2010

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de PsyMot bij Licht Verstandelijk Beperkte jongeren

Bas van Ritbergen & Marieke Coenen

Master Psychomotorische therapie

29-1-2010

Voorwoord

Graag willen wij de mensen bedanken die geholpen hebben bij het tot stand komen van dit onderzoek.

Allereerst Ruud Bosscher, begeleider namens de opleiding Master Psychomotorische therapie te Zwolle. We bedanken hem voor de begeleiding en de feedback die we hebben ontvangen gedurende het onderzoek.

Daarnaast willen we ook Claudia Emck bedanken voor het meedenken over de opzet en het uitvoeren van het onderzoek.

Tevens willen we Erik Blokhuis, docent aan de Technische Universiteit te Eindhoven, bedanken voor het geven van feedback en meedenken over de statistische analyse.

Natuurlijk willen we alle psychomotorisch therapeuten bedanken voor hun inzet, medewerking en tijdsinvestering.

Ook willen we onze werkgever, `s Heeren Loo, Kwadrant, regio Middelrode bedanken voor de tijd en ruimte om dit onderzoek uit te voeren.

Als laatste willen we de twee jongens enorm bedanken voor hun medewerking als proefpersonen aan dit onderzoek.

Zwolle, December 2009
Bas van Ritbergen
Marieke Coenen

Samenvatting

De PsyMot, ontwikkeld door Emck, Hammink & Bosscher (2007), is een methode ontwikkeld voor psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar.
Binnen het huidige onderzoek is de PsyMot gebruikt bij Licht Verstandelijk Beperkte jongeren van 12 t/m 16 jaar.
Onderzocht is in hoeverre de toepassing van de PsyMot bij deze doelgroep tot betrouwbare resultaten leidt. Daarvoor zijn 2 casussen beoordeeld door meerdere psychomotorisch therapeuten. De data zijn met behulp van de DOMENIC-methode (Cicchetti, 1997) geanalyseerd op interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.
Uit de resultaten blijkt dat deze goed tot uitstekend is.
Doordat de uitkomsten van het huidige onderzoek positief zijn, kan de PsyMot toegepast worden binnen de LVB doelgroep. Het gebruik hiervan zal een positieve bijdrage leveren aan de observatie en diagnostiek binnen dit werkveld.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 5
   1.1 Relevantie 5
   1.2 Achtergronden 5
   1.3 Probleemstelling 6

2. Methode 7
   2.1 Onderzoeksgroep 7
   2.2 Meetinstrument 7
   2.3 Procedure 7
   2.4 Statistische analyse 8

3. Resultaten 10
   3.1 Gemiddelde totale overeenstemming 10
   3.2 Overeenstemming per beoordelaar met alle andere beoordelaars 10
   3.3 Overeenstemming per beoordelaar in vergelijking met de gemiddelde beoordeling 11

4. Discussie 13
   4.1 Gemiddelde totale overeenstemming 13
   4.2 Overeenstemming per beoordelaar met alle anderen beoordelaars 14
   4.3 Overeenstemming per beoordelaar in vergelijking met de gemiddelde beoordeling 14
   4.4 Clusterscore F 15

5. Conclusie 16

6. Literatuurlijst 17

Bijlagen
   A. Algemene uitleg PsyMot 18
   B. Instructie en uitleg – scoren van de items 19
   C. Gegevensformulier 29
   D. Score formulier 30
   E. Descriptive casus 1 en 2 32
   F. Items Cluster F, casus 1 en 2 33

1 Inleiding

De afgelopen jaren zijn er steeds meer psychomotorisch therapeuten die zich bezig houden met het ontwikkelen van producten ter observatie en diagnostiek om zo hun handelen te kunnen verantwoorden aan de hand van gestandaardiseerde instrumenten. Zo heeft Hammink (2003) het psychomotorisch diagnostisch construct (PMDC) ontwikkeld om een bijdrage te leveren aan het algemene kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek en handvatten te bieden aan de indicatiestelling en het formuleren van behandeldoelen (Emck, Hammink & Bosscher 2007).
Bij het gebruik van het instrument in de klinische setting bleek de gebruiksvriendelijkheid niet optimaal te zijn. Tevens bleek dat het niet mogelijk was op basis van de handleiding tot een betrouwbare score op de subschalen te komen. Ook bleek de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) van de scores op itemniveau onvoldoende te zijn. Dit leidde tot een optimalisering van het PMDC, wat gepaard ging met ingrijpende veranderingen waardoor de term "construct" niet meer van toepassing was. Daarom is er voor een andere naam gekozen: de *PsyMot* (psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar; Emck, Hammink & Bosscher, 2007).

Net als bij normaal begaafde kinderen en jeugdigen met gedragsproblemen en of psychiatrische problematiek, is ook bij kinderen en jeugdigen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) goede observatie en diagnostiek van essentieel belang om een behandeling op maat te verzorgen. Een belangrijke taak van de psychomotorisch therapeut is het uitvoeren van diagnostiek om een zo concreet mogelijk psychomotorisch behandelplan voor de cliënt op te stellen (Emck, 1996). Dit leidde tot de vraag of de PsyMot ook gebruikt zou kunnen worden bij de doelgroep LVB om zo ook bij deze doelgroep op gestructureerde wijze observatie en diagnostiek te gaan doen.

1.1 Relevantie

Net als bij andere doelgroepen is een goede indicatiestelling en dus ook gedegen observatie en diagnostiek nodig om tot een passend behandelaanbod te komen bij de LVB doelgroep. Zeker gezien de intrede van het Zorg Zwaarte Pakket (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2009). Hierdoor is men als zorgverlenende instelling en dus ook als behandelaar steeds meer genoodzaakt om het handelen te verantwoorden.
Een gedegen instrument voor observatie/diagnostiek zal dan naar verwachting een goede ondersteuning zijn om behandeling op maat te geven.

1.2 Achtergronden

In dit onderzoek wordt het gebruik van de PsyMot bij LVB jongeren onderzocht. Voor de vaststelling van LVB gelden twee criteria. Ten eerste kan men pas van een verstandelijke beperking spreken wanneer het IQ ligt tussen 50-55 en 70-75 (DSM-IV), of als het resultaat van een intelligentietest ten minste twee standaarddeviaties lager is dan het resultaat van een intelligentietest bij de gemiddeld-normaal intelligente populatie (AAMR, American Association of Mental Retardation). Ten tweede moeten er aanzienlijke beperkingen en tekorten bestaan op het gebied van de conceptuele, sociale en praktische vaardigheden of in het huidige aanpassingsgedrag. Daarnaast moeten deze beperkingen voor het 18^{e} levensjaar zijn ontstaan (Didden, 2006).

Bekend is dat veel mensen met een verstandelijke beperking ook psychische stoornissen hebben. Daarnaast zijn er vaak bijkomende beperkingen, zoals motorische beperkingen, bewustzijnsstoornissen, visus- en gehoorsbeperkingen. Hierdoor is specifieke aandacht en bejegening noodzakelijk, die alleen gegeven kan worden als er op zorgvuldige wijze

onderzoek is gedaan naar de mogelijkheden, beperkingen en beweegredenen van de betrokken persoon (Kraijer & Plas, 2006).
Uitgebreide (psycho)diagnostiek is dan ook erg belangrijk, maar goede psychodiagnostiek blijkt lastig te zijn bij deze doelgroep. Zo kan het zijn dat mondelinge of schriftelijk instructies niet goed worden begrepen waardoor er iets anders gemeten wordt dan de bedoeling was. Voor diagnostiek levert verbale of andere rechtstreekse communicatie met de cliënt en zijn omgeving onvoldoende informatie op. Om toch volledig inzicht te krijgen in het interactiepatroon, in het milieu en in het gedrag van de cliënt, zijn observaties erg belangrijk (Došen, 2005).
Een groot deel van de PsyMot bestaat uit bewegingsopdrachten waarbij de therapeut het gedrag in deze bewegingssituaties observeert, waarop de aanbevelingen voor behandeling gebaseerd zijn. Hierdoor is de PsyMot voor de LVB-doelgroep mogelijk een geschikt diagnostisch instrument.

Het referentiekader van de PsyMot is gebaseerd op het model van het biopsychosociale ontwikkelingsdenken. Het model geeft aan dat biologische, psychische en sociale factoren een voorbeschikkende, uitlokkende, onderhoudende of versterkende rol spelen bij psychische, sociale of lichamelijk problematiek en/of herstel daarvan. Daarnaast is bij de ontwikkeling van de PsyMot ook gebruik gemaakt van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps 2 (WHO, 1998). De ICIDH ordent op systematische wijze aspecten van de functionele gezondheidstoestand van de mens, die verband houden met gezondheidsproblemen. De classificatie bevat termen die nodig zijn voor het beschrijven van de gezondheidstoestand van de mens op drie verschillende dimensies: het menselijk organisme, het menselijk handelen en deelname aan het maatschappelijk leven. De ICIDH kan gezien worden als een raamwerk van begrippen, een woordenboek, ten behoeve van het verzamelen van gegevens over het functioneren van de cliënt.

1.3 Probleemstelling

Aangezien de PsyMot een instrument is dat ontwikkeld is voor normaal begaafde kinderen in de leeftijd van 6 t/m 12 jaar, dient de bruikbaarheid van het instrument voor licht verstandelijk beperkte jongeren apart aangetoond te worden. Een eerste stap daartoe is de vaststelling of meerdere beoordelaars tot gelijkluidende observaties komen van het gedrag van de doelgroep: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB).

De probleemstelling in dit onderzoek luidt dan:
Wat is de IBB van de PsyMot bij LVB jongeren in de leeftijd van 12 t/m 16 jaar, door ervaren doch niet specifiek in het gebruik van de PsyMot getrainde psychomotorisch therapeuten?

Deelvragen:
- Is de IBB afhankelijk van het aantal jaren ervaring van de psychomotorisch therapeut met LVB jongeren?
- Is de IBB afhankelijk van de ervaring met het werken met de PsyMot?

Onze verwachting is dat de IBB hoger zal zijn naarmate de ervaring met de LVB doelgroep en de PsyMot groter is.

2 Methode

2.1 Onderzoeksgroep

Een groep van respectievelijk 14 en 12 psychomotorisch therapeuten heeft de video-opnames van de PsyMot bij 2 LVB cliënten gescoord. Deze cliënten waren woonachtig op de 3-milieus voorziening van 's Heeren Loo Kwadrant regio Middelrode, op de locatie Dijkhoek te Borculo. Het gaat hier om twee jongens van 15 jaar. De jongen van casus 1 heeft als hoofddiagnose een Reactieve hechtingsstoornis (DSM-IV-TR, 2001). De jongen van casus 2 heeft als hoofddiagnose een Pervasieve ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven (DSM-IV-TR, 2001).
De psychomotorisch therapeuten werden in het werkveld van de LVB doelgroep geworven. Bij voorkeur hadden zij ten minste drie jaar ervaring met de doelgroep.

De onderzoeksgroep is verdeeld in een aantal subgroepen.

