderzochte of als onvoldoende bevonden instrumenten. Een *Nederlandstalig instrument* met dezelfde psychometrische kwaliteiten gaat boven een buitenlandstalig instrument. Instrumenten met groot *materiaal, dat niet voor iedere PMT-er beschikbaar is* (zoals een videorecorder met projectiescherm, grote trampoline) worden alleen genoemd als voor het betreffende item geen andere (betere) instrumenten beschikbaar zijn. Onder het hoofdje 'voordelen' is vermeld waarom het betreffende instrument is verkozen boven soortgelijke instrumenten, zodat de psychomotorisch diagnostisch therapeut terug kan vinden waarom het instrument dat hij tot dan toe altijd gebruikt heeft wellicht niet is opgenomen.

Bij de instrumenten wordt genoemd op welke items uit de checklist ze betrekking hebben. Deze koppeling kan ook worden teruggevonden in bijlage 4, waar bij elk item een instrument voor progressieve diagnostiek wordt genoemd, dan wel een aanbeveling wordt gedaan voor doorverwijzing naar een specialist. De instrumenten zijn onderverdeeld naar dimensie, waarbij sommige instrumenten binnen twee dimensies vallen en dan ook zodanig zijn gecategoriseerd. Bij de kopjes 'betrouwbaarheid' en 'validiteit' worden waar mogelijk gegevens volgens de COTAN vermeld of volgens de handleiding. Indien deze niet bekend zijn berusten de gegevens op secundaire literatuur (zie ook het overzichtsschema bij hoofdstuk zeven van het onderzoek waar het PMDC op gebaseerd is). Het kopje 'relevante literatuur' geeft zowel primaire als secundaire literatuur aan. De waarde die mag worden gehecht aan de verschillende instrumenten is met name af te leiden uit de kopjes 'betrouwbaarheid', 'validiteit', 'voor- en nadelen'. *Bij het gebruik van onderstaande instrumenten dienen te allen tijde de waarschuwingen met betrekking tot het gebruik van psychomotorische diagnostische instrumenten, zoals vermeld in hoofdstuk zeven van dit onderzoek, in acht te worden genomen. Om pragmatische redenen zijn alle hieronder vermelde gegevens afkomstig uit literatuuronderzoek. Instrumenten zijn dan ook niet via de onderzoeker te achterhalen. Per instrument wordt - waar mogelijk - vermeld hoe het te verkrijgen is.*

Diagnostische instrumenten binnen de structuur/functie dimensie

- *naam instrument*

- De Lichaams Attitude Schaal (LAS)**

- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*

- lichaamsattitude, lichaamswaardering, zelfbeeld

- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*

- vragenlijst

- *uitgangspunten bij testconstructie*

- waardering van het eigen uiterlijk

- *theoretische achtergrond en operationalisatie*

- Er wordt uitgegaan van de idee dat er een relatie bestaat tussen lichaamstevredenheid en zelftevredenheid en tussen algemene competentie en lichaamswaardering. De vragenlijst is bedoeld om na te gaan of de waardering voor het eigen uiterlijk gehanteerd wordt als verklaring voor succes of falen en als zodanig de beleving van onmacht of competentie in stand houdt. Volgens Bosscher en Baardman (1989) zouden psychische stoornissen op te vatten zijn als uiting van een diep gewortelde beleving van onmacht. De psychische klacht zou dan de verschijningsvorm of overdekking zijn van deze beleving van incompetentie.

- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*

- structuur/functie

- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*

- discriminatief

- *doelgroep*

- volwassen psychiatrische patiënten

- *leeftijd*

- 18 jaar en ouder

- *betrouwbaarheid*

- goed (Cronbach's $\alpha = .81 - .95$, test-hertest = $.84 - .94$ voor vrouwen, $.77 - .93$ voor mannen)

- *validiteit*

- Voor vrouwen goed

- *normeringgegevens*

- Nederlands

- *duur van de test*

- 15-30 minuten

- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*

- 49 uitspraken betreffende lichaamswaardering waarbij de respondenten met behulp van een vijf-puntsschaal moeten bepalen wat hun reactie is.

- *voordelen van het instrument*

- De vraagmethode benadert dicht de definitie van lichaamsattitude 'de houding ten opzichte van het eigen lichaam, zichtbaar in het gedrag'. Het instrument heeft daarmee de voorkeur boven bijvoorbeeld de Lichaamsattitudevragenlijst van Van Coppenolle en medewerkers (Probst e.a., 1995) die wel de attitude onderzoekt, maar niet de koppeling maakt met gedrag.

- *nadelen van het instrument*

- Er zijn alleen gegevens bekend van onderzoek bij een selecte groep volwassen psychiatrische patiënten. Het is de vraag of de vragenlijst ook bij adolescenten kan worden gebruikt en wat de waarde is van de resultaten bij gebruik bij mannen. Het kan zijn dat de LAS moet worden aangepast aan de leeftijd. Onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit zal dan opnieuw moeten plaatsvinden.

- *oorspronkelijke auteur(s)*

Baardman (1989)

- *verkrijgbaarheid van het instrument*
in eigen beheer
- *relevante literatuur*
Baardman (1989); Bosscher en Baardman (1989); Probst en collega's (1995); Simons (1997b)
- *naam instrument*
Platentest voor waargenomen motorische competentie
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
waargenomen motorische competentie
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
vragenlijst
- *uitgangspunten bij testconstructie*
de vragenlijst wil de waargenomen basismotorische competentie meten
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
Het verschil met eerder ontworpen platentests is dat deze test rekening houdt met de hiërarchische structuur van fysieke mogelijkheden. Er is een versie voor jongens en een versie voor meisjes over 15 grofmotorische vaardigheden.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
kinderen
- *leeftijd*
4 - 12 jaar
- *betrouwbaarheid*
goed
- *validiteit*
matig
- *normeringgegevens*
vlaamse kinderen
- *duur van de test*
15 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
Voor elk item zijn 2 plaatjes getekend, waarvan de één een kind laat zien dat vaardig is in een grofmotorische activiteit en de andere een kind laat zien dat niet zo vaardig is in diezelfde activiteit. Het kind wordt gevraagd welke jongen of meisje het meest op hem of haar lijkt en of dit helemaal zo is of een beetje.
- *voordelen van het instrument*
Een vrij recent instrument in de Nederlandse taal, dat werkt met visuele ondersteuning (plaatjes) en niet alleen met uitspraken. Het heeft daarmee de voorkeur boven bijvoorbeeld de Perceived Physical Ability Scale (Ryckman e.a., 1982) en de waargenomen motorische competentieschaal van Rudisill en collega's (1993). Omdat het instrument specifiek gericht is op de waargenomen motorische competentie heeft het tevens de voorkeur boven de platentest van Van Rossum en Vermeer (1992).
- *nadelen van het instrument*

Sociale wenselijkheid en eigen wensen van het kind kunnen een rol spelen. Bij kleine kinderen wordt er geen overeenkomst gevonden met de objectieve motorische mogelijkheden.

- *oorspronkelijke auteur(s)*
Simons en collega's (1994b)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*
in eigen beheer
- *relevante literatuur*
Bortoli en Robazza (1997); Rudisill, Mahar en Meaney (1993) ; Ryckman en collega's (1982); Simons en collega's (1994); Simons en Verhaegen (1997); Verhagen en Vermeer (1997); Van Rossum en Vermeer (1992); Swennenhuis en Veerman (1995); Veenhof en Vermeer (1997); Smits en collega's (2000)
- *naam instrument*
Motorische Competentie Zelf-beoordelingsschaal Supplement bij de Competentiebelevingsschaal voor kinderen (CBSK)
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
waargenomen motorische competentie en zelfbeeld
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
schaal
- *uitgangspunten bij testconstructie*
zelfwaardering/zelfbeoordeling
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
Het betreft een aanvulling op de CBSK, waarin wel sportieve vaardigheden aan bod komen, maar welke tekortschiet indien inzicht wordt verlangd in de bredere, meer algemene bewegingscontext dan 'de' sport. Het betreft derhalve niet alleen sportieve activiteiten, maar ook (fundamentele) motorische vaardigheden en vaardigheden die in spelletjes buiten op straat of bij de gym worden gebruikt.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
kinderen, in het bijzonder. kinderen met motorische achterstand/problemen in de motoriek
- *leeftijd*
8-12 jaar
- *betrouwbaarheid*
Cronbachs $\alpha = .77$, test-hertest = .83
- *validiteit*
Begripsvaliditeit is goed, predictieve validiteit geeft geen eenduidig beeld motorische competentie zelf-beoordeling en daadwerkelijk motorisch functioneren blijken relatief onafhankelijk van elkaar te zijn.
- *normeringgegevens*
Nederlands, basisschoolleerlingen
- *duur van de test*
10-15 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
17 vragen, score op een vier-puntsschaal. 12 van de 17 vragen tellen mee voor de score
- *voordelen van het instrument*
Het betreft een speciale bijlage met betrekking tot motoriek. De test kan zowel individueel als in een groep worden afgenomen.

- *nadelen van het instrument*

In onderzoek komen er weinig verschillen naar voren tussen een klinisch psychiatrische populatie en een normale basisschool populatie. Het is de vraag in hoeverre kinderen in staat zijn tot het beoordelen van de eigen competentie en in hoeverre de testresultaten beïnvloed worden door de wensen of behoeften van een kind. Er is een normale intelligentie en leesnivo van groep 5 of hoger nodig. Er is geen sprake van visuele ondersteuning.

- *oorspronkelijke auteur(s)*

Van Rossum en Vermeer (2000) (oorspronkelijke auteur van competentiebelevingsschalen Harter (1982), Harter en Pike (1980, 1981, 1983, 1984)

- *verkrijgbaarheid van het instrument*

Swets en Zeitlinger

- *relevante literatuur*

Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak (1992); Van Rossum en Vermeer (1992); Van Rossum (1992a,b); Veerman (1989a,b, 1992); Harter (1982); Harter en Pike (1980, 1981, 1983, 1984); Van Rossum en Vermeer (2000); Veerman en collega's (1997)

- *naam instrument*

Physical Self Perception Profile (PSPP)

- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*

waargenomen motorische competentie, lichaamswaardering, fysieke kracht, fysiek uithoudingsvermogen, zelfbeeld

- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*

vragenlijst

- *uitgangspunten bij testconstructie*

zelfwaardering over het eigen fysieke domein en globale zelfwaardering

- *theoretische achtergrond en operationalisatie*

De test bestaat uit 2 delen de Physical Self Perception Profile (PSPP) en de Perceived Physical Importance Profile (PPIP). De PSPP zorgt voor een multidimensionele voorstelling van het oordeel dat een individu vormt over de verschillende elementen uit het fysiek domein. De PPIP meet de belangrijkheid van elk van de verschillende elementen van het fysiek domein voor het individu.

- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*

structuur/functie

- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*

discriminatief

- *doelgroep*

adolescenten

- *leeftijd*

13-18 jaar

- *betrouwbaarheid*

voldoende tot goed (Cronbachs α = .81-.92, test-hertest = .74-.89)

- *validiteit*

niet eenduidig

- *normeringgegevens*

Engels/Amerikaans, Vlaamse vertaling, voor vier leeftijdsgroepen worden normen gegeven.

- *duur van de test*

onbekend

- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*

De PSPP bestaat uit 30 items over 5 domeinen (sport competentie, lichaamsaantrekkelijkheid, fysieke kracht, fysieke conditie en fysieke zelfwaarde), de PPIP bestaat uit 8 items over 4 domeinen (sportbelangrijkheid, lichaamsbelangrijkheid, krachtbelangrijkheid, en conditiebelangrijkheid).

- *voordelen van het instrument*

Specifiek gericht op adolescenten, aparte normen voor jongens en meisjes, specifiek gericht op het fysieke domein. Daarmee heeft dit instrument de voorkeur boven bijvoorbeeld de Self Perception Profile for Adolescents van Harter (1988), welke niet specifiek op het fysieke domein gericht is en boven de Algemene Competentie Schaal van Bosscher en Baardman (1989, een vertaling van de 'self-efficacy scale' van Sherer en collega's (1982) en de Lichamelijke Vaardigheden Schaal van Bosscher (1987), welke beide gericht zijn op volwassenen.

- *nadelen van het instrument*

Engelstalig, Vlaamse vertaling beschikbaar (Simons). In de handleiding wordt aangedrongen rekening te houden met het geslacht, maar er worden geen specifieke normen gegeven.

- *oorspronkelijke auteur(s)*

Fox (1990)

- *verkrijgbaarheid van het instrument*

in eigen beheer bij Fox (Engelstalig) of Simons (Vlaamstalig)

- *relevante literatuur*

Bosscher en collega's (1987); Bosscher en Baardman (1989); Bosscher, Smit en Kempen (1997); Fox (1990); Harter (1988); Sherer en collega's (1982); Simons (1997b); Simons (1999)

- *naam instrument*

Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ)

- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*

lichaamsbewustzijn

- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*

vragenlijst

- *uitgangspunten bij testconstructie*

fysiek zelfbeeld

- *theoretische achtergrond en operationalisatie*

Het lichamelijk zelfbeeld wordt geoperationaliseerd in elf schalen kracht, lichaamsvet, activiteit, uithoudingsvermogen, sportcompetentie, coördinatie, gezondheid, uiterlijk, lenigheid, algemeen lichaamsbeeld en zelfwaardering.

- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*

structuur/functie

- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*

discriminatief

- *doelgroep*

kinderen, adolescenten en volwassenen (er bestaan 3 versies van de PSDQ)

- *leeftijd*

6-12, 12-18, 18jaar en ouder

- *betrouwbaarheid*

goed, versie I (vertaald) test-hertest .86 - .99, versie II .83-.91

- *validiteit*

goed

- *normeringgegevens*

Australië en Duitsland, voor 8-12 jarigen ook Vlaamse normering beschikbaar (SDQ I)

- *duur van de test*
10-15 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
11 schalen
- *voordelen van het instrument*
Er bestaat een Vlaamse vertaling van de PSDQ I. Er is een aparte versie voor kinderen van 6-12 en jeugdigen van 12-18 jaar. Goede resultaten voor wat betreft betrouwbaarheid en validiteit. Daarmee heeft het instrument de voorkeur boven bijvoorbeeld de Body Awareness Questionnaire van Shields, Mallory en Simon (1989), die ouder is, Engelstalig en alleen voor de oudere adolescent en volwassene, de Self Rating Body Image Test van Tadaï en collega's (1994), die Engelstalig is en waarvan de betrouwbaarheid en validiteitgegevens onbekend zijn, en de Body-Self Relations Questionnaire van Cash (1990), die volgens Brown, Cash en Mikulka (1990) betrouwbaar en valide is, maar Engelstalig, ouder dan de PSDQ en niet geschikt voor kinderen. Ook heeft de PSDQ in eerste instantie de voorkeur boven de Videovormingsmethode van Probst, Vendereycken en Van Coppennolle (1995), aangezien deze alleen geschikt is voor patiënten met eetstoornissen vanaf 15 jaar en er veel apparatuur noodzakelijk is die de willekeurige PMT'er niet voorhanden zal hebben.
- *nadelen van het instrument*
Het is niet bekend of de resultaten van de SDQ II en III kunnen worden gegeneraliseerd naar andere landen. Voor de SDQ I zijn de resultaten positief voor Vlaamse kinderen.
- *oorspronkelijke auteur(s)*
Marsh (1990)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*
in eigen beheer bij Marsh (Engelse versie) of Simons (Vlaamse versie)
- *relevante literatuur*
Brown, Cash en Mikulka (1990); Cash (1990); Marsh en collega's (1994); Probst, Vendereycken en Van Coppennolle (1995); Probst, Van Coppennolle en Vandereycken, 1997a,b); Shields, Mallory en Simon (1989); Tadaï en collega's (1994); Simons en Fisette (2001)
- *naam instrument*
Bilder Angst Test (BAT)
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
belevingsaspecten van bewegen
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
vragenlijst
- *uitgangspunten bij testconstructie*
zelfinschatting van angst voor bewegings- en sportsituaties
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
Het meten van angst voor bewegingssituaties zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan psychomotorische diagnostiek. De test bestaat uit veertien foto's van bewegingssituaties in een sporthal en zwembad. Er wordt van uitgegaan dat angst samenhangt met vaardigheidsniveau en voorervaring. Het blijkt dat angstige kinderen minder aan sport hebben gedaan, minder sport- en spelmateriaal bezitten, minder vaak lid zijn van een sportvereniging, geen bewegings- en sportactiviteiten kiezen en slechtere resultaten halen op motorische tests.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief

- *doelgroep*
kinderen
- *leeftijd*
9-11 jaar
- *betrouwbaarheid*
voldoende (test-hertest .73 - .88 voor mannen, .84 - .89 voor vrouwen)
- *validiteit*
goed
- *normeringgegevens*
Duits, maar ook voor Vlaamse kinderen bleek de test betrouwbaar
- *duur van de test*
10-15 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
Twee subschalen één voor sporthalsituaties en één voor zwembadsituaties. Bij de foto's hoort een antwoordformulier met gestandaardiseerde antwoordmogelijkheden. Formulieren worden individueel en in stilte ingevuld, na een foto als voorbeeld te hebben gebruikt. Vragen worden kort, maar precies beantwoord en genoteerd. Er is geen tijdsdruk.
- *voordelen van het instrument*
makkelijk af te nemen en te interpreteren
- *nadelen van het instrument*
zwart-wit foto's en gekunstelde situaties die niet altijd even herkenbaar zijn
- *oorspronkelijke auteur(s)*
Bös en Mechling (1983)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*
Verlag für Psychologie. Göttingen
- *relevante literatuur*
Bös en Mechling (1983, 1985); Simons (1997a)

- *naam instrument*

Prestatie-Motivatie Test voor Kinderen (PMT-k)

- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
prestatie-motivatie, faalangst, overmoed
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
vragenlijst
- *uitgangspunten bij testconstructie*
Het meten van prestatiemotief, negatieve en positieve faalangst en sociale wenselijkheid. De uitgangspunten zijn als goed beoordeeld.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
kinderen en jeugdigen
- *leeftijd*
10-16 jaar
- *betrouwbaarheid*
goed

- *validiteit*
goed
 - *normeringgegevens*
goed
 - *duur van de test*
30 minuten
 - *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
Is als goed beoordeeld. De lijst bestaat uit 89 vragen met een meervoudige antwoordvorm. De persoon kiest het antwoord dat het meest op hem/haar van toepassing is.
 - *voordelen van het instrument*
kan ook groepsgewijs afgenomen worden
 - *nadelen van het instrument*
 - *oorspronkelijke auteur(s)*
Hermans, 1983
 - *verkrijgbaarheid van het instrument*
Swets en Zeitlinger
 - *relevante literatuur*
Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak (1992); Hermans (1983)
-
- *naam instrument*
Seksualiteit Belevingsschalen (SBS)
 - *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
seksualiteit
 - *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
vragenlijst
 - *uitgangspunten bij testconstructie*
Seksualiteitsbeleving. Uitgangspunten zijn als goed beoordeeld.
 - *theoretische achtergrond en operationalisatie*
De SBS kan worden afgenomen bij personen die geen seksuele partner hebben (gehad) (de SBS-1 en SBS-2) en bij personen die min of meer een duurzame heteroseksuele relatie hebben (de SBS-3 en SBS-4). De schalen meten vier aspecten van seksualiteitsbeleving
SBS-1 seksuele beheersingsmoraal
SBS-2 psychoseksuele stimulatie
SBS-3 seksuele motivatie
SBS-4 attractie tot eigen huwelijk
 - *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie
 - *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
 - *doelgroep*
volwassenen
 - *leeftijd*
18+
 - *betrouwbaarheid*
goed
 - *validiteit*
goed

