

Psychomotorisch therapeutische observatie voor algemene diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie



Linda Biemond
Masteropleiding PMT
Januari 2010

Voorwoord:

Graag wil ik hierbij de mensen bedanken die mij hebben geholpen bij dit onderzoek. Allereerst is dat mijn begeleider Paul Hekking, die mij door zijn verdiepende vragen, de nodige vlekken in mijn nek heeft bezorgd, maar mij vooral heeft gebracht tot een resultaat waar ik heel trots op ben. De bij dit onderzoek betrokken expertpanelleden wil ik ook noemen, gezien het grote beroep dat ik op hen heb gedaan, in de vier expertpanelrondes. Verder wil ik mijn vriendin Marion Wennemars bedanken voor het meedenken en haar morele steun via de mail. Ook wil ik mijn collega's, Marieke, Maike, Maaïke, Pieter, Annemarijke en Theo noemen, gezien de tijd die ze tijdens het werk regelmatig hebben genomen om mijn hersenspinsels aan te horen. Last but not least wil ik natuurlijk Jef en mijn zoontjes Daan en Cas bedanken voor de geboden steun en het vele getoonde geduld tijdens het onderzoeksproces, maar ook tijdens de afgelopen studiejaren.

Linda Biemond
Nunspeet, januari 2010

Samenvatting:

De behoefte aan en het ontbreken van een gevalideerde psychomotorische (PMT) observatielijst, gericht op algemene diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie, hebben geleid tot dit onderzoek en tot de constructie van een dergelijke lijst. De volgende vragen hebben hierbij centraal gestaan: Welke PMT-observatie-items zijn relevant om te kunnen komen tot psychomotorisch therapeutische diagnostiek? En: is er een koppeling te maken tussen deze observatie-items en de drie psychische functies; de Trias Psychica, uit het psychiatrisch onderzoek (Hengeveld et al., 2007, pag.21-22)?

Op basis van bestaande literatuur is een conceptlijst opgesteld, waarbij de observatieitems zijn ingedeeld volgens de, door PMT-ers vaak gebruikte LECS-ordening (Hekking)¹, waarbinnen lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale gedragsmanifestaties worden onderscheiden. Deze clustering is aangehouden ten einde een overzichtelijke, hanteerbare, lijst te creëren, waarbinnen alle aspecten van gedrag naar voren komen.

Middels de Delphi-methode (Baarda et al., 2007, pag. 238), is met behulp van een panel van werkveldexperts een consensus bereikt over inhoud van een PMT-observatielijst. Dit directe onderzoeksresultaat bestaat uit 66 items, die door meer dan 75% van het expertpanel, relevant zijn bevonden. De indeling van de items in de verschillende LECS-gebieden is ook ter discussie gesteld en is op basis van een consensus vanuit één expertpanelronde, voorlopig gehandhaafd, maar behoeft nog nader onderzoek in de toekomst.

Vervolgens zijn op eigen geleide de consensus-based observatie-items, schematisch gekoppeld aan de Trias Psychica (Hengeveld et al., 2007, pag.21-22). Dit schema dient nog nader te worden onderzocht, maar vanuit de vergelijking en koppeling tussen de LECS en de Trias Psychica, kunnen wel een aantal voorlopige conclusies worden getrokken. Duidelijk wordt welk verband er mogelijk bestaat tussen gedragsmanifestaties in de zaal en de psychische functies. Middels de koppeling, kan preciezer en eenduidiger betekenis worden verleend aan het geobserveerde gedrag en kunnen PMT-observaties aansluiten bij de inhoud en terminologie van de Trias Psychica (Hengeveld et al., 2007, pag.21-22), waardoor multidisciplinair overleg eenvoudiger en succesvoller kan worden.

De grootste meerwaarde van psychomotorische observatie, gebruikmakende van de LECS-lijst, ten opzichte van het Trias Psychica (Hengeveld et al., 2007, pag.21-22), ligt in de contextgebondenheid van de observaties. Wanneer vervolgens in interpretaties, conclusies en hypothesen de LECS-Trias-Psychica-koppeling wordt gemaakt, levert dit een gecontextualiseerd beeld op van de psychiatrische problematiek van de patiënt, met aanvullend een bredere blik op lichamelijk en sociaal functioneren. Dit kan leiden tot concretere handvatten voor behandeling.

Op basis van de onderzoeksresultaten en de hier uit voortvloeiende aanbevelingen, kan worden geconcludeerd dat de LECS-lijst nog verder is aan te scherpen wat betreft hanteerbaarheid in de praktijk, maar ook dat psychomotorische observatie in de algemene volwassenenpsychiatrie een terrein is waarbinnen nog veel te onderzoeken is.

¹ LECS is een afkorting van voor lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal functioneren, is een praktische bewerking van het biopsychosociaal model en de medisch psychiatrische onderzoeksvisie en is geformuleerd door P.Hekking.