- EE= meer dan 5 jaar ervaring als therapeut met de LVB doelgroep.
- NEE= minder dan 5 jaar ervaring als therapeut met de LVB doelgroep.
- PE= *wel* ervaring in het werken met de PsyMot
- NPE= *geen* ervaring in het werken met de PsyMot

2.2 Meetinstrument

Het scoren werd volgens de standaardprocedure van de PsyMot gedaan. Er werd gescoord op 67 items waarbij de volgende antwoordcategorieën werden gehanteerd:

0 = geen stoornis of beperking (geen, afwezig, verwaarloosbaar)
1 = lichte stoornis of beperking (gering, laag)
2 = matige stoornis of beperking (tamelijk)
3 = ernstige stoornis of beperking (aanzienlijk, hoog)
4 = volledige stoornis of beperking (totaal)

Wanneer er geen gegevens over het item beschikbaar waren, werd geen score toegekend. Aan de hand van de scores komt men tot indicatiestelling voor PMT en kan men behandeldoelstellingen opstellen. Deze behandeldoelstellingen zijn in 7 clusters opgedeeld. Voor elk item is in de itemlijst aangegeven naar welk(e) cluster(s) van behandeldoelstellingen het item verwijst. De scores van de specifieke items worden gewogen en opgeteld zodat een *clusterscore* ontstaat die eveneens van 0-4 loopt volgens bovenstaande interpretatie. Deze score wordt volgens de ICF richtlijn geïnterpreteerd, zodat beoordeeld kan worden of er redenen zijn een behandeldoelstelling te formuleren voor het betreffende behandelcluster (Emck, Hammink & Bosscher, 2007).

2.3 Procedure

- Er zijn video-opnamen gemaakt van 2 cliënten bij wie de procedure werd aangeboden zoals de PsyMot deze voorschrijft (bij elke cliënt werd de procedure één keer afgenomen).
- De beoordelaars kregen vooraf een algemene uitleg over de PsyMot (Bijlage A).
- De beoordelaars kregen vooraf instructie, middels een handleiding, hoe te handelen bij het scoren (Bijlage B).
- De beoordelaars hebben een gegevensformulier ingevuld (Bijlage C).
- De video-opnamen werden als geheel beoordeeld door de beoordelaars.
- De beoordelaars mochten zelf bepalen waar ze deze video-opnamen gingen bekijken en met wie.
- De beoordelaars mochten onderling niet overleggen, wanneer zij gelijktijdig en in dezelfde ruimte de opnamen bekeken.

- De cliënten en hun ouders / verzorgers hebben een toestemmingsverklaring ondertekend voor het gebruik van de gegevens (video opnamen) voor onderzoek.

De resultaten van het onderzoek naar de IBB van de PsyMot bij LVB jongeren, hebben betrekking op N=14 beoordelaars bij Casus 1 en N= 12 beoordelaars bij Casus 2.
De beoordelaars hebben twee keer een volledige PsyMot gescoord. Deze gegevens werden verwerkt in het digitaal scoringsformulier van de PsyMot. Dit resulteerde in clusterscores A t/m G.

2.4 Statistische analyse

De IBB werd voor de PsyMot berekend op de *clusterscores* via de DOMENIC-methode (Cicchetti, 1997). In deze methode werd 1 casus door meerdere beoordelaars beoordeeld. Aangezien deze methode minder bekend is, volgt hier enige toelichting.
De kenmerken van de methode zijn:

- Alle variatie in de mate van overeenstemming wordt meegewogen en niet alleen maar of er wel of geen overeenstemming is;

- Wanneer in de klinische schaal ook de beoordeling 'afwezig' zit, d.w.z. er bestaat volgens een beoordelaar geen probleem, dan wordt verschil van mening hierover (anderen geven een (bepaalde mate van) 'aanwezig' aan) zwaarder aangerekend, dan wanneer er alleen maar verschil bestaat over de mate waarin een kenmerk aanwezig is;

- Er wordt bepaald in welke mate een beoordelaar afwijkt van de anderen en er wordt een gemiddelde mate van overeenstemming bepaald;

- Voor iedere mate van overeenstemming wordt de statistische en klinische significantie vastgesteld;

- Voor iedere score van een beoordelaar op een schaal wordt vastgesteld of die significant afwijkt van het gemiddelde van alle overige beoordelaars, of van de score op een 'gouden standaard' (het ijkpunt).

Indien er geen 0 score (afwezigheid van het te beoordelen probleem) in de beoordelingsschaal zit, dan wordt de IBB berekend volgens de formule:

IBB = 1-(|score beoordelaar A – score beoordelaar B|) / (maximaal mogelijke verschil op de schaal).

Stel dat men meet op een 5-puntsschaal. Score beoordelaar A: 1 Score B: 2. Het maximale verschil is 5-1=4. IBB = 1-(|1-2|/4)= 0.75.

Wanneer er wel een 0-punt aanwezig is, zoals bij de PsyMot, is de berekening iets anders. Cicchetti (1997) heeft hiervoor berekeningstabellen gepubliceerd. Dan blijkt een 0-1 verschil tot een IBB van 0.71 en een willekeurig verschil van 1 punt verderop in de schaal tot een IBB van 0.86. Het afwezig-aanwezig verschil in beoordeling wordt dus zwaarder aangerekend.

Met de methode kunnen vervolgens de volgende vragen beantwoord worden:

- Wat is de gemiddelde overeenstemming tussen alle beoordelaars?

- Wat is de gemiddelde overeenstemming tussen alle te vormen tweetallen?

- Hoe is de overeenstemming statistisch en klinisch te beoordelen/waarderen?

Voor de berekening van de gegevens die nodig zijn om deze 3 vragen te beantwoorden, is gebruik gemaakt van SPSS 16.

3 Resultaten

3.1 Gemiddelde totale overeenstemming

De IBB geeft aan of therapeuten overeenstemming hebben in het scoren van probleemgedrag. De gemiddelde totale overeenstemming wordt met de DOMENIC-methode (Cicchetti, 1997) bepaald aan de hand van alle mogelijke combinaties van tweetallen. Bij 14 beoordelaars zijn dat (14x13)/2 = 91 combinaties. M.b.v. de overeenstemmingstabellen van Cicchetti kan voor ieder tweetal voor iedere clusterscore aangegeven worden wat de mate van overeenstemming is. De optelsom daarvan wordt gedeeld door 91 waarna de totale gemiddelde overeenstemming vastgesteld is. De resultaten van deze berekening zijn in tabel 1 weergegeven.

Tabel 1. *Gemiddelde totale overeenstemming per casus en de overeenstemming op basis van ervaring als therapeut met de LVB groep en met de PsyMot*

Casus 1 ↓	Cluster A (%)	Cluster B (%)	Cluster C (%)	Cluster D (%)	Cluster E (%)	Cluster F (%)	Cluster G (%)	**Totaal (%)**
Totaal casus 1 (N=14)	*91*	*83*	*94*	*88*	*90*	*88*	*84*	***88***
Subgroep: EE (N=8)	*93*	*76*	*93*	*88*	*92*	*84*	*82*	***87***
Subgroep: ee (N=6)	*90*	*92*	*95*	*92*	*90*	*92*	*92*	***92***
Subgroep: PE (N=7)	*91*	*96*	*100*	*93*	*96*	*92*	*92*	***94***
Subgroep: pe (N=7)	*92*	*81*	*92*	*86*	*93*	*84*	*85*	***88***
Casus 2 ↓								
Totaal casus 2 (N = 12)	*93*	*96*	*91*	*86*	*89*	*79*	*86*	***89***
Subgroep: EE (N=6)	*92*	*100*	*93*	*90*	*93*	*78*	*93*	***91***
Subgroep: ee (N=6)	*93*	*93*	*90*	*81*	*86*	*79*	*93*	***88***
Subgroep: PE (N=7)	*93*	*93*	*91*	*93*	*86*	*84*	*81*	***89***
Subgroep: pe (N=5)	*92*	*100*	*92*	*83*	*92*	*69*	*92*	***89***

- EE= meer dan 5 jaar ervaring als therapeut met de LVB doelgroep
- NEE= minder dan 5 jaar ervaring als therapeut met de LVB doelgroep
- PE= *wel* ervaring in het werken met de PsyMot
- NPE= *geen* ervaring in het werken met de PsyMot

In Tabel 1 is de mate van overeenstemming tussen alle beoordelaars en groepen beoordelaars op clusterniveau weergegeven in percentages. Hierbij geldt dat wanneer de uitkomst < 70 % is, de mate van overeenstemming als 'Poor' geïnterpreteerd wordt. Tussen 70 - 79 % als 'Fair', tussen 80 – 89 % als 'Good' en tussen 90 – 100 % als 'Excellent'.

3.2 Overeenstemming per beoordelaar met alle andere beoordelaars

Naast de totaal gemiddelde overeenstemming, kan met behulp van de DOMENIC – methode de mate van overeenstemming van elke individuele beoordelaar met de

beoordeling van alle andere beoordelaars berekend worden. Daarvoor wordt de overeenstemming van beoordelaar 1 berekend met die van beoordelaar 2, met beoordelaar 3, etc. Er wordt dus steeds een berekening in tweetallen gemaakt, waarna uiteindelijk een gemiddelde voor beoordelaar 1 berekend kan worden (89% voor casus 1, zie tabel 2). Vervolgens die van beoordelaar 2 met beoordelaar 1, beoordelaar 3, etc. Tabel 2 geeft weer wat de gemiddelde overeenstemming is voor casus 1 en casus 2.

Tabel 2. *Overeenstemming per beoordelaar met de andere beoordelaars in tweetallen*

Beoordelaar	casus 1 (%)	casus 2 (%)	gemiddeld (%)
1	*89*	*92*	*91*
2	*90*	*92*	*91*
3	*91*	*92*	*92*
4	*75*	*84*	*80*
5	*90*	*84*	*87*
6	*92*	*87*	*90*
7	*89*	*86*	*88*
8	*92*	*92*	*92*
9	*92*	*93*	*93*
10	*83*	*80*	*82*
11	*92*	*91*	*92*
12	*89*	*91*	*90*
13	*89*		*89*
14	*80*		*80*

3.3 Overeenstemming per beoordelaar in vergelijking met de gemiddelde beoordeling

Ten slotte kan statistisch bepaald worden in hoeverre de score van een beoordelaar afwijkt van de *gemiddelde* score van alle andere beoordelaars per clusterscore. Daartoe worden Z-scores berekend. De score van de beoordelaar wordt afgetrokken van de gemiddelde beoordeling over alle andere beoordelaars en gedeeld door de spreidingsmaat voor de scores, de standaarddeviatie (sd). Daaruit is af te lezen hoe de scoreafwijking van de beoordelaar t.o.v. het gemiddelde gerelateerd is aan spreiding van alle scores. Wanneer de beoordelaar een 2 heeft gescoord, en het gemiddelde bedraagt 1.6 en de sd bedraagt 1.0, dan wordt zijn Z-score dus (2-1.6)/1 = 0.40. Daarna wordt vastgesteld of de afwijking van 0.40 t.o.v. 1.6 statistisch significant is. Uit een statistische tabel met Z-waarden is af te lezen dat dat niet het geval is. Zie Tabel 3.1 voor de Z-waarden voor elk cluster van elke beoordelaar van casus 1 en Tabel 3.2 voor casus 2. Om statistisch significant af te wijken zijn waarden van ≤-1.96 of ≥1.96 nodig (in Tabel 3.1 en 3.2 staan deze aangegeven met een *).