- *normeringgegevens*
voldoende
 - *duur van de test*
20 minuten
 - *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
als goed beoordeeld
 - *voordelen van het instrument*
kan ook groepsgewijs worden toegepast
 - *nadelen van het instrument*
Het instrument is bedoeld voor volwassenen en zal moeten worden aangepast voor jeugdigen, waarbij onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit op nieuw zal moeten plaatsvinden.
 - *oorspronkelijke auteur(s)*
Frenken en Vennix, 1978
 - *verkrijgbaarheid van het instrument*
Swets en Zeitlinger
 - *relevante literatuur*
Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak. (1992); Frenken en Vennix (1978)
-
- *naam instrument*
Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE)
 - *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
eetpatroon
 - *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
vragenlijst
 - *uitgangspunten bij testconstructie*
als goed beoordeeld
 - *theoretische achtergrond en operationalisatie*
De vragenlijst bestaat uit 33 items met vijf of zes antwoordmogelijkheden. Aan de vragenlijst liggen drie theorieën ten grondslag de psychosomatietheorie, de externaliteitstheorie en de theorie van lijnge-richt eetgedrag. Op basis van het gevonden eetpatroon zou de juiste behandelingsstrategie gevonden kunnen worden.
 - *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie
 - *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
 - *doelgroep*
jongvolwassenen met gewichts- of eetproblemen
 - *betrouwbaarheid*
voldoende
 - *validiteit*
begripsvaliditeit is voldoende
 - *normeringgegevens*
voldoende er zijn normtabellen voor mannen en voor vrouwen
 - *duur van de test*
10-15 minuten

- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
Voor elke type eetgedrag is een aparte schaal ontwikkeld emotioneel eten (13 items), extern eten (10 items), en lijngericht eten (10 items). De uitvoering van de handleiding en testmateriaal worden als goed beoordeeld.
 - *voordelen van het instrument*
in korte tijd betrouwbare informatie te verwerven
 - *nadelen van het instrument*
Bedoeld voor jongvolwassenen het kan zijn dat de lijst moet worden aangepast voor jeugdigen, waarmee de betrouwbaarheid en validiteit opnieuw zullen moeten worden onderzocht.
 - *oorspronkelijke auteur(s)*
Van Strien en collega's, 1986
 - *verkrijgbaarheid van het instrument*
Swets en Zeitlinger
 - *relevante literatuur*
Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak (1992); Van Strien en collega's (1986)
-
- *naam instrument*
Autisme Bewegingsgedrag Checklist
 - *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
bewegingsbeeld, lichaamsbewustzijn
 - *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
checklist
 - *uitgangspunten bij testconstructie*
kwaliteit van het bewegingsgedrag van jonge autistische kinderen
 - *theoretische achtergrond en operationalisatie*
Het bewegingsgedrag is onderverdeeld in vijf subgroepen moeizaam lichaamscontact, arme lichaamstaal en nonverbale communicatie, eigenaardige lichaamsbeleving en bewegingsinhouden, gezonde kenmerken van het bewegingsgedrag van kleuters en niet-autisme-specifieke gedragskenmerken met een weerslag op het bewegingsgedrag.
 - *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie
 - *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
 - *doelgroep*
jonge autistische kinderen
 - *betrouwbaarheid*
gedeeltelijk statistisch onderzocht en lijkt positief
 - *validiteit*
Gedeeltelijk statistisch onderzocht en lijkt steun te kunnen bieden voor de differentiaaldiagnose ten aanzien van andere kinderpsychiatrische populaties en ten aanzien van co-morbiditeit van een mentale retardatie.
 - *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
Concreet testmateriaal met veelzijdige instructies. De checklist bestaat uit 18 items verdeeld over vijf subgroepen.
 - *voordelen van het instrument*
Recent, vakspecifiek en voor een specifieke doelgroep. Bedoeld om het bewegingsgedrag van jonge autistische kinderen systematisch te observeren. Is daarmee te prefereren boven bijvoorbeeld de Auti-

schaal van Van Berckelaer-Onnes, Harinck en Smit (1981), waarin weliswaar enkele bewegingsgeoriënteerde vragen worden gesteld, maar die niet specifiek gericht is op het bewegingsgedrag.

- *nadelen van het instrument*
behoeft nader psychometrisch onderzoek
- *oorspronkelijke auteur(s)*
Vanvuchelen (1997)
- *relevante literatuur*
Vanvuchelen (1997, 1998); Van Berckelaer-Onnes, Harinck en Smit (1981)

Diagnostische instrumenten binnen de structuur/functie- én activiteiten dimensie

- *naam instrument*
Hamm-Marburger Körpergeschicklichkeitstest für Kinder (HMKTK)
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
algehele coördinatie en evenwicht houden/balanceren
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
test
- *uitgangspunten bij testconstructie*
lichaamsbeheersing (dynamisch evenwicht) en algehele coördinatie
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
De HMKTK zou geschikt zijn om motorische retardatie en hersenbeschadiging op te sporen. Voor de constructie werden 150 items getest op diagnostische mogelijkheden, objectiviteit, betrouwbaarheid en efficiency. Slechts zes motorische opdrachten bleken aan de gestelde criteria te voldoen. Deze waren op één na onder één factor onder te brengen, namelijk algemene dynamische coördinatie en lichaamsbeheersing. De zesde opdracht betrof een visuomotorisch item 'ballon', die in de Nederlandse versie van de HMKTK is gehandhaafd vanwege de winst bij individuele diagnostiek. Er is veel onderzoek gedaan naar het instrument. Het instrument sluit aan bij de natuurlijke bewegingen van het kind. Het instrument is eerder toegepast bij bijzondere doelgroepen en neemt weinig tijd in beslag. Achterstand op de HMKTK kan volgens Simons en Neirynck duiden op verwaarlozing, neurose, reactieve gedragsstoornissen en prestatiestoornissen.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie en activiteit
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
kinderen met een mogelijke hersenbeschadiging, neurotische kinderen
- *leeftijd*
5-10 jaar
- *betrouwbaarheid*
goed
- *validiteit*
onvoldoende (Evers, Ketelaar), goed (Simons)
- *normeringgegevens*
Nederlands
- *duur van de test*
10 minuten oefenen, gevolgd door een korte test (15-20 minuten)

- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
De test bestaat uit zes items. Er wordt een korte instructie met praktisch voorbeeld gegeven, waardoor er weinig misverstand bestaat over de aard van de proeven en de wijze waarop deze moeten worden uitgevoerd. Het kind mag worden aangemoedigd, maar niet worden opgezweept.
- *voordelen van het instrument*
De oorspronkelijk Duitse test heeft een Nederlandse bewerking door Van de Velde en Wiegersma (1975, herziene versie 1987) en heeft daarmee de voorkeur boven de KTK (Körperkoordinationstest für Kinder, Kiphard en Schilling (1974). De HMKTK heeft de voorkeur boven de Stott's Test of Motor Impairment (Stott, Moyes en Henderson, 1972), die als meetpretentie het opsporen van neurale disfuncties heeft, maar ouder is, Engelstalig en waarbij gegevens over betrouwbaarheid en validiteit ontbreken. Ook heeft de HMKTK de voorkeur boven de observatie van het trampolinespringen van Hunnekes en Kiphard (1963) die te schematisch en vaag is voor de gemiddelde beoordelaar, en boven de Trampoline Screeningtest van Kiphard (1980) die vooral geschikt is voor een snelle screening, maar niet voor individuele diagnose, hoewel bij deze screeningtest interessante verschillen zijn gevonden tussen kinderen in een kinderpsychiatrische kliniek en normale basisschoolleerlingen. De Frostig Movement Skills Test Battery is ouder dan de HMKTK. Ook heeft de HMKTK de voorkeur boven de ABC van Wiegersma (1988), die minder betrouwbaar is en een onduidelijke handleiding heeft.
- *nadelen van het instrument*
Het is een relatief oud instrument, waarbij de validiteit discutabel is. Het instrument heeft volgens Neltelenbos zijn oorspronkelijke doel, het betrouwbaar diagnosticeren van hersenbeschadiging, niet bereikt, maar is wel bruikbaar als screeningtest voor de motorische ontwikkeling, waarbij men er alert op moet zijn dat maar een deel van de kinderlijke ontwikkeling wordt gemeten. Volgens Lindenhovius en Van Vlijmen is het scoreformulier van Wiegersma en Van de Velde niet eenvoudig om tot een snelle en accurate notitie van de prestaties te komen en is door de Vrije Universiteit te Amsterdam een scoreformulier ontwikkeld wat beter voldoet.
- *oorspronkelijke auteur(s)*
Kiphard en Schilling (1970)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*
Swets en Zeitlinger
- *relevante literatuur*
Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak (1992); Frostig en Orpet (1972); Hunnekes en Kiphard (1963); Ketelaar (1997); Kiphard en Schilling (1970, 1974); Kiphard (1972); Lindenhovius en Van Vlijmen (1978); Neltelenbos (1998); Simons en Neirynck (1980); Simons (1997b); Stott, Moyes en Henderson (1966); Vallaey en Vandroemme (1994); Van de Velde en Wiegersma (1987); Wehaus en Lössl (1974); Wiegersma (1980); Wiegersma en collega's (1988)
- *naam instrument*
Lateralisatieproef van Vallaey A+B
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
oog-hand coördinatie, lateralisatie, activiteiten met betrekking tot de fijne handcontrole
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
test
- *uitgangspunten bij testconstructie*
Het instrument wil voorkeur in het gebruik van hand, voet, oor en oog meten en tevens de vaardigheid van iedere hand afzonderlijk onderzoeken. In het B-deel wordt het ontwikkelingspeil van de fijne vingercoördinatie van 5-8 jarigen onderzocht, evenals de oog-hand coördinatie.
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*

Concrete opdrachten om de hand-, voet-, oor- en oogvoordeur na te gaan bij kinderen van 4-10 jaar.

- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie en activiteit
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
kinderen
- *leeftijd*
4-10 jaar
- *betrouwbaarheid*
voldoende tot goed (split-half 1^e deel hand .82-.90, oog .95-.97, oor .74-.81, voet .93-.97)
- *validiteit*
matig, aangezien onderzoeken naar lateraliteit vaak tegenstrijdige resultaten opleveren.
- *normeringgegevens*
Vlaams
- *duur van de test*
20 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
Concrete opdrachten die alle vier maal worden uitgevoerd. Het aantal keren dat men een bepaalde zijde kiest wordt omgezet in een percentage. Bij 75% of meer spreekt Vallaey van een duidelijke lateraliseringsproef. Bij 50% of meer van neiging tot lateraliseringsproef.
- *voordelen van het instrument*
De lateraliseringsproef van Vallaey betreft een vrij breed terrein van lateraliseringsproef, fijne vingercoördinatie en oog-hand coördinatie. Hiermee heeft deze test de voorkeur boven bijvoorbeeld het dominantieonderzoek van Müller (1985), de beknopte beoordelingsmethode voor kinderhandschriften [een verkorting en bewerking van de dysgrafieschaal van De Ajuriaguerra (1964) door Hamstra-Bletz, de Bie en Brinker (1987)] en de grofmotorische testbatterij van Rudolf (1989). Hoewel deze instrumenten in grote lijn dezelfde items meten, zijn ze sterk gericht op de schrijfmotoriek, welke in Nederland niet tot het domein van de psychomotorisch therapeut behoort.
- *nadelen van het instrument*
Deel B heeft een beperkte normering (5-6,3 jaar) en is niet erg motiverend voor kinderen. Daarnaast voldoet de test niet aan de eis om zowel de handvoordeur te bepalen, als de accuraatheid en snelheid van de resultaten van de beide handen te vergelijken (geen van de bestaande instrumenten gaat beide aspecten na).
- *oorspronkelijke auteur(s)*
Vallaey (1973a,b)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*
Swets en Zeitlinger
- *relevante literatuur*
De Ajuriaguerra (1964) ; Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak. (1992) ; Hamstra-Blets de Bie en Brinker (1987); Müller (1985); Netelenbos (1998); Rudolf (1989); Simons (1995, 1997b); Vallaey (1973a,b); Vallaey en Vandroeme (1994)
- *naam instrument*
Spanningsbehoefte vragenlijst
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*

begrenzing, prikkelhantering, temperament, hanteren van eigen gedrag, zorgdragen voor de eigen gezondheid, omgaan met gevaar

- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
vragenlijst
- *uitgangspunten bij testconstructie*
Spanningsbehoefte bij jongeren. Uitgangspunten zijn als goed beoordeeld.
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
De lijst geeft een algemene score op spanningsbehoefte, welke wordt gevormd door de som van de gemiddelde scores op vier subschalen
'experience seeking' heeft betrekking op het zoeken van nieuwe zintuiglijke en psychische ervaringen en een onconventioneel levensstijl (14 items)
'disinhibition' is de behoefte aan sociale ontremming, bijvoorbeeld door drinken of grote seksuele variabiliteit (12 items)
'boredom susceptibility' is de afkeer van herhaling van ervaringen, routine en voorspelbare, saaie mensen en dergelijke (12 items)
'thrill and adventure seeking' is de behoefte deel te nemen aan sporten en andere activiteiten met een sterk accent op snelheid en gevaar (12 items)
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie en activiteiten
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
jongeren
- *leeftijd*
vanaf 16 jaar
- *betrouwbaarheid*
voldoende tot goed
- *validiteit*
begripsvaliditeit voldoende tot goed
- *normeringgegevens*
goede Nederlandse normeringgegevens
- *duur van de test*
20 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
Een goede Nederlandse vragenlijst en handleiding zijn beschikbaar. De lijst wordt gepresenteerd als interessevragenlijst, waarop personen een antwoord moeten aankruisen op een vijf-puntsschaal.
- *voordelen van het instrument*
geeft in korte tijd betrouwbare en valide informatie
- *nadelen van het instrument*
er zijn slechts normen voor mannen en vrouwen van alle leeftijden
- *oorspronkelijke auteur(s)*
Feij en Van Zuilen (1982)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*
Swets en Zeitlinger
- *relevante literatuur*
Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak (1992); Feij, Van Zuilen en Gazendam (1982); Feij en Van Zuilen (1984); Simons en 'sHertogen (1997)

- *naam instrument*

Touch Survey

- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
omgaan met emoties, omgaan met grenzen van anderen, seksualiteit
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
observatie/test
- *uitgangspunten bij testconstructie*
Opsporing van mogelijk misbruik van kinderen, zowel lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik als emotionele mishandeling of verwaarlozing.
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
Aangeraden wordt te beginnen met de 'feeling faces technique' om een band tussen onderzoeker en kind te scheppen. Hierbij worden gezichten met verschillende gevoelens getoond om na te gaan of het kind zichzelf in de tekeningen kan herkennen, of het in staat is verschillende gevoelens te benoemen, hoe de aandachtspanne is en of het op de 'pen en papier' manier kan werken. Vervolgens wordt de touch survey afgenomen, waarbij de onderzoeker een poppetje tekent zonder mond dat het kind moet voorstellen. Er worden vervolgens vragen gesteld over verschillende manieren van aanraken, waarbij het kind de mond kan tekenen om aan te geven hoe het zich bij die manier van aanraken voelt.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie en activiteit
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
mogelijk misbruikte kinderen
- *leeftijd*
ouder dan 4 jaar, voor 2-3 jarigen mogelijk met een aanpassing
- *betrouwbaarheid*
onbekend
- *validiteit*
In een kleinschalig onderzoek werden geen vals-positieven gevonden. Valide als screeninginstrument. Onderrapporteren komt voor, evenals bij andere onderzoeksmethoden naar mogelijk misbruik.
- *normeringsgegevens*
geen
- *duur van de test*
afhankelijk van het kind
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
De relatie onderzoeker-kind is hierbij van belang, evenals het voorkomen van het stellen van suggestieve vragen.
- *voordelen van het instrument*
De touch survey werkt via het papier, wat minder bedreigend is dan elkaar aankijken.
- *nadelen van het instrument*
Het kind moet in staat zijn tekeningen te gebruiken als representatie van zichzelf.
- *oorspronkelijke auteur(s)*
Hewitt (1999)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*
via auteur
- *relevante literatuur*
Hewitt (1999)

- *naam instrument*
Trampoline observatie van Kuin
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
omgaan met nieuwe situaties, omgaan met emoties, contact leggen, onderhouden en beëindigen, omgaan met grenzen van anderen, bewegingsbeeld.
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
observatie
- *uitgangspunten bij testconstructie*
persoonlijkheidskenmerken het eigene in het omgaan met de aangeboden situatie.
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
Volgens Kuin kan met deze methode gedifferentieerd worden tussen psychotische en neurotische problematiek en worden persoonlijkheidskenmerken zichtbaar in bewegingsgedrag. Volgens hem heeft observeren van bewegingssituaties een aantal voordelen boven verbaal contact. Deze voordelen zijn dan onder andere dat de cliënt beweegt en er zichtbaar gedrag is, dat de situatie meestal nieuw is voor de cliënt en hij dus niet kan terugvallen op automatismen en aangeleerd gedrag, dat de cliënt er geen idee van heeft waar op gelet wordt, dat de trampoline de neiging heeft bewegingen te vergroten en te vertragen (wat observatie gemakkelijker maakt) en dat de mate waarin de observatie voor de cliënt zelf onthullend en/of verduidelijkend is soms groot kan zijn.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
structuur/functie en activiteit
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
Volwassen psychiatrische patiënten. De observatie blijkt in de praktijk echter ook voor adolescenten (mede afhankelijk van het cognitief ontwikkelingsniveau) goed bruikbaar.
- *leeftijd*
volwassenen (en adolescenten)
- *betrouwbaarheid*
onbekend
- *validiteit*
onbekend
- *normeringgegevens*
geen
- *duur van de test*
ongeveer 15-30 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
De onderzoeker is actief aanwezig, geeft duidelijke opdrachten en confronteert de cliënt met hetgeen de onderzoeker is opgevallen en vraagt naar uitleg hiervan.
- *voordelen van het instrument*
Uitvergroten van persoonlijkheidskenmerken door middel van een vakspecifieke methode.
- *nadelen van het instrument*
Het behoeft een trampoline en een ervaren psychomotorisch therapeut op senior-niveau, met kennis van de existentiële fenomenologie, het structurele interview van Kernberg en de Korte Dynamische Psychotherapie-methode van Davanloo. De cliëntenpopulatie moet aanspreekbaar zijn waardoor de test niet geschikt is bij manifeste psychotische toestandsbeelden en te zeer gesedeerde cliënten. Het kan zijn dat het instrument moet worden aangepast aan de leeftijd. Met name de manier van vragenstellen zal bij kinderen en jongere adolescenten moeten worden aangepast. Verder moet er rekening mee gehouden worden dat het kan zijn dat het kind een geoefend trampolinespringer is en dat Kuin's redenering van een

nieuwe situatie in dat geval niet opgaat. Bij kinderen kan twee minuten springen zonder dat er iets gezegd wordt een onveilig gevoel oproepen de trampolinetest van Kuin geeft in die zin weinig structuur en houvast. Er heeft geen onderzoek plaatsgevonden naar betrouwbaarheid en validiteit.