Tabel 3.1 *Z – waarde Clusters, casus 1*

Beoordelaar	Z - Waarde Cluster A SD (0,579)	Z- Waarde Cluster B SD (0,825)	Z- Waarde Cluster C SD (0,497)	Z- Waarde Cluster D SD (0,616)	Z- Waarde Cluster E SD (0,611)	Z -Waarde Cluster F SD (0,611)	Z- Waarde Cluster G SD (0,829)
1	-1,36	0,87	0,72	0,12	0,47	1,17	1,12
2	0,37	0,87	0,72	0,12	0,47	1,17	1,12
3	0,37	0,87	0,72	0,12	0,47	-0,47	1,12
4	-1,36	-1,56	-1,29	-1,51	-1,17	-2,10*	-1,29
5	-1,36	-0,35	-1,29	0,12	-1,17	-0,47	-0,09
6	0,37	0,87	0,72	0,12	0,47	-0,47	-0,09
7	0,37	0,87	0,72	1,74	0,47	1,17	1,12
8	0,37	-0,35	0,72	0,12	0,47	1,17	-0,09
9	0,37	0,87	0,72	0,12	0,47	-0,47	-0,09
10	2,10*	0,87	0,72	1,74	2,10*	1,17	1,12
11	0,37	-0,35	0,72	0,12	0,47	-0,47	-0,09
12	0,37	-0,35	-1,29	0,12	-1,17	-0,47	-1,29
13	-1,36	-1,56	-1,29	-1,51	-1,17	-0,47	-1,29
14	0,37	-1,56	-1,29	-1,51	-1,17	-0,47	-1,29

Tabel 3.2 *Z – waarde Clusters, casus 2*

Beoordelaar	Z- Waarde Cluster A SD (0,515)	Z- Waarde Cluster B SD (0,389)	Z-Waarde Cluster C SD (0,577)	Z- Waarde Cluster D SD (0,603)	Z-Waarde Cluster E SD (0,669)	Z- Waarde Cluster F SD (0,793)	Z –Waarde Cluster G SD (0,754)
1	0,81	-0,43	0,29	0,00	-0,87	-0,11	-0,99
2	-1,13	-0,43	0,29	0,00	0,62	-0,11	0,33
3	-1,13	-0,43	0,29	0,00	-0,87	-0,11	0,33
4	-1,13	-0,43	-1,44	-1,66	-0,87	-1,37	-0,99
5	-1,13	-0,43	-1,44	-1,66	-0,87	-1,37	0,33
6	-1,13	-0,43	-1,44	0,00	-0,87	-1,37	-0,99
7	0,81	2,14	0,29	1,66	0,62	1,16	1,66
8	0,81	-0,43	0,29	0,00	0,62	-0,11	-0,99
9	0,81	-0,43	0,29	0,00	0,62	-0,11	0,33
10	0,81	2,14	2,02*	1,66	2,12*	1,16	1,66
11	0,81	-0,43	0,29	0,00	0,62	1,16	0,33
12	0,81	-0,43	0,29	0,00	-0,87	1,16	-0,99

4 Discussie

In dit onderzoek is de IBB onderzocht van de PsyMot bij jongeren met een LVB in de leeftijd van 12 t/m 16 jaar. De uitkomsten van de DOMENIC-methode geven aan dat de beoordelaars het goed tot uitstekend met elkaar eens zijn; de beoordeling per beoordelaar t.o.v. de gemiddelde beoordeling door alle andere beoordelaars geeft een zelfde beeld.

4.1 Gemiddelde totale overeenstemming

De mate van overeenstemming in het scoren bij casus 1 is 88% en bij casus 2 is deze 89%. Beide mogen volgens de DOMENIC-methode als 'Good' beschouwd worden. Daarbij zitten beide waarden dicht bij de 90% grens die als 'Excellent' beoordeeld mag worden. De algemene overeenstemming wordt bepaald door respectievelijk 14 en 12 beoordelaars op de beide casussen.

De beoordelaars verschillen in mate van de ervaring in jaren als therapeut, ervaring met de doelgroep en ervaring met het werken met de PsyMot.
De subgroep van beoordelaars die meer dan 5 jaar ervaring heeft als therapeut heeft ook meer dan 5 jaar ervaring in het werken met de LVB doelgroep en valt dus samen in dit onderzoek. Deze ervaren subgroep scoort op casus 1 op de mate van overeenstemming 'Good' (87%) en op casus 2 'Excellent' (91%).
De subgroep van beoordelaars die minder dan 5 jaar ervaring heeft als therapeut en minder dan 5 jaar ervaring heeft in het werken met de LVB doelgroep scoort op casus 1 op de mate van overeenstemming 'Excellent' (92%) en op casus 2 'Good' (88%).
Op casus 1 scoort de onervaren subgroep dus hoger qua overeenstemming en op casus 2 scoort de ervaren subgroep hoger qua overeenstemming. Hieruit blijkt dat de IBB niet afhankelijk is van het aantal jaren ervaring als psychomotorisch therapeut en ervaring met LVB jongeren.
Wel lijkt de ervaring in het werken met de PsyMot van enige invloed te zijn op de IBB. De subgroep *met* ervaring in het werken met de PsyMot scoort op casus 1 'Excellent' (94%) en op casus 2 'Good' (89%). De subgroep *zonder* ervaring in het werken met de PsyMot scoort op casus 1 `Good' (88%) en op casus 2 ook 'Good' (88%). Ervaring in het werken met de PsyMot lijkt dus, m.n. bij casus 1, een iets positievere invloed te hebben, althans op de mate van overeenstemming. Bij casus 2 is het verschil verwaarloosbaar.

Nog een opvallend gegeven is dat er met name in casus 2 (het gaat hier om een jongen met de diagnose Pdd-nos) op Cluster F veel variatie zit. Op dit cluster lijkt de gehele groep beoordelaars moeilijk tot overeenstemming te komen. Wanneer specifieker naar Cluster F gekeken wordt, valt op dat Cluster F mede bepaald wordt door items waarbij gekozen moet worden of er sprake is van externaliserend of internaliserend gedrag. Een verklaring hiervoor kan zijn dat het gedrag moeilijk te scoren is doordat het niet voldoende zichtbaar is op de videobeelden. Dit kan twee oorzaken hebben: de video-opnames zijn onduidelijk op dit gebied, of deze gedragswijzen komen te weinig naar voren vanuit de activiteiten in de afnameprocedure. Met name wanneer gedacht wordt aan de tweede oorzaak, zou het aanbieden van andere activiteiten waarbij dit gedrag meer belicht wordt en zo eenduidiger te scoren valt, een mogelijkheid zijn. Te denken valt aan activiteiten waarin tegengestelde belangen een rol spelen, zoals activiteiten met een competitie-element.
Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de beoordelaars erg verschillen in hun opvatting van wat precies onder externaliserend en internaliserend gedrag valt. Dit zou ondervangen kunnen worden door dit explicieter toe te lichten in de beschrijving en de beoordelaars te trainen op dit gebied. Dit zou meer onderzocht kunnen worden bij andere

casussen met vergelijkbare problematiek om uit te sluiten dat het in dit onderzoek om een toevalsbevinding gaat.

4.2 Overeenstemming per beoordelaar met alle andere beoordelaars

Wanneer er gekeken wordt naar de DOMENIC-scores over de tweetallen, wordt zichtbaar dat twee beoordelaars duidelijk lager overeenstemmen dan de anderen. De ene beoordelaar zit in de subgroep met minder en de ander in de subgroep met meer ervaring als therapeut en ervaring in het werken met de LVB doelgroep. Ook heeft de ene beoordelaar geen en de ander ervaring met de PsyMot. De factor 'ervaring' speelt dus geen verklarende rol.
Wel valt op dat beide beoordelaars geen opleiding hebben gevolgd aan de Hogeschool van Windesheim (BPT en/of Master/ VO PMT), of aan de Vrije Universiteit (Bewegingswetenschappen). Aangezien de subgroepen die gemaakt kunnen worden aan de hand van de genoten opleiding te klein zijn en er niet tot een eerlijke verdeling gekomen kan worden, zijn deze subgroepen niet gebruikt bij de berekeningen via de DOMENIC-methode. Een hypothese kan zijn dat kennis van psychopathologie en probleemgedrag binnen de genoemde opleidingen duidelijker gekoppeld worden aan bewegingsgedrag en andere opleidingen hier mogelijk anders aandacht aan besteden, waardoor er accentverschillen ontstaan. Dit zou bijvoorbeeld door middel van interviews met de beoordelaars onderzocht kunnen worden.

4.3 Overeenstemming per beoordelaar in vergelijking met de gemiddelde beoordeling

Over het algemeen worden weinig afwijkingen t.o.v. het gemiddelde gezien, waaruit een goede IBB voortvloeit. Dit betekent dat de waarden per beoordelaar in de range vallen van de gemiddelde waarden op elk cluster.

Ook hierbij scoren beoordelaar 4 en 10 opvallend. Beide scoren bij casus 1 en 2 een aantal keer significant afwijkend van het gemiddelde op sommige clusters.
Daarnaast zijn beoordelaar 13 en 14 opvallend. Zij scoren niet significant afwijkend, maar scoren beiden vaak negatief ten op zichte van het gemiddelde. Dit betekent dat zij het gedrag over het algemeen minder problematisch scoren in vergelijking met de andere beoordelaars. Opvallend is eveneens dat beoordelaar 4 alles negatief scoort, zowel op casus 1 als casus 2, d.w.z. dat deze op beide casussen het gedrag minder problematisch scoort dan de gemiddelde beoordelaar. Deze drie beoordelaars horen tot de subgroep met meer dan 5 jaar ervaring als therapeut en meer dan 5 jaar ervaring in het werken met de LVB doelgroep. Over deze drie beoordelaars kan zelfs gezegd worden dat zij meer dan 10 jaar ervaring hebben als therapeut in het werken met de LVB doelgroep.
Beoordelaar 10 scoort juist alles positief ten op zichte van het gemiddelde. Deze beoordelaar scoort het gedrag dus juist problematischer dan de gemiddelde beoordelaar. Beoordelaar 10 heeft minder dan 5 jaar ervaring als therapeut en dus ook in het werken met de LVB doelgroep.

Beoordelaar 4, 13 en 14 hebben allen *geen* ervaring in het werken met de PsyMot.
Uit bovenstaande gegevens zou de conclusie getrokken kunnen worden, dat beoordelaars met meer dan 5 jaar ervaring als therapeut en meer dan 5 jaar ervaring in het werken met de LVB doelgroep en daarnaast *geen* ervaring in het werken met de PsyMot, gedrag minder problematisch scoren dan het gemiddelde. Een mogelijke verklaring van deze conclusie kan zijn dat bij beoordelaars met veel ervaring het referentiekader veel rijker is dan bij de onervaren groep. De ervaren groep beoordeelt het gedrag minder problematisch. Zij zijn als het ware gewend geraakt aan de problematiek en zien problematisch gedrag niet meer als zodanig. Het wordt afgezet tegen hun rijke ervaring met nog ernstiger gedrag. Dit zou mogelijk kunnen komen doordat men probeert zo

objectief mogelijk te oordelen. Het zogenoemde contrasteffect (Stapel, Zeelenberg en Kroonen, 1996). Om deze uitspraak te kunnen bevestigen of ontkrachten en meer gefundeerde uitspraken te kunnen doen zal er nader onderzoek gedaan moeten worden.
Het afwijkend scoren door beoordelaar 10 kan hiermee niet verklaard worden. Wanneer er echter specifieker gekeken wordt naar beoordelaar 10, dan valt op dat dit de enige beoordelaar is die wel ervaring heeft in het werken als therapeut (2,5 tot 5 jaar), maar geen ervaring heeft in het werken met de LVB doegroep. Doordat de ervaring van deze beoordelaar als therapeut minder dan 5 jaar is, valt de beoordelaar in de 'onervaren' subgroep. Juist die onervarenheid als therapeut zou de reden kunnen zijn van het afwijkend scoren. Een hypothese is, dat deze beoordelaar ervaring heeft met een minder heftige doelgroep en daarom het gedrag wat gezien wordt in de casussen als meer problematisch scoort. In nader onderzoek kan gekeken worden of ervaren psychomotorisch therapeuten zonder ervaring met de LVB doelgroep het gedrag dat gezien wordt problematischer scoren dan de gemiddelde beoordelaar uit dit onderzoek.

4.4 Clusterscore F

Net als bij de DOMENIC-methode zien we bij het vergelijken op de Z-waarden de meeste variatie in waarden op cluster F. Bij casus 2 is op cluster F de spreiding in scores het hoogst van alle clusterbeoordelingen. De beoordelaars scoren hier dus verschillend. Ook al uit het totaalgemiddelde bleek dat men op Cluster F de minste overeenstemming heeft. En dat blijkt met de Z-waarden opnieuw. Wederom lijkt hiervoor de verklaring te liggen bij het scoren van items waarbij gekozen moet worden tussen externaliserend en internaliserend gedrag. Zoals in paragraaf 4.1.2 beschreven is zal het aanbieden van andere activiteiten waarbij dit gedrag meer belicht wordt en zo eenduidiger te scoren valt en deze items explicieter uit te leggen in de beschrijving en de beoordelaars te trainen op dit gebied ervoor zorgen dat de mate van overeenstemming in het scoren van deze items hoger zal uitpakken.

5 Conclusie

Naast de aantekeningen en aanbevelingen die al in dit hoofdstuk beschreven staan kan er een antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag wat de IBB van de PsyMot bij LVB jongeren in de leeftijd van 12 t/m 16 jaar, door ervaren doch niet specifiek in het gebruik van de PsyMot getrainde psychomotorisch therapeuten is.
De uitkomsten van de DOMENIC-methode geven aan dat de beoordelaars het goed tot uitstekend met elkaar eens zijn. De beoordeling per beoordelaar t.o.v. de gemiddelde beoordeling door alle andere beoordelaars geeft een zelfde beeld.
Concluderend kan gezegd worden dat psychomotorisch therapeuten aan de hand van de PsyMot tot een sterk overeenkomstige beoordeling van het gedrag van LVB jongeren in de leeftijd van 12 t/m 16 jaar komen.

6 Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Cicchetti, D.V. & Showalter, D. (1997). A new method for assessing interexaminer agreement when multiple ratings are made on a single subject: applications to the assessment of neuropsychiatric symptomatology. *Psychiatry Research, 72,* 51-63.

- Cicchetti, D.V. & Showalter, D. (1997). A computer program for assessing interexaminer agreement when multiple ratings are made on a single subject*. Psychiatry Research, 72*, 65-68.

- Didden, R. (red.) (2006). *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap – Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen.* Assen: van Gorcum.

- Emck, C. (2005, oorspronkelijk 1996). Een diagnostische procedure voor psychomotorische therapie. *Een vak apart – artikelen over psychomotorische therapie* (pp. 119-136). Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen.

- Emck, C., Hammink, M.N. & Bosscher, R.J. (2007). *PsyMot – Psychomotorische Diagnostiek en Indicatiestelling voor kinderen van zes tot twaalf jaar.* Utrecht: 't Web Publicatiefonds.

- Hammink, M.N. (2003). *Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder-en jeugdpsychiatrisch zorgveld – Ontwikkeling van een Psychomotorisch Diagnostisch Construct*. Academisch proefschrift. Maastricht: Shaker.

- Kraijer, D.W. & Plas, J.J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid.* Amsterdam: Harcourt.

- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en *Sport (2009). Gebruikersgids Zorgzwaarte pakketten: Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.*

- Stapel, D.A., Zeelenberg, M., & Koomen, W. (1996). Verdunning of omdraaiing?: Het effect van nauwkeurigheidsmotivatie en (re)activatie van informatie op persoonsoordelen. In N.K. de Vries, C.K.W. de Dreu, C. Stroebe, R. Vonk (Eds.) *Fundamentele sociale psychologie: Deel 10* (pp. 46-58). Tilburg: Tilburg University Press.

- Verhulst, F.C. (2000). *Kinder- en jeugdpsychiatrie: onderzoek en diagnostiek.* Assen: van Gorcum.

Bijlage A: Algemene uitleg PsyMot

De PsyMot, een instrument voor psychomotorische diagnostiek bij kinderen.

In 2003 ontwikkelde Hammink het psychomotorisch diagnostisch construct (PMDC). De gebruiksvriendelijkheid en de betrouwbaarheid van dit instrument bleken echter niet optimaal te zijn. Een project werd opgestart om het PMDC te optimaliseren. Het PMDC is gebaseerd op 2 peilers. Aan de ene kant het biopsychosociale ontwikkelingsdenken en aan de andere kant de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH-II, WHO 1998) (die inmiddels is vervangen door de ICF, international classification of functioning)

Om het PMDC te optimaliseren werd een diversiteit aan werkwijzen gekozen, die deels parallel aan elkaar zijn uitgevoerd en deels na elkaar. Het betrof daarbij kwalitatieve methoden, zoals literatuuronderzoek, interviews, enquêtes en expertpanels in combinatie met kwantitatieve methoden naar de IBB en het scoresysteem (Emck, 2006). Gedurende het onderzoek bleek dat de aanpassingen die gemaakt moesten worden zo ingrijpend waren*, dat er geen sprake meer was van een geoptimaliseerd PMDC, maar van een nieuw instrument.* De PsyMot! Een instrument voor psychomotorische diagnostiek bij kinderen tussen 6 en 12 jaar.

Uit de enquête en de paneldiscussie bleek dat de itemlijst van het PMDC te lang was. Niet alle items waren relevant, de structuur was in de praktijk onhandig en sommige definiëringen waren niet duidelijk genoeg. Vakspecifieke items, zoals spelgedrag en lichaamsbeleving, waren juist te summier opgenomen. Ook werden lage waarden voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gevonden (Aarts & Van Hoogmoed, 2004; de Baat & de Bijl, 2004). Dit alles vormde het uitgangspunt voor de verbetering van de itemlijst, waarbij de ICF als uitgangspunt diende.

Binnen de PsyMot wordt gescoord op 67 items, door middel van een vijfpuntsschaal. Waarbij score 0 staat voor geen problemen, en score 4 voor het feit dat de problemen zo groot zijn dat ze het functioneren van het kind volledig bepalen. Voorbeelden van items waarop onder andere gescoord wordt zijn: Bewustzijn, bewegingscoördinatie, lichaamsbeeld, ademhaling, omgaan met stress, tolerantie in relaties, naast elkaar spelen, externe spanningsbronnen.
Er wordt gescoord op de items aan de hand van videobeelden gemaakt tijdens de afnameprocedure. Die bestaan uit: de intake, sessie 1 (individuele bewegingsaanbod), sessie 2 (groepssessie, met 2 tot 4 kinderen).

De resultaten van de procedure worden verwerkt met een computerprogramma en vervolgens beschreven in een klinische rapportage. In deze rapportage komt vervolgens naar voren of er wel of niet een indicatie voor PMT is, welke behandelclusters geïndiceerd zijn en wat de doelen zijn.

Bijlage B: Instructie en uitleg - Scoren van de Items

- U krijgt 2x een casus te zien op video/dvd. Gemiddeld duurt een casus 2 uur en 15 minuten om te bekijken
- Het invullen van het score formulier neemt normaliter 20 minuten in beslag (afhankelijk of u de Itemuitleg terugleest en/of de video terug spoelt)
- De Items worden na afloop van elke sessie gescoord (na de Intake zet u de video/dvd op pauze en scoort u de Intake, ditzelfde doet u met sessie 1 en sessie2)
- U mag de video terugspoelen om een fragment nogmaals te bekijken
- U hoeft niet één casus aaneengesloten te scoren, u mag pauzes inlassen
- U mag, wanneer u met meerdere mensen tegelijkertijd de video/dvd bekijkt niet met elkaar overleggen.
- U vult op het scoreformulier een 0,1,2,3 of een 4 in bij de betreffende items. Dit op basis van uw ervaring, klinische blik en mogelijke bekendheid met de PsyMot. Daarbij geldt dat:

  0= Geen stoornis of beperking (geen, afwezig, verwaarloosbaar)
  1= Lichte stoornis of beperking (gering, laag)
  2= Matige stoornis of beperking (tamelijk)
  3= Ernstige stoornis of beperking (aanzienlijk, hoog)
  4= Volledige stoornis of beperking (totaal)

- **<u>Let op:</u> Bij de volgende items moet u in de opmerkingen vermelden of het om internaliserende dan wel externaliserende problematiek gaat: 32, 33, 47, 58 en 59**
- **<u>Let op:</u> Bij item 24 moet u in de opmerkingen vermelden of het gaat om overgewicht dan wel ondergewicht**.
- Wanneer er over een Item geen gegevens zijn of deze niet te scoren valt, scoort u het Item niet en kunt u het vakje blanco laten of u vult een G (geen info) in.
- Bij de toekenning van de score is het van belang de kalenderleeftijd van het kind in het oog te houden. Het gaat er altijd om of het kind voor zijn leeftijd een normale functieontwikkeling heeft, of bepaalde activiteiten voor zijn leeftijd voldoende kan uitvoeren
- U mag bijgevoegde aanvullende informatie over de Items bij het toekennen van een score raadplegen
- De Items 64 t/m 67 hoeft u niet te scoren zij vallen buiten ons onderzoek. Deze Items moeten worden beschreven en dragen bij aan het klinisch redeneer proces om vervolgens tot behandeldoelen te komen voor een cliënt.

Uitleg Items: Functies

1) Bewustzijn
De mate van bewustzijn en alertheid inclusief de helderheid en continuïteit van het wakker zijn. Het is een algemeen item, maar kan ook in bewegingssituaties geobserveerd worden.
bijv: is het kind alert in de zaal, is het kind soms afwezig, in trance? De score op dit item draagt bij aan de clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam (lichaamsbewustzijn) en cluster E: verbeteren zelfcontrole (concentratievermogen).

2) Oriëntatie in Plaats
Het zich bewust zijn van de plaats waar het kind zich bevindt, zoals de directe omgeving (gymzaal), de eigen stad of land.
Score draagt bij aan clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam (lichaamsbewustzijn) en D: verminderen van de motorische achterstand (Lichaams- en ruimtelijke oriëntatie).

3) Exploratie
Voor PMT betreft het de mate waarin het kind actief de ruimte en de materialen onderzoekt, door er bijv. naar toe te lopen, aan te raken en uit te proberen. De therapeut schept daarvoor voldoende mogelijkheid.
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen (motiveren en stimuleren) en D: verminderen van motorische achterstand.