- *oorspronkelijke auteur(s)*
Kuin (1992)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*
eigen beheer
- *relevante literatuur*
Kuin (1992)

Diagnostische instrumenten binnen de activiteiten dimensie

- *naam instrument*
Movement ABC
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
basismotorische vaardigheden lopen, rennen, springen, klimmen/klauteren, balanceren/evenwicht houden, werpen/vangen, schoppen/slaan, activiteiten fijne handcontrole, activiteiten rond aankleden
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
test + checklist
- *uitgangspunten bij testconstructie*
Niveau van motorisch functioneren achterhalen of het kind een achterstand heeft ten opzichte van leeftijdgenoten.
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
De test selecteert risicokinderen door middel van een checklist die door leerkrachten of ouders wordt ingevuld en heeft vervolgens een serie tests met betrekking tot evenwicht, balvaardigheden en fijne motoriek. De Movement ABC kent vier leeftijdsgroepen met telkens acht ontwikkelingsgebonden motorische taken, welke de belangrijkste motorische vaardigheden representeren die kinderen op de basisschool nodig hebben. De acht items omvatten drie verschillende aspecten van de motoriek fijne motoriek, balvaardigheid en statisch of dynamisch evenwicht. Bij de test hoort een uitgebreide lijst waarop per testitem mogelijke kwalitatieve afwijkende uitvoeringen kunnen worden genoteerd. Tevens is er een lijst met gedragsobservaties beschikbaar om te kunnen inschatten of het geobserveerde gedrag van invloed is op de motorische prestaties. De movement ABC maakt met name onderscheid in het niveau van motorisch functioneren in het 'lage' niveau. Kinderen met een normaal of hoger niveau zouden nauwelijks in score verschillen. De movement ABC is zowel bruikbaar als screening instrument als voor niveaubepaling en evaluatie van behandeling.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
activiteit
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief en evaluatief
- *doelgroep*
Kinderen met een motorische achterstand. De test is veel gebruikt bij kinderen met een houterige of onhandige motoriek en kinderen met een motorische ontwikkelingsstoornis.
- *leeftijd*
4-12 jaar, er zijn vier versies met dezelfde opbouw, maar waarbij de items zijn aangepast aan de leeftijd (4,5-6 jaar, 7-8 jaar, 9-10 jaar en 11-12 jaar)

- *betrouwbaarheid*
voldoende tot goed, voor het discriminatieve deel (voor het testdeel is de test-hertestbetrouwbaarheid .97 voor de 1^e leeftijdsgroep, .91 voor de 2^e leeftijdsgroep en .73 voor de 3^e leeftijdsgroep. De checklist heeft een test-hertest betrouwbaarheid van .76- .88
- *validiteit*
begripsvaliditeit is voldoende. Voor het discriminatieve deel goed
- *normeringgegevens*
Amerika en Nederland. De prestaties worden omgezet in normscores
- *duur van de test*
minimaal 20-30 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
De test bestaat uit een checklist voor leerkrachten of ouders die een indicatie geeft van risicokinderen en een serie tests evenwicht, balvaardigheid en fijne handmotoriek. De checklist bestaat uit vijf secties van twaalf vragen. De test bestaat uit acht items.
- *voordelen van het instrument*
Vrij recent instrument, dat zowel aan de kwalitatieve als kwantitatieve aspecten van de motorische ontwikkeling aandacht besteedt en ook geschikt is voor gebruik bij bijvoorbeeld autistische kinderen. De test is met name bedoeld voor kinderen met een motorische achterstand, waarmee het de voorkeur heeft boven bijvoorbeeld de MOT '97 (van Rossum, 1997b), die de hele range onderzoekt (ook de begaafde motoriek) en daarmee minder van toepassing is voor progressieve diagnostiek (bij begaafde motoriek in de initiële diagnostiek zal niet worden doorverwezen voor nader onderzoek van die motoriek). In vergelijking met de TOMI (Stott, Moyes en Henderson, 1966) is de Movement ABC recenter en laat meer ruimte voor kwalitatieve observaties. De movement ABC heeft de voorkeur boven bijvoorbeeld de Bruininks-Oseretsky (Bruininks, 1978), omdat deze oud is en niet geschikt voor autistische, gedragsgestoorde en mentaal geretardeerde kinderen. Tevens ontbreekt een Nederlandse normering. Ook de LOS-KF 18 van Eggert (1971) is oud en de interpretaties berusten voor een groot deel op de interpretatie van de proefleiders, waardoor de objectiviteit onvoldoende bevredigend is. Bovendien is de LOS-KF 18 met name geschikt voor het verstandelijk gehandicapte en leergestoorde kind en zijn er geen gegevens bekend die op de Nederlandse situatie betrekking hebben. De Miller Assessment of Preschoolers (Miller, 1982) is Engelstalig en daardoor minder bruikbaar dan de Movement ABC, hoewel ook deze test betrouwbaar en valide lijkt te zijn voor het screenen van kinderen met een ontwikkelingsachterstand. De Peabody Developmental Motor Scale (Folio en Fewell, 1983) is geschikt voor jongere kinderen (van 0-7 jaar) en ook bruikbaar voor jonge autistische kinderen met gedragsstoornissen, maar heeft als nadeel dat het Engelstalig is en dat de validiteit discutabel is. De Motoriektest voor kleuters (Baecke, 1989) en de Observatieschaal voor het bewegingsgedrag van kinderen van Netelenbos (1998) zijn psychometrisch gezien niet sterk en geven slechts een ruwe schets. Van de Browder Checklist (Browder, 1987) zijn betrouwbaarheid en validiteitgegevens niet bekend. De Test of Gross Motor Development (TGMD van Ulrich, 1985) is veelbelovend, maar heeft vooralsnog geen Nederlandse normen en het is de vraag of de TGMD-meetaspecten van de grove motoriek inhoudsvalide zijn voor Nederlandse kinderen (Kuiper e.a., 2000).
- *nadelen van het instrument*
Alleen voor de totale test is de volledige percentielschaal aanwezig, niet voor de drie subtests. De checklist heeft slechts normen vanaf 6 jaar. De afzonderlijke items zijn niet geschikt voor evaluatie van individuele veranderingen. De scores van de verschillende items geven alleen tezamen een relatief stabiel beeld.
- *oorspronkelijke auteur(s)*
Henderson en Sugden (1992)
- *verkrijgbaarheid van het instrument*

Swets en Zeitlinger

- *relevante literatuur*

Baecke en collega's (1989); Browder (1987); Bruininks (1978); Eggert (1971); Evers, Van Vliet-Mulder en Ter Laak (1992); Folio en Fewell (1983); Gallahue en Ozmun (1998); Henderson en Sugden (1992); Keteelaar (1997); Kuiper, Niemeijer en Reynders (2000); Leemrijse (2000a,b); Losse en collega's (1991); Miller (1982); Netelenbos (1988, 1998); Simons en Neirynck (1980); Simons (1997b); Smith-Engelsman en Schoemaker (1998); Smyth en Mason (1997); Stott, Moyes en Henderson (1966); Ulrich (1985); Vallaey en Vandroemme (1994); Van Rossum en Kuiper (1997c); Van Rossum (1997b); Van Vuchelen (1998); Wiegersma (1980); Wiegersma en collega's (1988)

Diagnostische instrumenten binnen de activiteiten én participatie dimensie

- *naam instrument*

Functional Independence Measure for Children (WeeFIM)

- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*

participatie in de eigen verzorging, contact leggen, onderhouden en beëindigen, verworven kennis toepassen

- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
checklist

- *uitgangspunten bij testconstructie*

Het meten van de functionele onafhankelijkheid van kinderen met ontwikkelingsstoornissen.

- *theoretische achtergrond en operationalisatie*

De lijst bestaat uit 18 items verdeeld over 6 domeinenpersoonlijke verzorging, zindelijkheid, transfers, voortbeweging, communicatie en sociaal functioneren.

- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*

activiteit en participatie

- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*

discriminatief en evaluatief

- *doelgroep*

kinderen met ontwikkelingsachterstand

- *leeftijd*

0,5-12 jaar

- *betrouwbaarheid*

goed (discriminatieve deel) interbeoordelaar en test-hertest

- *validiteit*

goed (discriminatieve deel) 'concurrent'

- *normeringgegevens*

Amerikaans. Bij toepassing bij Japanse kinderen blijken de betrouwbaarheid en validiteit eveneens bevredigend.

- *duur van de test*

20-30 minuten

- *voordelen van het instrument*

in weinig tijd betrouwbare informatie

- *nadelen van het instrument*

Amerikaans, geen Nederlandse versie beschikbaar

- *oorspronkelijke auteur(s)*
Msall (1994)
- *relevante literatuur*
Ketelaar (1997); Liu collega's (1998); Msall en collega's (1994)
- *naam instrument*
Goal Attainment Scaling (GAS)
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
algemene psychologische eisen, participatie in de eigen verzorging
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
Checklist. Het betreft geen instrument in engere zin, maar een methode om voortgang van behandeling te evalueren
- *uitgangspunten bij testconstructie*
Systematische evaluatie van de voortgang van het individuele revalidatieplan op korte en middellange termijn.
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
De GAS kan een heldere en eenvoudige methode zijn om veranderingen door middel van concreet omschreven doelstellingen duidelijk te maken. In de 'assessment-fase' wordt onderzocht bij welke specifieke problemen de patiënt een hulpvraag heeft of hulp wil aanvaarden. In onderhandeling met de patiënt worden gemiddeld vier specifieke problemen geselecteerd, aan de hand waarvan de GAS wordt geconstrueerd. Elk probleem wordt met een specifieke doelstelling omschreven op een schaal bestaande uit drie niveaus. Bij iedere schaal wordt ook de behandelingsstrategie vermeld die men gekozen heeft om de betreffende doelstelling in drie maanden te bereiken. De GAS stimuleert de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en vormt een leidraad voor hulpverleningsactiviteiten.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
activiteit en participatie
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
evaluatief
- *doelgroep*
kan bij elke doelgroep worden toegepast
- *leeftijd*
alle leeftijden
- *betrouwbaarheid*
onbekend
- *validiteit*
onbekend
- *normeringgegevens*
niet van toepassing
- *duur van de test*
elke drie maanden een evaluatie opstellen van schalen kost ca. 45 minuten, nameting 10 minuten
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
Belangrijke aandachtspunten zijn het informeren, overtuigen, motiveren en respecteren van de patiënt.
- *voordelen van het instrument*
Expliciteren van problemen in meetbaar gedrag.
- *nadelen van het instrument*
Alleen in behandelingssettings met langdurige opnamen te gebruiken. Gericht op volwassenen. Geen onderzoek gedaan naar betrouwbaarheid en validiteit. Het is niet echt een instrument, eerder een methode

- *relevante literatuur*
Hermanides, Dekker en Nusselder (1996); Melief en collega's (1979)

Diagnostische instrumenten binnen alle drie dimensies

N.B. Onderstaande twee instrumenten zijn niet opgenomen in het overzichtsschema van bijlage 4, omdat deze te breed zijn voor progressieve diagnostiek van een specifiek item. Wel kunnen deze instrumenten worden gebruikt als richtlijn voor uitgebreidere algemene diagnostiek, indien daar na voltooiing van het PMO op basis van het PMDC nog behoefte aan is.