4) Doorzettingsvermogen
Is er bij het kind een passende mate van prestatiemotivatie in bewegingsactiviteiten of geeft het zijn pogingen iets te bereiken snel op.
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen (motiveren) en E: verbeteren zelfcontrole (reguleren van energie, frustratietolerantie)

5) Driftbeheersing
Kan het kind tijdens bewegingsactiviteiten zijn/haar primaire impulsen onder controle houden? Of worden de bewegingsactiviteiten onderbroken door het volgen van plotselinge intense behoefte van het kind aan iets dat buiten de activiteit ligt? Impulsen zowel fysiek/motorisch (slaan, schoppen, gebaren) verbaal/paraverbaal (schelden, snuiven, boeren, spugen).
Clusterscore: E (zelfcontrole)

6) Aandacht
Kan het kind de aandacht goed richten en vasthouden in de situatie? Is het in staat de aandacht van de ene activiteit naar de andere te verplaatsen? Kan het de aandacht verdelen over verschillende dingen en gebeurtenissen, zoals in een spelsituatie? En kan het kind samen met iemand anders de aandacht op een object of activiteit richten (samen bouwen bijvoorbeeld).
Clusterscore: G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden (leren afstemmen, coöperatief samenspelen/

7) Bewegingsbeeld
Hoe toont het kind zich in bewegingssituaties en onderscheidt het zich van anderen. Het betreft habitueel gedrag, dat zichtbaar wordt in verschillende bewegingssituaties en op verschillende momenten.
Het bewegingsbeeld is observeerbaar in alle activiteiten die ruimte bieden voor spontaan bewegingsgedrag.
Score: draagt niet bij aan een specifiek behandelcluster.

8) Bewegingscoordinatie
Vooral in aan turnen en atletiek verwante bewegingssituaties kan men een indruk krijgen over de bewegingscoördinatie van het kind. Vooral bewegingen waarbij de ledematen onafhankelijk van elkaar bewegen zijn voor kinderen met een slechte coördinatie moeilijk.
Clusterscore D: verminderen van motorische achterstand.

9) Adequaatheid van de stemming
Congruentie van gevoel/affect met de omgeving, zoals blijheid bij het ontvangen van goed nieuws. Reageert het kind blij bij positieve gebeurtenissen in de PMT context? En reageert het verdrietig, boos of teleurgesteld als dit reëel is gezien de situatie? Denk ook aan adequate teleurstelling bij mislukking van een bewegingsactiviteit.
Clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam (bevorderen van contact met het eigen lichaam) en F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit.

10) Regulering van de stemming
Kan het kind de gevoelens die opgeroepen worden in de PMT situaties ervaren en verdragen? Bijvoorbeeld: kind is van slag bij het verliezen van een spelletje of het mislukken van een bewegingsopdracht. Of schiet het door in vrolijkheid wanneer er speelse grapjes gemaakt worden.
Clusterscore E: verbeteren van zelfcontrole.

11) Bereik van stemmingen
Kan het kind een spectrum aan gevoelens ervaren (liefde, haat, angst, verdriet, vreugde, vrees en boosheid) of beschikt aan een beperkt scala aan gevoelens? Kan het kind hierin nuanceren en is dit passend bij de kalenderleeftijd of wordt de emotionele arousal in één bepaalde richting ervaren (bijv: uitgelokte arousal zorgt voor angst of boosheid.
Clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam (bevorderen van het contact met het eigen lichaam).

12) Inzicht
Is het kind zich bewust hoe het zich gedraagt in bewegingssituaties? En begrijpt het zijn eigen bewegingspatroon, inclusief zijn vaardigheden en beperkingen, voor zover dat te verwachten valt gezien de leeftijd. Is het kind zich ook bewust van het gedrag van de anderen en begrijpt het waarom zij zich zo gedragen in de PMT situatie?
Heeft het kind het besef dat zijn gedrag de ander beïnvloedt en andersom? Bijvoorbeeld: beseft het kind als je een bal hard naar iemand gooit, de ander bang kan worden of je niet meer wilt spelen.
Clusterscore G: ontwikkelen van samenspel.

13) Lichaamsbewustzijn
Weet het kind bijvoorbeeld waar armen, benen, ellebogen, knieën, hart en longen zitten.
Kan het kind lichamelijke sensaties benoemen, zoals het hart voelen kloppen, moe of gespannen zijn. Zijn er lichaamssensaties die de lichaamsbeleving negatief kleuren, zoals pijn vermoeidheid, stijfheid, gespannen zijn, zwaarte, slapte, warmte, koude, gevoelens van vervreemding. Ervaart het kind zijn/haar lichaam als prettig.
Voor dit Item is expliciete bevraging noodzakelijk. Het kind zal geholpen moeten worden de aandacht op het eigen lichaam te richten.
Clusterscore A: aanvaarden eigen lichaam en B: ontwikkelen van plezier in bewegen en lichamelijkheid.

14) Lichaamsbeeld
De wijze waarop het kind zijn eigen lichaam waarneemt; de mate van overeenstemming met de realiteit. Kan het kind zijn uiterlijk of spiegelbeeld adequaat beschrijven? Zichzelf tekenen in overeenstemming met de werkelijkheid? Weet het kind of het groot, klein, smal of gespierd is?
Clusterscore C: ontwikkelen van een realistisch motorische competentiebeleving.

15) Lichaamswaardering
Het gaat hier om positieve of negatieve beoordelingen ten aanzien van bepaalde lichaamsdelen en functies of het gehele lichaam en het kunnen relativeren hiervan (wie is 100% tevreden).
Denk bij kinderen en jongeren ook aan de waardering van eigen lichaamslengte, gewicht, kracht, lenigheid, specifieke lichaamsdelen en secundaire geslachtskenmerken.
Hiervoor is wederom navraag noodzakelijk.
Clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam en C: Ontwikkelen van een realistisch motorische competentiebeleving.

16) Genderidentiteit
Wil het kind/jongere graag tot de andere sexe behoren? Draagt het bij voorkeur stereotype kleding van de andere sexe? Speelt het stereotype spelletjes van de andere sexe? Speelt het bij voorkeur met kinderen van de andere sexe? Fantaseert het aanhoudend over het tot de andere sexe behoren? Heeft het afkeer van de eigen geslachtskenmerken?
Let ook op de psychomotorische kenmerken wijzend op cross-gender gedrag, zoals houding, wijze van lopen (stoer of juist elegant), gooien, schoppen en dergelijke. Deze kenmerken zijn op zichzelf niet voldoende om afwijkend te scoren omdat zij grotendeels de normale variatie van gedrag bij kinderen weerspiegelen.
Clusterscore F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit.
N.B: het gaat hier niet om Cluster A: aanvaarden van het eigen lichaam.

17) Zelfbeeld
Het zelfbeeld omvat meer dan het beeld van het eigen lichaam, maar ook de kenmerken als sociale, cognitieve en motorische vaardigheden, karaktertrekken, overtuigingen, voorkeuren en kenmerkende gedragingen. Waar het kind van houdt en het goed in is? En is dit ook waar te nemen in de PMT situatie?
Clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam, C: ontwikkelen van een realistische motorische competentiebeleving, F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit en G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

18) Waargenomen motorische competentie
Maakt het kind een goede inschatting van wat het in bewegingssituaties kan? Kent het kind zijn bewegingsmogelijkheden? Of denkt het kind dat het iets niet kan en heeft het angst om te falen?
Clusterscore C: Ontwikkelen van een realistische motorische competentiebeleving.

19) Perceptie van onderscheid tussen realiteit en fantasie
Kan het kind "doen alsof". Denk ook aan spelsituaties waarin tegen elkaar wordt gespeeld: kan het kind na afloop van het spel weer overschakelen naar een coöperatieve houding, of denkt het nog steeds in oppositionele termen? Kan het kind symbolisch werken?
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen, C: ontwikkelen van een realistische motorische competentiebeleving en G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

20) Pijngewaarwording
Laat het kind op een of andere wijze merken dat het ergens pijn heeft tijdens de bewegingsactiviteiten? Benoemt het bepaalde lichaamsdelen als pijnlijk of gevoelig wanneer de aandacht op het lichaamsgevoel wordt gericht.
Clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam (bevorderen van contact met het eigen lichaam, tegengaan somatisering) en F: stimuleren zelfvertrouwen en expressiviteit.

21) Prikkelverwerking
Wijze waarop sensorische prikkels worden verwerkt, eventuele voorkeur voor visuele, auditieve, tactiele, olfactorische of gustatorische prikkels en synsthetische ervaringen.
Maakt het kind onderscheid tussen visuele en auditieve prikkels? Kan het vanuit diverse modaliteiten goed verwerken en integreren? Is het kind vooral op geluid (of beeld, of geur of tast, of smaak) gericht? Zoekt het bepaalde prikkels overdreven vaak op (lampen aan/uit doen, geluiden laten ontstaan, voelen aan materiaal)?
Clusterscore A: aanvaarden ven het eigen lichaam en B: ontwikkelen van plezier in bewegen en E: verbeteren zelfcontrole.

22) Ademhaling
Het patroon van in- en uitademen. Heeft het kind een normale ademhaling in rustige situaties? Of houdt het de adem vast, heeft het een hoge of snelle ademhaling, ademt het onregelmatig? En hoe is dat bij en na inspanning? Zijn er speciale situaties die het ademhalingspatroon sterk beïnvloeden (zoals angstige situaties).
Herstelt het ademhalingspatroon na ontregeling binnen redelijke tijd?
Clusterscore A: aanvaarden eigen lichaam, E: verbeteren zelfcontrole, F: stimuleren zelfvertrouwen en expressiviteit.

23) Inspanningstolerantie
Hiermee bedoelt men het uithoudingsvermogen, fysieke conditie. Is het kind snel buiten adem? Houdt het de activiteit minder lang vol dan leeftijdsgenootjes?
Clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam en B: ontwikkelen van plezier in het bewegen en D: verminderen van motorische achterstand.

24) Handhaving lichaamsgewicht
Heeft het kind last van over- ondergewicht? Wordt het kind gehinderd door zijn gewicht in bewegingsgedrag. Of is het gewicht een factor die het zelfbeeld en/of lichaamsbeleving negatief beïnvloedt.

Clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam en bij anorexia F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit en bij dikke/boulimische kinderen E: verbeteren zelfcontrole.

25) Kracht
Beschikt het kind over voldoende spierkracht? Kan het met kracht dingen of mensen duwen, trekken, ergens tegenaan schoppen, slaan, werpen.
Het gaat er niet om of het kind zijn kracht in sommige situaties niet durft te gebruiken. Het gaat erom of het kind over voldoende spierkracht beschikt. Is er sprake van dusdanige geremdheid dat het kind op geen enkele wijze kan beschikken over voldoende spierkracht, dus ongeacht de situatie, is er wel sprake van een afwijking op dit item.
Clusterscore B: ontwikkeling van plezier in bewegen en D: verminderen van motorische achterstand en expressiviteit.

26) Souplesse
In bewegingssituaties is te observeren of het kind voor zijn leeftijd en bouw voldoende lenig en soepel is. Denk bijvoorbeeld aan het nemen van een hindernisbaan, in het klimrek klimmen, rollen en duikelen. Het kan ook zo zijn dat bepaalde spiergroepen erg vastzitten of verkrampt zijn, bijvoorbeeld nek/schouders of benen, terwijl het kind verder over voldoende souplesse beschikt.
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen en D: verminderen van motorische achterstand en F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit.

27) Bewegingstaak leren
In de PMT situatie geldt dit alleen wanneer het kind voor hem een nieuwe bewegingsactiviteit krijgt aangeboden. Het is van belang dat het kind de taak begrijpt, kan starten, kan volhouden en kan voltooien.
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier en D: verminderen van motorische achterstand.

28) Bewegingsprobleem oplossen
Het betreft hier specifiek het oplossen van problemen binnen bewegingssituaties, zoals in spelsituaties of bij het uitvoeren van complexe bewegingsopdrachten, alleen of met anderen. Problemen kunnen zich voordoen op deelgebieden van de probleemoplossingvaardigheid, zoals het signaleren en analyseren van het probleem, het bedenken van oplossing en het evalueren van het effect hiervan.
Clusterscore E: verbeteren zelfcontrole G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

29) Ondernemen van de bewegingstaak
Hieronder valt het uitvoeren van een circuit, een bewegingsbaan bouwen, een bepaald type sprong op de trampoline of een serie bewegingen op muziek. Maar ook het samen hooghouden van een shuttle, meerdere ballen overspelen in een groepje, samen een burcht van blokken bouwen, een tenthuisje maken etc.
Clusterscore E: verbeteren zelfcontrole G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheid.

30) Hanteren van eigen mate van activiteit
Kan het kind de beschikbare energie goed verdelen over een spelletje of bewegingsopdracht? Of start het zich zodanig in de activiteit dat hij halverwege te moe is om verder te gaan? Is er een alles of niets patroon aanwezig of is het kind in staat ook gedurende langere tijd 50 of 80% van zijn energieniveau inspanning te leveren?
Of steekt het kind juist te weinig energie in de activiteit, zodat het resultaat van de bewegingshandeling niet optimaal is?
Clusterscore E: verbeteren zelfcontrole.

31) Hanteren van lichaamssignalen
Is het kind in staat in bewegingssituaties de eigen lichaamssignalen te voelen en herkennen en daar leeftijdsadequaat gedrag aan te verbinden? Denk aan: moe worden bij hardlopen en dan even neerploffen, bij het stokken van de ademhaling aangeven dat de situaties beangstigend is, bij dorst wat water gaan drinken, bij stoten aan materiaal 'au' roepen of wrijven enz. Het gaat hier dus om het gedrag dat het kind vertoont in reactie op lichaamssignalen en niet de hiermee verbonden gevoelsmatige ervaring van het lichaam.

Clusterscore A: aanvaarden van het eigen lichaam en C: ontwikkelen van een realistisch motorische competentiebeleving.

32) Hanteren emoties
Reageert het kind leeftijdsadequaat en aangepast aan de context bij momenten van boosheid, verdriet, blijheid en dergelijke in bewegingssituaties? Denk aan juichen bij een doelpunt, aangeven dat iets niet prettig is, boos kunnen kijken en fronsen, lachen, zeggen dat het iets jammer vindt, huilen bij verdriet en dergelijke. Zowel het niet of te weinig uiting geven aan emoties als het overmatig of inadequaat uiten van emoties duiden op beperkingen.
Clusterscore F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit (bij internaliserend gedrag) en/of E: verbeteren van zelfcontrole (bij externaliserend gedrag).

33) Omgaan met stress
Eenvoudige, complexe acties die nodig zijn om met druk en stress om te gaan bij het uitvoeren van taken, zoals op je beurt wachten, systematisch naar je spullen zoeken, en de tijd in de gaten houden. Het gaat erom of het kind in de PMT situaties adequaat coping-gedrag vertoont. Wordt het kind wellicht druk, paniekerig of onhandelbaar bij stressvolle gebeurtenissen? Of juist overdreven stil en in zichzelf gekeerd? Of is het kind in staat om op leeftijdsadequate manier in contact te blijven met anderen en steun te zoeken?
Clusterscore F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit en/of E: verbeteren van zelfcontrole.

34) Het maken van overgangen in bewegingssituaties
Het kunnen afsluiten van de ene situatie en het zich richten op een andere situatie. Kan het kind een bepaalde bewegingssituatie loslaten en de overgang maken naar de volgende situatie. Ook de ruimtelijke verandering van plaats geldt als een overgang. Raakt het kind van streek bij dergelijke veranderingen van de situatie? En kan het kind op adequate wijze de overgang maken van de zaal naar kleedruimte, gang of iets dergelijks?
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen.
(de informatie dien dit item geeft moet tevens worden meegenomen in de behandeling van de vorm van de therapie en de attitude van de therapeut, omdat het hier aan autisme verwant gedrag betreft dat doorgaans niet of nauwelijks te beïnvloeden is)

35) Begrijpen van lichaamstaal
Begrijpen van gelaatsuitdrukkingen, aanwijzingen of gebaren, lichaamshouding en andere vormen van lichaamstaal. Denk daarbij ook aan de non-verbale communicatie in bewegings- en fantasiespel, rollenspelen en werkvormen uit de bewegingsexpressie en dans.
Let op zowel het begrijpen van lichaamstaal van volwassenen als die van leeftijdsgenootjes.
Clusterscore G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden.

36) Gebruiken van lichaamstaal
Het gaat hier om het gebruik maken van bewegingen, lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen en gebaren om een boodschap over te brengen of te benadrukken. Denk hierbij aan spontaan gebruik van lichaamstaal, als wel het bewust gebruiken van lichaamstaal naar volwassenen en leeftijdsgenootjes.
Clusterscore G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden.

37) Objectcontrole
Kan het kind verschillende typen ballen werpen en vangen? Kan het rollen en stuiteren met een bal? Een voetbal wegschieten en tegenhouden met de voet? Beschikt het over voldoende vaardigheid op dit gebied voor zijn kalenderleeftijd?
Clusterscore D: verminderen van de motorische achterstand.

38) Locomotie
Zich verplaatsen door lopen en rennen: zich te voet verplaatsen door opeenvolgende stappen met of zonder zweefmoment; zichzelf van de ene naar de andere kant brengen op een andere wijze dan lopen of rennen, zoals klimmen, klauteren, balanceren, huppelen, kruipen, galopperen, zijwaartse pas, springen, om obstakels rennen en zwemmen.
Clusterscore D: verminderen van motorische achterstand.

39) Zich verplaatsen met speciale middelen
Voor de PMT betreft dit item ook steppen, fietsen, rolschaatsen, skaten, skateboarden, touwzwaaien en schommelen en eventuele andere wijzen van verplaatsen waarbij middelen worden gebruikt (balanceerballen, tonnen enz.)
Clusterscore D: verminderen van motorische achterstand.

40) Zelfzorg
Heeft het kind aandacht voor de verzorging en hygiëne van zijn lichaam? Denk aan haren kammen, handen wassen, op tijd naar het toilet gaan, gel in haar doen en versierselen dragen voor zover het zich voordoet in de PMT situatie en/of voor zover het kind daarover iets kan vertellen.
Clusterscore E: verbeteren zelfcontrole.

41) Zich kleden
Trekt het kind een extra kledingstuk aan bij afkoeling of doet het een sweater uit als hij het warm krijgt? Heeft het kind een idee van passende kleding voor de PMT situatie?
Clusterscore E: verbeteren zelfcontrole.

42) Omgaan met gevaar
Het vermijden van risico`s die kunnen leiden tot fysieke verwonding. Vermijden van potentieel gevaarlijke situaties, zoals spelen met vuur en over straat rennen door druk verkeer. In de PMT situaties gaat het hier om de wijze waarop het kind omgaat met gevaarlijke situaties, zoals het slaan met een knuppel bij slagbal, hoog in het klimrek klimmen, heen en weer zwaaiende schommels, risicovolle trampolinesprongen en dergelijke. Weet het kind wat hij aan kan en welke situaties voor hem risico opleveren? Vermijdt hij ze of zoekt hij ze op? Kan hij er op leeftijdsadequate manier verantwoordelijk mee omgaan? Of bezorgt hij zichzelf en anderen schade als een ander hem hiervoor niet behoedt?
Clusterscore C: ontwikkelen van een realistische competentiebeleving en E: verbeteren zelfcontrole.

43) Respect en warmte in relaties
Houdt het kind in de PMT situatie voldoende rekening met anderen? Gaat het kind op begripvolle wijze om met gevoelens van leeftijdsgenootjes? Is het wel eens lief en aardig naar anderen? Geeft het een ander wel eens een complimentje? Reageert het aardig als het een complimentje krijgt?
Clusterscore G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden.

44) Tolerantie in relaties
Toont het kind in de PMT situatie voldoende verdraagzaamheid voor het gedrag van de andere kinderen? Of is het kind snel gepikeerd en zoekt het snel ruzie? Denk bijvoorbeeld aan spelsituaties waarbij het per ongeluk botsingen voorkomen of aan een motorische onhandigheid van een ander kind, wat het uitvoeren van een samenwerkingsopdracht bemoeilijkt. Kan het kind dat verdragen?
Clusterscore G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden.

45) Kritiek in relaties
Verdraagt het kind feedback of kritiek van de therapeut? En van leeftijdsgenootjes? Is het kind in staat op leeftijdsadequate wijze kritiek te geven op anderen? Kan hij duidelijk maken wanneer hij het ergens niet mee eens is? Is hij in staat feedback te benutten om een goed beeld van zijn mogelijkheden te ontwikkelen?
Clusterscore C: ontwikkelen van een realistische motorische competentiebeleving en G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden.

46) Afstemmen op de ander
Maakt het kind goed oogcontact, zowel in gespreksmomenten als bij non-verbale oefeningen en spelletjes? Houdt het in houding, stem en gebaar rekening met de ander? Let daarbij op hoe het kind gaat zitten ten opzichte van de ander bij gespreksmomenten, maar ook op de afstemming van de bewegingen bij samenwerkingsoefeningen. Let op contactgroei en daarbij behorende toename van afstemming van het kind op de therapeut.
Clusterscore G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden.

47) Lichaamsattitude
Hoe zet het kind zijn lichaam in bij activiteiten? Reageert het kind adequaat op bewegingsactiviteiten waar lichamelijk contact plaatsvindt (blindemannetje, stoeivormen)? Gaat het lichamelijk contact aan of vermijdt het dit? Durft het kracht te gebruiken in contact met de ander? Durft het kind zich te laten zien of verbergt het zichzelf? Verhult het bepaalde lichaamsdelen? Is er sprake van tactiele afweer, dingen of mensen niet aan durven/willen raken? Wijkt het daarvan terug, verstart het, klampt het kind zich vast of raakt het geagiteerd? Seksualiseert het de situatie? En reageert het kind leeftijdsadequaat met leeftijdsgenootjes en volwassenen?
Clusterscore G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden, E: verbeteren zelfcontrole en F: stimuleren van zelfvertrouwen (internaliserend en vermijdend gedrag).

48) Omgaan met hulp en vertrouwen
Hulp durven en kunnen vragen, durven vertrouwen op anderen, hulp accepteren, vertrouwen bieden en op adequate wijze hulp kunnen aanbieden en geven. Vraagt het kind om hulp in bewegingsactiviteiten die het moeilijk vindt? Bijv. Lopen over een schuine of zwevende bank, koprollen salto`s enz. Accepteert het de hulp die geboden wordt en durft het erop te vertrouwen? Biedt het kind zelf ook hulp aan. Bijv. bij het dragen van materiaal of opruimen, neerzetten van spullen? Kan het kind ook vertrouwen geven, bijv. door zelf iemand rond te leiden en of op te vangen? Is er op dit punt een verschil in de omgang met volwassenen en leeftijdsgenootjes en is dit adequaat of duidt het op beperkingen?
Clusterscore G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden.