- *naam instrument*
Leuvense Observatieschalen voor gebruik In de PMT (LOVIPT)
- *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
onder andere contact leggen, onderhouden en beëindigen, waargenomen motorische competentie, hantieren van eigen gedrag, spierspanning, aandacht, bewegingsbeeld, begrijpen van gesproken taal, participatie in relaties.
- *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
observatie
- *uitgangspunten bij testconstructie*
er wordt naar negen categorieën gekeken gevoelsmatige relaties, zelfverzekerdheid, actief zijn, ontspannen zijn, beheerst bewegen, gericht zijn op de situatie, expressiviteit in het bewegen, verbale communicatie en regulatievermogen
- *theoretische achtergrond en operationalisatie*
Vanuit een behoefte aan een observatiemethode die informatie kon verschaffen voor concreet geformuleerde psychologische doelstellingen, die relevant waren ten aanzien van de problematiek van de patiënt werd de LOVIPT ontwikkeld.
- *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
alle
- *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief
- *doelgroep*
volwassenen
- *leeftijd*
18+
- *betrouwbaarheid*
goed, interbeoordelaar .87-.88, test-hertest .93
- *validiteit*
binnen PMT goed, binnen andere situaties minder herkenbaar
- *normeringgegevens*
n.v.t.
- *duur van de test*
minimaal 5 observaties
- *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding*
zeven-puntsschaal over 9 categorieën
- *voordelen van het instrument*
In groepsverband af te nemen en vakspecifiek.

- *nadelen van het instrument*
Bedoeld voor volwassenen, waardoor het wellicht moet worden aangepast voor gebruik bij jeugdigen en de betrouwbaarheid en validiteit opnieuw moeten worden onderzocht.
 - *oorspronkelijke auteur(s)*
Simons en collega's (1989)
 - *verkrijgbaarheid van het instrument*
eigen beheer
 - *relevante literatuur*
Simons en collega's (1989) ; Simons (1997b)
-
- *naam instrument*
Checklist voor adolescenten met psychiatrische stoornissen
 - *items uit de checklist waarop het instrument betrekking heeft*
onder andere bewegingsbeeld, motorische vaardigheden, sociale activiteiten in het kader van sport en spel, lichaamsbewustzijn, contact leggen, onderhouden, beëindigen, participatie in relaties
 - *soort instrument (test, observatie, vraagmethode)*
observatie en vragenlijst
 - *uitgangspunten bij testconstructie*
Het betreft een in de praktijk ontwikkelde checklist, welke uit vijf elementaire gebieden van de psychomotoriek bestaat, namelijk de uitdrukkingsmotoriek, de handelingsmotoriek, het spelgedrag, het ervaren van lichamelijkheid en het verbaal/nonverbaal contact. De doelstelling is te komen tot een vakspecifieke werkhypothese.
 - *theoretische achtergrond en operationalisatie*
Een doelgroepspecifieke checklist combineert tot op zekere hoogte de voordelen van de objectieve en subjectieve meetmethodes en beperkt de nadelen enigszins. Kwantitatieve methodes zouden vaker betrouwbaar en valide zijn, maar niet altijd antwoord geven op specifieke diagnostische vragen en lang niet altijd klinisch relevant materiaal opleveren, waarop een eventuele PMT-behandeling zinvol kan aansluiten. Kwalitatieve methoden hebben een grotere kans op persoonsgebonden vertekening en zijn soms moeilijk overdraagbaar op de beginnende therapeut.
 - *dimensie (structuurfunctie/activiteit/participatie)*
alle
 - *doel (discriminatief/evaluatief/predictief)*
discriminatief en evaluatief
 - *doelgroep*
adolescenten met psychiatrische stoornissen
 - *leeftijd*
12-18 jaar
 - *betrouwbaarheid*
onbekend
 - *validiteit*
onbekend
 - *normeringgegevens*
geen
 - *duur van de test*
4-6 weken
 - *uitvoering van het testmateriaal en de handleiding zijn testopgaven, scoring en instructie gestandaardiseerd en wordt steun geboden bij interpretatie van gegevens?*

Er is een duidelijke lijst met items waar op gelet moet worden.

- *voordelen van het instrument*

Vakspecifiek, gebaseerd op een in de praktijk gegroeid ervaringsproces, lijkt veel informatie op te kunnen leveren.

- *nadelen van het instrument*

Niet gebaseerd op eenduidig theoretisch inzicht. Duurt relatief lang. Moet in groepsverband plaatsvinden. Het kan zijn dat de checklist specifiek is voor de setting, populatie en periode en afhankelijk daarvan moet worden bijgesteld. Er heeft geen onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit plaats gevonden.

- *oorspronkelijke auteur(s)*

Emck (1997)

- *relevante literatuur*

Emck (1997)

Bijlage 6 Psychomotorisch onderzoeksverslag

Naam kind:

Geslacht: jongen/meisje

Geboortedatum:

Leeftijd:

Datum van opname:

Samenvatting van de problematiek:

Vraagstelling PMO:

Data PMO (3-5 sessies):

Onderzoeker:

a Conclusies vanuit eerder onderzoek

- specifieke probleemgebieden
- visie op ontwikkelingsmogelijkheden- en beperkingen

b Vraagstellingen en verwachtingen betreffende dit onderzoek

- vanuit eerder onderzoek
- vanuit de beleidspsychiater
- vanuit andere disciplines, te weten...

c1 Diagnostiek volgens het PMDC

- basisbewegingsaanbod
 - ☐ actieplek, praatplek, rustplek
 - ☐ algemene vragenlijst
 - ☐ renproef
 - ☐ basketproef
 - ☐ springvormen
 - ☐ kegelen
 - ☐ loopvormen
 - ☐ trampoline naar Kuin (verkort)
 - ☐ spiegelbeeld/lichaamswinkel
 - ☐ tekening belangrijke mensen
 - ☐ spelvorm met elkaar in tweetallen
 - ☐ spelvorm met elkaar in groepsverband
 - ☐ leiden/volgen met ogen dicht
 - ☐ klimrek/klimmuur
 - ☐ samen op de wipwap
 - ☐ tast/voelen
 - ☐ parcours
 - lichaamstekening en/of schema
 - uitbeelden van emoties
 - spelvorm tegen elkaar in tweetallen
 - spelvorm tegen elkaar in groepsverband
 - afstand en nabijheid
 - parachute
 - luisteren
 - in tweetallen met ruggen tegen elkaar
 - contactspel/stoeispeel
 - ontspanningsoefening
 - eigen huis
 - (grote) schommel of hangmat
 - slaan tegen boksbal/in kussen/....
 - vrije keuze
- observatie individueel/in de groep
 - resultaten
 - mogelijkheden
 - beperkingen

c2 Progressieve diagnostiek: gebruikte tests, vragenlijsten en observatie-instrumenten

- gebruikte instrumenten
- resultaten

d Conclusies vanuit dit onderzoek

- dimensie van structuur/functie
- dimensie van activiteiten
- dimensie van participatie
- contextuele factoren

e Andersoortige observaties tijdens dit onderzoek

f Samenvatting en integratie van de conclusies

- samenvatting van de conclusies
- beantwoording van de vraagstelling
- discussiepunten
- aanbeveling voor progressieve psychomotorische diagnostiek
- indicaties en/of contraïndicaties voor psychomotorische therapie
- aanbeveling behandelingsdoelen

Bijlage 6a Voorbeeld van een Psychomotorisch onderzoeksverslag

Naam kind: Thomas de Bruin

Geslacht: jongen

Geboortedatum: 29-09-1983

Leeftijd: 9 jaar

Datum van opname: 03-09-2002

Samenvatting van de problematiek:

Thomas wordt veel gepest op school en is thuis agressief naar zijn jongere broertje en toont seksueel overschrijdend gedrag naar zijn jongere zusje. Thomas is bovengemiddeld intelligent, maar kan zich niet inleven in anderen. Hij kan niet stoppen met discussiëren om zijn gelijk te krijgen en kan geen concessies doen.

Vraagstelling PMO:

Zijn er vanuit psychomotorisch oogpunt aanwijzingen voor een pervasieve ontwikkelingsstoornis of een hechtingsstoornis? Is Thomas via het bewegen bereikbaar en leerbaar?

Data PMO (3-5 sessies): 19-09, 24-09, 26-09, 01-10

Onderzoeker: MNH

a Conclusies vanuit eerder onderzoek

▪ specifieke probleemgebieden:

Moeite om te gaan met emoties, achterstand in de ontwikkeling van wederkerige sociale contacten, agressieregulatieproblematiek, grensoverschrijdend gedrag.

▪ visie op ontwikkelingsmogelijkheden- en beperkingen:

Het kan zijn dat bovengenoemde probleemgebieden het gevolg zijn van meerdere scheidingen en verhuizingen in het vroege leven van Thomas. Indien een klimaat kan worden geboden waarin Thomas voldoende rust en veiligheid ervaart, zou hij in dat geval zijn sociaal invoelingsvermogen wellicht kunnen ontwikkelen. Anderzijds is Thomas' familie bekend met PDD-problematiek, wat de ontwikkelingsmogelijkheden op het sociale vlak zou kunnen beperken.

b Vraagstellingen en verwachtingen betreffende dit onderzoek

▪ vanuit eerder onderzoek:

Hoe verhoudt de hechtingsproblematiek zich tot de mogelijke familiale belasting met PDD van Thomas?

▪ vanuit de beleidspsychiater:

Zijn er vanuit psychomotorisch oogpunt aanwijzingen voor een pervasieve ontwikkelingsstoornis of een hechtingsstoornis? Is Thomas via het bewegen bereikbaar en leerbaar?

▪ vanuit andere disciplines, te weten de systeemtherapeut:

Kan Thomas binnen het concrete bewegen in contact zijn en is het zinvol met (een deel van) het gezin naar PMT te komen?

c1 *Diagnostiek volgens het PMDC*

▪ basis bewegingsaanbod

☒ actieplek, praatplek, rustplek	☒ lichaamstekening en/of schema
☒ algemene vragenlijst	☒ uitbeelden van emoties
☒ renproef	☒ spelvorm tegen elkaar in tweetallen
☒ basketproef	☒ spelvorm tegen elkaar in groepsverband
☐ springvormen	☐ afstand en nabijheid
☐ kegelen	☐ parachute
☐ loopvormen	☐ luisteren
☐ trampoline naar Kuin (verkort)	☒ in tweetallen met ruggen tegen elkaar
☐ spiegelbeeld/lichaamswinkel	☒ contactspel/stoeispel
☒ tekening belangrijke mensen	☐ ontspanningsoefening
☒ spelvorm met elkaar in tweetallen	☒ eigen huis
☒ spelvorm met elkaar in groepsverband	☒ (grote) schommel of hangmat
☒ leiden/volgen met ogen dicht	☒ slaan tegen boksbal/in kussen/...
☒ klimrek/klimmuur	☐ vrije keuze
☒ samen op de wipwap	
☒ tast/voelen	
☒ parcours	

- observatie individueel/in de groep: eerste twee sessies individueel, derde en vierde sessie in groepje van vier kinderen.