49) Beurt nemen en beurt afwachten
Kan het kind op zijn beurt wachten bij spelletjes, of gaat het altijd te vroeg van start? En hoe is dat in gespreksmomenten? Onderbreekt het voortdurende de anderen? Hoe reageert het kind als het in een rijtje moet staan? Wordt het onrustig, wiebelig, gaat het duwen/trekken/schoppen/slaan naar andere kinderen? Hoe reageert het kind als hij aan de beurt is bij activiteiten en gesprekken? Reageert hij tijdig en alert of traag? Dwaalt het kind soms af in gedachten, loopt het weg, gaat het met iets anders bezig en moet het er door de therapeut weer worden bijgehaald?
Clusterscore G: ontwikkelen van spel- en interactievaardigheden en E: verbeteren zelfcontrole

50) Alleen spelen
Kan het kind zichzelf op leeftijdsadequate wijze bezighouden met spelmateriaal als het daartoe de gelegenheid krijgt? Af stagneert het spel? Grijpt het kind terug op te kinderlijk spel?
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen.

51) Fantasiespel
Alsof-spel, waarbij objecten symbool staan voor iets anders, zoals het blokje als auto gebruiken bij het maken van een racebaan, winkeltje spelen en dergelijke, of spel waarbij het kind een bepaalde rol aanneemt, bijvoorbeeld rover of schatbewaarder. Het kind is in staat zich te verplaatsen in een fantasiespel en daar passend gedrag bij te vertonen.
Of heeft het kind een beperkt gedragsrepertoire voor zijn leeftijd? Is het kind voldoende flexibel in zijn gedrag of wordt het fantasiespel bepaald door een rigide voorkeur voor het spelen rond een bepaald thema of rol?
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen en G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

52) Toekijken bij spel
Is het kind in staat om te kijken hoe anderen spelen? En om daarbij mee te leven zonder te storen? Denk aan juichen bij een doelpunt, aanmoedigen, bijbehorende gezichtsexpressie.
Is het betrokken bij het spel van de ander? Probeert het spel van de ander te begrijpen, denkt het mee of vooruit?
Clusterscore G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

53) Naast elkaar spelen
Het gaat hierbij om het spelen terwijl een of meer anderen tegelijkertijd met iets anders spelen. Kan het kind voor zichzelf spelen zonder zich daarbij te laten beïnvloeden door de ander(en). Kan het anderen in hun spel laten? Kan het speelruimte delen, terwijl er tegelijkertijd voldoende speelruimte gerealiseerd wordt?
Clusterscore G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

54) Met elkaar samenspelen
Kan het kind samenspelen, zoals bij het overspelen in balspelen of samen iets bouwen? Kan het kind samen met andere kinderen een balspel of rollenspel opbouwen? Samenwerken in een teamspel?
Clusterscore E: verbeteren zelfcontrole en G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

55) Tegen elkaar spelen
Samen spelen met tegengesteld belang, tegenspel bieden in één-tegen-één spel of bij teamspel, spelen in competitie. Zoals tennis, badminton, waarin het kind zo moet spelen dat het voor de ander moeilijk is om terug te spelen, of teamspelen zoals voetbal en basketbal, waarin het tegenspel moet bieden aan kinderen van een andere partij. Kan het kind tegenstand bieden of is het kind snel uit positie te krijgen?
Clusterscore F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit en G: ontwikkelen van samenspelen en interactievaardigheden.

56) Omgaan met materiaal
Gaat het netjes en zorgvuldig om met materiaal? Zoals hoepels, ballen stokken, ringen, touwtjes en dergelijke. Snapt het kind de bedoeling van het materiaal (de functie waarvoor het gebruikt dient te worden)? Probeert het kind het materiaal ook uit in acceptabele mogelijkheden? Bijv: draaien op een schommel, bal via de muur stuiten enz.
Of maakt het juist spullen stuk of gaat het hier onzorgvuldig mee om?
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen en E: verbeteren zelfcontrole.

57) Variabiliteit in spelgedrag
Heeft het kind een kenmerkende wijze van deelnemen in spel, waarmee het zich bij herhaling in spelsituaties toont? Betreft het hier een patroon dat het kind beperkt in zijn deelname?
Typeringen: rivaliserend – strijdend, onderhoudend – vermijdend, verrassend – flexibel, resulterend - doelgericht, herhalend –rigide. Denk ook aan specifieke voorkeursacties van het kind, zoals aanvallen, verdedigen, spel verdelen, leiden of volgen.
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen en G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

58) Omgaan met winnen en verliezen
Kan het kind genieten van een overwinning bij spel en van het lukken van een moeilijke bewegingsactiviteit, of maakt hij het negatief? Schiet hij door in zijn vreugde, eventueel ten koste van anderen? Kan het kind verdragen als een activiteit mislukt of verliest? Herstelt het kind binnen redelijke tijd van de teleurstelling, of raakt hij te snel ontmoedigd of van slag?
Reageert hij zijn teleurstelling af op zijn omgeving? Kan het kind situaties aan die met rivaliseren te maken hebben (wedstrijdje)?
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen en lichamelijkheid, C: ontwikkelen van een realistische motorische competentiebeleving, G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden. (bij externaliserend gedrag draagt het Item bij aan clusterscore) E:

ontwikkelen van zelfcontrole, (bij internaliserend gedrag draagt het bij aan) F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit.

59) Omgaan met regels
Volgt het kind de regels van een spelletje zoals deze door de therapeut zijn uitgelegd of overtreedt het kind de regels voortdurend? En kan het ook meedenken over het maken van regels in een spelletje, of volgt het zonder eigen inbreng alle regels die gemaakt zijn, ook als deze onlogisch of onzinvol zijn? Is het kind voortdurend bezig de regels in zijn eigen voordeel toe te passen of te veranderen, zonder daarbij het spelverloop in zijn geheel in het oog te houden.
Clusterscore G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden. Bij externaliserend gedrag draagt dit Item bij aan E: ontwikkelen van zelfcontrole; bij internaliserend gedrag draagt het bij aan F: stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit.

60) Omgaan met afstand en nabijheid
Het innemen van een passende afstand ten opzichte van mede- en tegenspelers in de ruimte, in overstemming met de bewegings – of gesprekssituatie van dat moment. Het betreft hier zowel het kunnen realiseren van nabijheid, zoals bij het vinden van spelmaatjes als het kunnen houden van interpersoonlijke afstand als dat gewend is (rustig op je eigen plekje kunnen zitten in een gesprekje). Zit het kind te vaak te dicht op anderen, al of niet op storende wijze? Of houdt het juist erg veel afstand, waardoor het wellicht een geïsoleerde positie krijgt? Is er een verschil naar volwassenen en leeftijdsgenootjes.
Clusterscore G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

61) Omgaan met groepsgenoten/spelgenoten
Het omgaan met andere in de PMT groep, waarbij een goed evenwicht gevonden wordt tussen het voor zichzelf opkomen en het oog hebben voor de anderen in de groep. Durft het kind ruimte in te nemen, zijn stem te laten horen, aan te geven wat het wel en niet wil? Of houdt het kind zich erg op de achtergrond? Houdt het kind rekening met de anderen? Is het zich bewust van gedachten, gevoelens en intenties van anderen en doet het moeite deze te achterhalen, bijvoorbeeld door navragen? Vertoont het kind ook sociaal gedrag. Bijv. door anderen in het spel te betrekken en rekening te houden met wat de ander heeft aangegeven?
Clusterscore G: ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

62) Bewegingservaring in de schoolse context
Deelname aan gymlessen, schoolzwemmen en sport op school, of andere schoolse bewegingsactiviteiten (zeilkampen e.d.).
Participeert het kind in deze schoolse bewegingsactiviteiten? Of levert dit problemen op? Ervaart het kind deze activiteiten als plezierig? Ervaart het zichzelf als competent? Heeft het negatieve ervaringen opgedaan?
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen en lichamelijkheid, C: ontwikkelen van een realistische motorische competentiebeleving en D: verminderen motorische achterstand.

63) Bewegingservaring in de buitenschoolse context
Deelname aan informele bewegingsactiviteiten in de vrije tijd, zoals spelen (buiten op het plein, straat of veldje) of formeel georganiseerde sport (clubverband, scouting enz.). Zo ja, welk type (denk aan team/individueel, formeel/informeel). Voelt het kind zich competent in deze context of levert dit problemen op? Problemen kunnen ook zijn op financieel en praktisch gebied zijn (vervoer, eenoudergezinnen).
Clusterscore B: ontwikkelen van plezier in bewegen en lichamelijkheid, C: ontwikkelen van een realistische motorische competentiebeleving en D: verminderen van motorische achterstand.

Bijlage C: Gegevensformulier

Naam :_____
Geboortedatum :_____

Geslacht
- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Jaren ervaring als Psychomotorisch therapeut:
- ☐ 0 tot 2,5 jaar ervaring
- ☐ 2,5 tot 5 jaar ervaring
- ☐ 5 tot 7,5 jaar ervaring
- ☐ 7,5 tot 10 jaar ervaring
- ☐ Meer dan 10 jaar ervaring

Jaren ervaring met de Licht Verstandelijke Beperkte doelgroep:
- ☐ 0 tot 2,5 jaar ervaring
- ☐ 2,5 tot 5 jaar ervaring
- ☐ 5 tot 7,5 jaar ervaring
- ☐ 7,5 tot 10 jaar ervaring
- ☐ Meer dan 10 jaar ervaring

Genoten opleiding:
- ☐ HBO PMT
- ☐ HBO PMT + Master PMT/VO PMT
- ☐ HBO PMT + WO(Wetenschappelijk onderwijs)
- ☐ HBO PMT + WO + Master/VO PMT
- ☐ VU (Vrije Universiteit) Amsterdam
- ☐ VU Amsterdam + Master/VO PMT
- ☐ Ander WO
- ☐ Ander WO + Master/VO PMT
- ☐ Andere Opleiding

Ervaring in het werken met de PsyMot:
- ☐ Geen ervaring
- ☐ Geringe ervaring
- ☐ Redelijke ervaring
- ☐ Veel ervaring

Bijlage D: Score formulier

Klinische rapportage en scorelijst PsyMot:

Naam Kind :
Geboortedatum :
Datum: Intake :___-___-_____
Sessie 1 :___-___-_____
Sessie 2 :___-___-_____

Instelling / afdeling : `s Heerenloo, Kwadrant, Regio Middelrode

Scores: eindscore = hoogste score over intake + sessies; 0 = geen probleem; 1 = licht probleem; 2 = matig probleem; 3 = ernstig probleem; 4 = zeer ernstig probleem; G = geen gegevens

	Functies	Intake	Sessie 1	Sessie 2	Eindscor	Opmerkingen
1	Bewustzijn					
2	Oriëntatie in plaats					
3	Exploratie					
4	Doorzettingsvermogen					
5	Driftbeheersing					
6	Aandacht					
7	Bewegingsbeeld					
8	Bewegingscoördinatie					
9	Adequaatheid in stemming					
10	Regulering in stemming					
11	Bereik van de stemming					
12	Inzicht					
13	Lichaamsbewustzijn					
14	Lichaamsbeeld					
15	Lichaamswaardering					
16	Genderidentiteit					
17	Zelfbeeld					
18	Motorische competentiebeleving					
19	Realiteitstoetsing					
20	Pijngewaarwording					
21	Prikkelverwerking					
22	Ademhaling					
23	Inspanningstolerantie					
24	Handhaving lichaamsgewicht					
25	Kracht					
26	Souplesse					

	Activiteiten en Participatie	Intake	Sessie 1	Sessie 2	Eindscor	Opmerkingen
27	Bewegingstaak leren					
28	Bewegingsprobleem oplossen					
29	Bewegingstaak ondernemen					
30	Hanteren eigen mate van activiteit					
31	Hanteren van lichaamssignalen					
32	Hanteren van emoties					
33	Omgaan met stress					
34	Maken van overgangen					
35	Begrijpen van lichaamstaal					
36	Gebruiken van lichaamstaal					
37	Objectcontrole					
38	Locomotie					
39	Zich verplaatsen met middelen					
40	Zelfzorg					
41	Zich kleden					
42	Omgaan met gevaar					
43	Respect en warmte					
44	Tolerantie					
45	Omgaan met kritiek					
46	Afstemmen op de ander					
47	Lichaamsattitude / fysiek contact					
48	Omgaan met hulp en vertrouwen					
49	Beurt nemen en afwachten					
50	Alleen spelen					
51	Fantasiespel					
52	Toekijken bij spel					
53	Naast elkaar spelen					
54	Met elkaar samenspelen					
55	Tegen elkaar spelen					
56	Omgaan met materiaal					
57	Variabiliteit in spelgedrag					
58	Omgaan met winnen en verliezen					
59	Omgaan met (spel)regels					
60	Omgaan met afstand en nabijheid					
61	Omgaan met groeps / spelgenoten					
62	Bewegingservaring op school					
63	Bewegingservaring vrije tijd					
64	Beschermende factoren	n.v.t.				
65	Externe spanningsbronnen	n.v.t.				
66	Interne spanningsbronnen	n.v.t.				
67	Behoefte aan structuur	n.v.t.				

Bijlage E: Descriptive casus 1 en 2

Descriptive Statistics (CASUS 1)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
clusterscore_A	14	1	3	1,79	,579
clusterscore_B	14	0	2	1,29	,825
clusterscore_C	14	1	2	1,64	,497
clusterscore_D	14	0	2	,93	,616
clusterscore_E	14	1	3	1,71	,611
clusterscore_F	14	0	2	1,29	,611
clusterscore_G	14	1	3	2,07	,829
Valid N (listwise)	14				

Descriptive Statistics (CASUS 2)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
clusterscore_A	12	1	2	1,58	,515
clusterscore_B	12	1	2	1,17	,389
clusterscore_C	12	1	3	1,83	,577
clusterscore_D	12	0	2	1,00	,603
clusterscore_E	12	1	3	1,58	,669
clusterscore_F	12	0	2	1,08	,793
clusterscore_G	12	1	3	1,75	,754
Valid N (listwise)	12				

Bijlage F: Items Cluster F, casus 1 en 2

Casus 1 Descriptive Statistics

↓ Items van de PsyMot voor Cluster F	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
f9_adequaatheid_in_stemming_es	14	1	3	1,93	,829
f16_genderidentiteit_es	14	0	1	,07	,267
f17_zelfbeeld_es	14	0	3	1,93	,730
f20_pijngewaarwording_es	14	0	3	1,00	,961
f22_ademhaling_es	14	0	2	,21	,579
f24_handhaving_lichaamsgewicht_overgewicht_es	14	0	1	,14	,363
f24_handhaving_lichaamsgewicht_ondergewicht_es	14	0	3	,86	1,027
f25_kracht_es	14	0	2	,29	,611
f26_souplesse_es	14	0	3	,71	,914
ap31_hanteren_lichaamssignalen_es	14	0	3	1,79	1,122
ap32_hanteren_emoties_externaliserend_es	14	0	4	,79	1,311
ap32_hanteren_emoties_internaliserend_es	14	0	3	1,43	1,158
ap47_lichaamsattitude_fysiek_contact_externaliserend_es	14	0	3	,36	,929
ap47_lichaamsattitude_fysiek_contact_internaliserend_es	14	0	3	1,07	1,207
ap55_tegen_elkaar_spelen_es	14	0	3	,79	1,122
ap58_omgaan_met_winnen_verliezen_externaliserend_es	14	0	2	,29	,611
ap58_omgaan_met_winnen_verliezen_internaliserend_es	14	0	4	,71	1,139
ap59_omgaan_met_spelregels_externaliserend_es	14	0	4	,86	1,351
ap59_omgaan_met_spelregels_internaliserend_es	14	0	3	,79	1,188

Items Cluster F → Beoordelaar↓	9	16	17	20	22	24 over	24 onder	25	26	31	32 ext	32 int	47 ext	47 int	55	58 ext	58 int	59 ext	59 int
1	0,09	-0,27	1,47	-1,04	-0,37	-0,39	1,11	-0,47	0,31	-0,70	-0,60	1,36	-0,38	0,77	0,19	2,80	-0,63	0,85	-0,66
2	0,09	-0,27	0,10	1,04	-0,37	-0,39	2,09	1,17	1,41	-1,59	-0,60	0,49	-0,38	1,60	-0,70	-0,47	2,89	2,33	-0,66
3	1,29	-0,27	0,10	1,16	-0,37	-0,39	1,11	-0,47	-0,78	1,08	2,45	-1,23	-0,38	0,77	1,08	-0,47	-0,63	1,59	-0,66
4	-1,12	-0,27	-2,64	-1,04	-0,37	2,36	-0,83	-0,47	0,31	-1,59	0,16	-1,23	-0,38	-0,89	-0,70	1,17	-0,63	-0,63	-0,66
5	0,09	-0,27	0,10	-1,04	-0,37	-0,39	-0,83	-0,47	-0,78	-1,59	-0,60	0,49	-0,38	1,60	-0,70	-0,47	-0,63	-0,63	-0,66
6	0,09	-0,27	0,10	1,16	3,08	-0,39	0,14	-0,47	0,31	0,19	0,93	-1,23	-0,38	-0,06	-0,70	-0,47	0,25	-0,63	0,18
7	-1,12	-0,27	1,47	-1,04	-0,37	-0,39	-0,83	-0,47	2,50	1,08	-0,60	1,36	2,85	-0,89	1,97	-0,47	0,25	-0,63	1,86
8	-1,12	-0,27	0,10	1,04	-0,37	-0,39	-0,83	2,80	0,31	0,19	-0,60	0,49	-0,38	0,77	-0,70	-0,47	-0,63	0,85	-0,66
9	-1,12	-0,27	-1,27	1,04	-0,37	-0,39	0,14	-0,47	-0,78	1,08	-0,60	0,49	1,77	-0,89	-0,70	-0,47	0,25	-0,63	1,02
10	1,29	-0,27	0,10	2,08	-0,37	-0,39	1,11	1,17	-0,78	1,08	-0,60	0,49	-0,38	0,77	1,97	-0,47	1,13	-0,63	1,02
11	0,09	3,47	0,10	-1,04	-0,37	-0,39	0,14	-0,47	-0,78	0,19	1,69	-1,23	-0,38	-0,89	-0,70	-0,47	0,25	-0,63	1,86
12	-1,12	-0,27	0,10	1,16	1,36	2,36	-0,83	-0,47	0,31	0,19	0,16	-1,23	-0,38	-0,89	-0,70	1,17	-0,63	0,11	-0,66
13	1,29	-0,27	0,10	1,16	-0,37	-0,39	-0,83	-0,47	-0,78	0,19	-0,60	0,49	-0,38	-0,89	0,19	-0,47	-0,63	-0,63	-0,66
14	1,29	-0,27	0,10	1,16	-0,37	-0,39	-0,83	-0,47	-0,78	0,19	-0,60	0,49	-0,38	-0,89	0,19	-0,47	-0,63	-0,63	-0,66

Casus 2 Descriptive Statistics

Item↓ Items van de PsyMot voor Cluster F	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
f9_adequaatheid_in_stemming_es	12	0	2	,92	,793
f16_genderidentiteit_es	12	0	1	,08	,289
f17_zelfbeeld_es	12	0	3	2,00	,953
f20_pijngewaarwording_es	12	0	2	,92	,793
f22_ademhaling_es	12	0	2	,75	,622
f24_handhaving_lichaamsgewicht_overgewicht_es	12	0	0	,00	,000
f24_handhaving_lichaamsgewicht_ondergewicht_es	12	0	1	,17	,389
f25_kracht_es	12	0	1	,42	,515
f26_souplesse_es	12	0	2	,67	,778
ap31_hanteren_lichaamssignalen_es	12	0	3	1,25	1,055
ap32_hanteren_emoties_externaliserend_es	12	0	3	1,50	1,314
ap32_hanteren_emoties_internaliserend_es	12	0	3	,67	1,073
ap47_lichaamsattitude_fysiek_contact_externaliserend_es	12	0	2	1,00	,853
ap47_lichaamsattitude_fysiek_contact_internaliserend_es	12	0	3	,25	,866
ap55_tegen_elkaar_spelen_es	12	0	2	1,08	,793
ap58_omgaan_met_winnen_verliezen_externaliserend_es	12	0	3	,92	,996
ap58_omgaan_met_winnen_verliezen_internaliserend_es	12	0	2	,50	,798
ap59_omgaan_met_spelregels_externaliserend_es	12	0	2	,75	,965
ap59_omgaan_met_spelregels_internaliserend_es	12	0	3	,50	1,000
Valid N (listwise)	12				

Beoordelaar	9	16	17	20	22	24 over	24 onder	25	26	31	32 ext	32 int	47 ext	47 int	55	58 ext	58 int	59 ext	59 int
1	1,37	-0,29	0,00	0,11	0,40		-0,43	1,13	-0,86	-0,24	-1,14	1,24	1,17	-0,29	-0,11	-0,92	1,88	-0,78	-0,50
2	-1,16	-0,29	0,00	0,11	-1,21		-0,43	1,13	1,71	-1,18	1,14	-0,62	-1,17	3,18	1,16	2,09	-0,63	1,29	-0,50
3	-1,16	-0,29	1,05	-1,16	0,40		2,14	-0,81	-0,86	0,71	1,14	-0,62	-1,17	-0,29	1,16	-0,92	-0,63	-0,78	-0,50
4	-1,16	-0,29	-2,10	-1,16	-1,21		-0,43	-0,81	-0,86	-1,18	0,38	-0,62	1,17	-0,29	-0,11	0,08	-0,63	-0,78	-0,50
5	-1,16	-0,29	0,00	0,11	-1,21		-0,43	-0,81	-0,86	-1,18	-0,38	-0,62	-1,17	-0,29	-1,37	1,09	-0,63	1,29	-0,50
6	0,11	-0,29	-1,05	-1,16	0,40		-0,43	-0,81	-0,86	-1,18	0,38	-0,62	-1,17	-0,29	-1,37	0,08	-0,63	0,26	-0,50
7	0,11	-0,29	1,05	0,11	0,40		-0,43	-0,81	0,43	0,71	-1,14	2,17	0,00	-0,29	1,16	1,09	-0,63	1,29	-0,50
8	1,37	-0,29	1,05	-1,16	0,40		-0,43	-0,81	0,43	0,71	-1,14	0,31	0,00	-0,29	-1,37	0,08	-0,63	-0,78	-0,50
9	0,11	-0,29	0,00	1,37	-1,21		-0,43	1,13	-0,86	0,71	-0,38	-0,62	1,17	-0,29	-0,11	-0,92	0,63	1,29	-0,50
10	0,11	-0,29	1,05	1,37	2,01		-0,43	1,13	1,71	1,66	1,14	-0,62	1,17	-0,29	1,16	-0,92	1,88	-0,78	2,50
11	1,37	3,18	0,00	0,11	0,40		2,14	1,13	0,43	-0,24	1,14	-0,62	0,00	-0,29	-0,11	-0,92	0,63	-0,78	1,50
12	0,11	-0,29	-1,05	1,37	0,40		-0,43	-0,81	0,43	0,71	-1,14	1,24	0,00	-0,29	-0,11	0,08	-0,63	-0,78	0,50