▪ resultaten

Tijdens de observatiesessies blijkt dat Thomas lichaamsgerichte interventies erg moeilijk vindt. Bewegingsgerichte activiteiten vindt hij leuk. Thomas zoekt gelijk vanaf de eerste observatiesessie de grenzen van de therapeut op. Hij doet zijn uiterste best de therapeut te verleiden haar grenzen los te laten en mee te gaan in zijn plannen. Hij is daar erg vaardig in. Dit gedrag wordt wel minder in de loop van de sessies als hij merkt dat er aan de grenzen en afspraken met de therapeut niet te tornen valt. Thomas heeft veel structuur van buitenaf nodig en visuele ondersteuning bij de uitleg van een activiteit. Thomas' ademt hoog en snel en is onrustig. Lichaamssignalen bedenkt hij met zijn hoofd ('ik zal nu wel moe moeten zijn'), maar hij lijkt ze niet te voelen. Thomas praat veel en snel. Gedurende de vier observatiesessies verandert dit nauwelijks. Bij toenemende spanning komt hij nauwelijks meer uit zijn woorden. Overgangsmomenten (van de groep naar PMT, van de ene activiteit naar de volgende activiteit) zijn erg moeilijk voor Thomas. Zijn onrust neemt toe en zijn bewegingsbeeld wordt meer housterig en fladderig. In Thomas' houdingsbeeld valt vooral zijn ooguitdrukking op, die altijd wat uitdagend is in het contact. Thomas' lichaamsbeeld toont een voor zijn leeftijd lange jongen, die habitueel wat verkrampd lijkt in zijn schoudergebied. Ook lijkt hij incidenteel wat slungelig en zich geen raad te weten met zijn lichaam.

- Mogelijkheden: Thomas is in staat in concrete situaties goed in te schatten wat hij wel en niet kan. Bij voldoende structuur en grenzen van buitenaf is Thomas

goed in contact en te sturen. Thomas is in concrete bewegingssituaties in staat invoelend vermogen te tonen (hij leeft mee met of iets de ander lukt). Ook lukt het hem dan samen te werken.

- Beperkingen: Thomas heeft veel moeite met differentiëren: alles is even leuk en iedereen is even belangrijk voor hem. Thomas lijkt abstracte uitleg niet altijd te begrijpen en heeft visuele ondersteuning nodig. Thomas is zich niet bewust van zijn lichaamssignalen. Thomas is niet zelf in staat structuur aan te brengen en heeft de neiging regels voortdurend in zijn eigen voordeel aan te passen wat voor conflicten met zijn groepsgenoten zorgt. Hij heeft in dat geval weinig inzicht in zijn eigen aandeel.

c2 Progressieve diagnostiek: gebruikte tests, vragenlijsten en observatie-instrumenten.

- gebruikte instrumenten n.v.t.
- resultaten n.v.t.

d Conclusies vanuit dit onderzoek

- dimensie van structuur/functie: Thomas scoort met name afwijkend op 'bewegingsbeeld', dat bij spanningsvolle momenten housterig en fladderig is en bij momenten clownesk en overbeweeglijk. Zijn ademhalingspatroon wordt eveneens als afwijkend gescoord voor wat betreft frequentie en diepte. Ook de spierspanning is afwijkend aangezien Thomas bij moeilijke momenten erg slap wordt en over de grond 'dweilt'. Tenslotte worden ook 'inzicht in de eigen problematiek' 'impulsiviteit' en 'fysiek uithoudingsvermogen' als afwijkend gescoord. Thomas springt steeds snel op om iets te gaan doen zonder te overleggen en is erg snel buiten adem en moe.
- dimensie van activiteiten: Als afwijkend binnen deze dimensie worden gescoord 'hanteren van eigen mate van activiteit' (Thomas kan moeilijk stoppen als hij ergens mee bezig is en moe wordt), 'ordenen en structureren van sport en spel' (Thomas heeft veel moeite zelf zijn activiteiten te ordenen en heeft daarbij structuur van buitenaf nodig), 'omgaan met regels' (Thomas zet regels graag naar zijn eigen hand en maakt deze vaak onnodig ingewikkeld), 'contact leggen, onderhouden en beëindigen' (Thomas begint vaak plompverloren een gesprek en luistert niet tot een ander is uitgepraat) en 'omgaan met hulp' (met name hulp vragen en accepteren vindt Thomas erg moeilijk, hij is geneigd alles zelf op te lossen).
- dimensie van participatie: 'Participatie in formele sociale relaties' wordt als afwijkend gescoord, aangezien Thomas de therapeute vanaf de eerste minuut dat hij haar ziet haar grenzen test. Wel is hij gevoelig voor interventies. 'Participatie in informele sociale relaties' wordt eveneens als afwijkend gescoord omdat Thomas geen inzicht lijkt te hebben in wat vrienden zijn. Volgens Thomas is iedereen op school zijn vriend en heeft hij buiten school geen vriendjes omdat hij dan nooit kinderen ziet.
- contextuele factoren: De 'benodigde structuur van de omgeving' wordt als afwijkend gescoord omdat Thomas veel structuur en grenzen van buitenaf nodig heeft en veel moeite heeft met vrije situaties.

e Andersoortige observaties tijdens dit onderzoek

Opvallend is dat Thomas in de één-op-één situatie momenten van rust kent, waarin zijn ademhaling rustiger wordt en zijn stemhoogte daalt. Hij lijkt zich dan voor enkele momenten te kunnen ontspannen. In groepsverband lijkt hij zichzelf continu te overschreeuwen en groter en slimmer voor te doen dan hij eigenlijk is.

f Samenvatting en integratie van de conclusies

- Samenvatting van de conclusies: Er lijkt sprake van een ingewikkelde interactie van factoren, waarbij het moeilijk te bepalen is welke factor op dit moment het belangrijkste is. Duidelijkheid, structuur en grenzen lijken absolute voorwaarde voor verdere ontwikkeling.
- beantwoording van de vraagstelling: Er zijn tijdens het PMO zowel kenmerken van een pervasieve ontwikkelingsstoornis als van een onveilige hechting zichtbaar. Thomas is via het bewegen goed bereikbaar en ook leerbaar: hij pakt de structuur binnen de sessies goed op en lijkt hier houvast aan te hebben. Thomas is tijdens bewegingssituaties goed in contact en lijkt zichzelf minder te overschreeuwen dan tijdens gesprekken. Gezinstherapie zou zinvol kunnen zijn om het contact tussen de gezinsleden op een speelse manier te herstellen en concreet te oefenen met het maken van duidelijke afspraken en het bieden van grenzen om op deze manier oneindige discussies te voorkomen.
- discussiepunten: Binnen het PMO wordt niet duidelijk wat het kernprobleem is van Thomas en of de behandeling zou moeten aangrijpen op zijn basisonveiligheid of op de problematiek passend bij een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Tijdens de observatiestaf kan hierin wellicht meer duidelijkheid komen vanuit het multidisciplinaire team.
- aanbeveling voor progressieve psychomotorische diagnostiek: Progressieve psychomotorische diagnostiek is op dit moment niet geïndiceerd.
- indicaties en/of contra-indicaties voor psychomotorische therapie: Er is sprake van een indicatie voor PMT, gezien het relatief gemakkelijk bereikbaar en stuurbaar zijn van Thomas in concrete bewegingssituaties en het plezier dat hij heeft in het bewegen.
- aanbeveling behandelingsdoelen: Behandelingsdoelen die vanuit het PMO aan te bevelen lijken liggen in cluster 1 (contact met het eigen lichaam bevorderen), cluster 2 (zich veilig voelen stimuleren, ontspanning bevorderen), cluster 5 (zelfcontrole verbeteren, reguleren van een teveel of tekort aan energie), cluster 6 (zich emotioneel durven uiten) en cluster 7 (ontwikkelen van samenspel, sociaal gedrag stimuleren, relaties leren aangaan). Op basis van de multidisciplinaire observatiestaf zal in deze doelen een prioriteit aangegeven moeten worden en kunnen korte en lange termijn doelen worden onderscheiden. Een basisdoelstelling voor Thomas zou volgens de vormvoorwaarden kunnen zijn: "Ik wil elke dag twee keer even stil gaan zitten op mijn kamer en proberen in mijn lichaam te voelen of ik moe ben of onrustig of dat ik pijn heb of verdriet of me boos of blij voel. Ik ga in een schriftje opschrijven hoe ik denk dat ik me voel en waaraan ik dat in mijn lichaam merk".

Bijlage 7 Aanmeldingsformulier voor psychomotorisch onderzoek

Naam kind:

Geslacht: jongen/meisje

Geboortedatum:

Leeftijd:

Datum van opname:

Samenvatting van de problematiek:

Vraagstelling PMO:

Dankwoord

*Als je net als een geleerde,
zit te worstelen met betrekkelijk onbelangrijke zaken,
gebeurt het vaak dat je al maar Klunziger gaat doen....
Zeker, geleerden kunnen heel nuttig en nodig zijn,
op hun eigen onvermakelijke wijze.
Ze leveren een heleboel informatie.
Alleen, er is nog Iets Meer
en dat Iets Meer is nu juist hetgeen
waar het leven werkelijk om draait
(De Tao van Poeh, Hoff, 1999, p.41)*

Dit onderzoek is de weerslag van een intensief proces, waarin veel mensen een belangrijke rol hebben gespeeld. Het was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van allen die op verschillende momenten in het onderzoek kostbare tijd hebben vrijgemaakt om mee te denken en mijn vragen te beantwoorden.

Prof.dr. Adri Vermeer hield tijdens het onderzoek de 'bewegingskant' nauwlettend in de gaten. Kritisches, maar ook menselijk als factoren binnen het 'promotie-systeem' mij dreigden onderuit te halen. Prof.dr. Fop Verheij representeerde het kinder- en jeugdpsychiatrisch denken. Stimulerend en soms op de rem trappend als ik wat al te enthousiast en ambitieus werd. Een boeiende combinatie van promotoren: verschillende persoonlijkheden, verschillende gezichtspunten, verschillende benaderingen. Ik hoop dat ik al jullie kennis en wijsheid tot een sprekende integratie heb kunnen brengen. Fop en Adri, hartelijk dank voor jullie bereidheid telkens weer mijn stukken te lezen en met mij van gedachten te wisselen. We wisten van tevoren niet precies waar we aan begonnen, maar we hebben het, ondanks kuilen en hobbels in de weg, gered. Ieder op jullie heel eigen manier hebben het mogelijk gemaakt dat dit onderzoek vorm kon krijgen.

Prof.dr. Frank Verhulst, prof.dr. Marjan Jongmans en prof.dr. Heleen Evenhuis dank ik hartelijk voor hun bereidheid zitting te nemen in de kleine promotiecommissie en voor de tijd die zij hebben besteed aan het lezen van het manuscript.

Drs. Jane van Burg en drs. Marieke Plomp wil ik danken voor het ondersteunen van het onderzoek door het volbrengen van hun onderzoekstage binnen dit kader. Het was fijn voor korte tijd even niet alleen te lopen! Jane, we hebben heel Nederland gezien tijdens de interviewfase. Zonder jouw assistentie en de vele treingsprekken die we voerden was deze fase lang zo leuk niet geweest (en nog vermoeiender)!

Voor de échte praktijkmensen onder de psychomotorisch therapeuten die aan dit onderzoek meewerkten viel het niet altijd mee al mijn vragen te beantwoorden. Invullers van de vragenlijsten, geïnterviewden en Reductiepanel: bedankt voor jullie betrokkenheid, inzet en niet in de laatste plaats voor de kleine bemoedigende opmerkingen, die me kracht gaven door te gaan.

Het Randpanel, de experts op hun eigen vakgebied, wil ik ook zeer hartelijk danken. Druk bezette, geïnspireerde, wijze mensen, die tijd vrijmaakten om de resultaten van het onderzoek te beoordelen en mee te denken over mogelijke verbeteringen. Wat was het veel, wat was het intensief, maar vooral, wat was het waardevol. Mario Monasso, drs. Arnold Allertz, dr. Johan Simons, drs. Marie-Louise Aendekerk, dr. Dorine van Ravensberg, dr. Yvonne Heerkens, drs. Henriëtte van der Meijden, drs. Daniëlle Steggink en drs. Yolanda Fiddelaar hartelijk dank! Ook ben ik drs. Carolien Konijn zeer dankbaar voor het in goede banen leiden van de discussie tijdens de panelbijeenkomst. Carolien, als onafhankelijk voorzitter was je betrokken en meedenkend. Ik heb jouw bijdrage zeer gewaardeerd.

Het implementatietraject vroeg veel van de betrokken PMT-ers: inlezen, uitproberen, toepassen, handleiding stipt volgen, verslagleggen op de voorgeschreven manier, evaluaties van het team op tijd zien

binnen te krijgen....het was hard werken. Drs. Janna Phaff, Mirjam Speelman, Jacqueline Heezen en drs. Carolien Houben, bedankt voor jullie inzet!

Het Sophia Kinderziekenhuis ben ik erkentelijk voor de faciliteiten waarvan ik gebruik heb mogen maken tijdens het onderzoek. De NVPMT (Nederlandse Vereniging voor Psychomotorisch Therapie) wil ik danken voor het onderzoeken van de mogelijkheden wetenschappelijk onderzoek een duidelijker plek te geven binnen ons vakgebied en het financieel ondersteunen van de publicatie van dit proefschrift. De VO-PMT Windesheim te Zwolle, met name drs. Claudia Emck als inhoudelijk coördinator van de opleiding, ben ik dankbaar dat mij de mogelijkheid werd geboden mijn gedachtegoed uit te dragen binnen een duidelijk kader, waardoor de kans dat het achterin een stoffige kast verdwijnt aanzienlijk is verkleind.

Als vaste uitvalsbasis bij het vastlopen in de computer, het helpen uittypen van de interviews, het versturen van officiële stukken op 'mooi briefpapier' en stoom afblazen op het Sophia Kinderziekenhuis, kliniek Kinderpsychiatrie, was Inge Demmendaal onmisbaar. Vast ankerpunt in de kliniek, mijn dank! Zonder jou zouden letterlijk niet alle puntjes op de i staan.

Het therapeutenkantoor op het Sophia Kinderziekenhuis, hoe klein en warm ook, heeft mij zeven jaar lang veel goeds gegeven: inspiratie, delen, denken, doen. In wisselende bezetting, met door de tijd heen een aantal continue factoren. Deze vakgenoten dachten met mij mee en ondersteunden waar mogelijk. Ook andere collega's, meer dan ik bij naam kan noemen, waren geïnteresseerd en bereid weer eens (lang) te wachten als ik het kopieerapparaat bezet hield. Zonder die directe steun in de omgeving had ik mij nog eenzamer gevoeld in dit traject.

Faciliterend was Ronald Bergfeld van groot belang: heel wat uren heeft hij achter de computer doorgebracht met het ordenen van mijn gegevens en het fabriceren van mooie schema's en checklists. Ivo Reints zette meer dan eens een grotere schijf in mijn oude computer, wanneer deze weer eens te weinig capaciteit bleek te bezitten voor mijn onderzoek. Fijn dat we op je konden rekenen!

Onze ouders boden praktische hulp waar nodig en mogelijk, wat ik zeer heb gewaardeerd. Familie en vrienden wil ik danken voor het accepteren van mijn afwezigheid. Zowel letterlijk als figuurlijk was ik de afgelopen zes jaar niet altijd beschikbaar. Fijn dat jullie zijn gebleven! Met name drs. Gea Procee wil ik danken: naast het accepteren van de weinige tijd die ik had (gelukkig heb je het zelf ook druk), dacht je mee en was je altijd ondersteunend op moeilijke momenten. Soms heb ik spijt dat ik niet al je wijze raad heb opgevolgd. Reini Beverdam wil ik danken voor de wijsheid alles in het grotere geheel te zien en daarmee de zin van het afronden van dit onderzoek te onderstrepen op momenten dat ik het niet meer zag zitten.

Drs. Gea Procee en drs. Claudia Emck wil ik hartelijk danken voor hun bereidheid mij tijdens de promotieplechtigheid terzijde te staan. Met twee paranimfen met zoveel kennis en kunde aan mijn zijde moet het allemaal goedkomen.

Ronald Bergfeld was in voorwaardenscheppende sfeer onmisbaar, zeker in de laatste fasen van het onderzoek. Hij heeft heel wat moeten slikken als ik weer eens ongezellig een avondje (week-endje) achter de computer kroop, omdat er een deadline (die ik mijzelf stelde) aankwam. Ronald ben ik vooral ook dankbaar voor de geweldige papa die hij is. Dat maakte het voor mij mogelijk mij ettelijke uren los te maken van het mooiste dat niet in de planning was opgenomen, deze planning ook in de war schopte en één grote les is in loslaten en leven in het moment. Bas en Sam, jullie zijn geweldig!

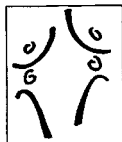
Curriculum vitae

*Degene die ik was
ben ik niet meer.*

*Degene die ik ben
blijf ik niet
en die ik word
verdwijnt.
In deze verandering
besta ik.*

*Vergetend
bewustwordend
verlangend.
(onbekende bron)*

Monique Natasja Hammink werd geboren in 1972 te Almelo. Daar behaalde zij in 1990 haar VWO-diploma. Zij gaf vele jaren les in gymnastiek, turnen en acrogym. Na cum laude afgestudeerd te zijn aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, alwaar zij Bewegingswetenschappen studeerde, werkte zij ruim zeven jaar als psychomotorisch therapeut in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Zij werkte met kinderen en jeugdigen in de leeftijd van twee tot achttien jaar, met een breed scala aan problematieken en gaf daarnaast met veel plezier dans en beweging aan volwassenen. Zij is voorzitter van de StudieCommissie van de Nederlandse Vereniging voor PsychoMotorische Therapie (NVPMT) en maakt eveneens deel uit van de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek. Monique volgde verschillende opleidingen en trainingen, zowel binnen het reguliere als het alternatieve circuit en is inmiddels GZ-psycholoog. Zij integreert dit sinds 2001 in het aanbod van haar vrijgevestigde therapie-praktijk 'De Basis'. Naast haar werk als psychomotorisch therapeut publiceerde zij verschillende artikelen (zie literatuurlijst), gaf diverse workshops (onder andere op het Europees Congres te Straatsburg) en gastcolleges en werkte mee aan een korte film over bewegingsmuziektherapie bij jonge kinderen. Daarnaast begeleidde zij verschillende stagiaires op het pad naar PMT-er. Monique is tevens docente aan de VO-PsychoMotorische Therapie te Zwolle en aan de RINO-NH te Amsterdam.



*Praktijk de Basis
Monique Hammink
Tijmenspoort 14
3833 JS Leusden
Telefoon: 033-4340919
E-mail: info@praktijkdebasis.nl*

De psychomotoriek speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen. In de praktijk wordt PsychoMotorische Therapie (PMT) beschouwd als een geschikt medium voor de behandeling van kinderen en jeugdigen binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Psychomotorische diagnostiek wordt echter nog maar zelden systematisch ingezet om een bijdrage te leveren aan de diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch diagnostisch team en wordt nog te weinig gebruikt als basis voor behandelingsdoelen binnen de PMT. In deze dissertatie wordt aandacht besteed aan de huidige stand van zaken rond psychomotorische diagnostiek en wordt een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct ontwikkeld.



SHAKER
PUBLISHING

ISBN 90-423-0233-X