Inhoudsopgave:

H1. Inleiding

1.1. Aanleiding onderzoek	pag. 5
1.2. Relevantie onderzoek	pag. 5
1.3. Het doel van het onderzoek:	pag. 5
1.4. De globale probleemstelling van het onderzoek	pag. 6
1.5. Het conceptueel model	pag. 6
1.6. Theoretische uitgangspunten	pag. 6
1.7. Het verband tussen de theoretische uitgangspunten	pag. 7
1.8. Bespreking relevante literatuur	pag. 7

H2. Methode

2.1. Globale omschrijving methode	pag. 8
2.2. Verantwoording van keuze van onderzoeksmethode	pag. 8
2.3. Selectie onderzoeksgroep	pag. 8
2.4. Data-analyse globaal	pag. 8
2.5. De onderzoeksprocedure	pag. 9

H3. Resultaten

3.1. De resultaten vanuit de data-analyse van de expertpanelrondes	pag. 12
3.2. Conclusies naar aanleiding van de consensus-based LECS-lijst	pag. 16
3.3. De koppeling tussen de Trias Psychica en de LECS	pag. 16
3.4. Trias Psychica-LECS-schema: TP-LECS-schema	pag. 17
3.5. Wat valt op bij het vergelijken van de LECS en de Trias Psychica?	pag. 18

H4. Discussie en Conclusie

4.1. Het beantwoorden van de globale probleemstelling van het onderzoek	pag. 19
4.2. Praktische aanbevelingen ten aanzien van de LECS-lijst en de koppeling	pag. 19
4.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	pag. 20
4.4. Sterke en zwakke punten van het onderzoek	pag. 21
4.5. Een belangrijk discussiepunt	pag. 22
4.6. Algemene conclusie	pag. 22

Bijlagen:

Bijlage 1: Literatuurlijst	pag. 23
Bijlage 2: Korte beschrijving van de geselecteerde lijsten	pag. 24
Bijlage 3: Samenstelling expertpanel	pag. 28
Bijlage 4: Respons per ronde en overzicht opleidings- en werkervaringverdeling.	pag. 29
Bijlage 5: LECS-conceptobservatielijst eerste ronde	pag. 30
Bijlage 6: Informatiebrief voorafgaande aan de eerste expertpanelronde	pag. 33
Bijlage 7: LECS-concept-observatielijst 2 ^e ronde	pag. 35
Bijlage 8: Informatiebrief voorafgaande aan de tweede expertpanelronde	pag. 39
Bijlage 9: LECS-concept-observatielijst 3 ^e ronde	pag. 40
Bijlage 10: LECS-TP-schema	pag. 43
Bijlage 11: LECS-behandelplanformat	pag. 44
Bijlage 12: Innovatieplan PMT-diagnostiek	pag. 47

H1. Inleiding

1.1. Aanleiding onderzoek:

De aanleiding voor dit onderzoek is de behoefte aan concrete handvatten, bij het opstellen van een psychomotorisch therapeutische diagnose in de volwassenen psychiatrie. Daarbij is het van belang om vanuit de PMT goed aan te kunnen sluiten bij het psychiatrisch onderzoek, zodat er binnen een behandelteam dezelfde taal wordt gesproken en vanuit een eenduidige diagnose, gezamenlijk een behandelplan kan worden opgesteld. Dit onderzoek doet een aanzet tot het uiteindelijk ontwikkelen van een standaardobservatieprotocol voor volwassenen in de psychiatrie, door het opstellen van een consensus-based PMT-observatielijst, voor algemene diagnostiek.

1.2. Relevantie onderzoek:

Waarom moet er een algemene standaardobservatielijst komen?

** Profileren van het vak binnen de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg:* Voor elke professie in de GGZ en dus ook voor de PMT, is een goede profilering, middels gevalideerde methodes en protocollen, van belang. ‘In de huidige gezondheidszorg moeten keuzes worden gemaakt over vraag en aanbod. De onderbouwing van de beroepsuitoefening zal mede bepalend zijn voor de ruimte en de plaats die de PMT in de gezondheidszorg zal kunnen innemen’ (nvpmt, 2007, pag.2). Ook ten aanzien van het product ‘PMT-diagnostiek’, is het dus van belang om de inhoud en verantwoording ervan, wetenschappelijk en evidence-based aan te tonen.

** Dezelfde taal spreken door het aansluiten bij het psychiatrisch onderzoek:* De ontwikkeling van een PMT-observatielijst, die aansluit op ‘Het psychiatrisch onderzoek’ (Hengeveld et al., 2007), kan bewerkstelligen dat binnen een behandelteam dezelfde taal wordt gesproken en uiteindelijk vanuit een eenduidige diagnose, gezamenlijk een behandelplan wordt opgesteld.

** Mogelijkheid tot een voor- en nameting middels een gevalideerde observatielijst:* Door het gebruik van een gevalideerde lijst, bestaat de mogelijkheid om een voor- en nameting te doen bij een PMT-behandeling. Op deze manier wordt het effect van de PMT inzichtelijk gemaakt.

** Een lijst gericht op algemene diagnostiek in plaats van een doelgroepspecifieke lijst:* Bij het observeren ten behoeve van algemene diagnostiek, is het van belang te kijken vanuit een holistisch visie. Specifieke probleemgebieden staan altijd in verband met de psychische functies van de patiënt. Door een algemene PMT-observatielijst aan te houden en deze te ordenen vanuit de ‘LECS’; een door veel PMT-ers gebruikte kapstok (Hekking)¹ en vanuit de Trias Psychica; de ordening van functiegebieden binnen het psychiatrisch onderzoek (Hengeveld et al., 2007, pag. 21-22), wordt voorkomen vanuit een kokervisie te observeren en belangrijke verbanden en betekenissen te missen.

1.3. Het doel van het onderzoek:

De ontwikkeling van een consensus-based observatielijst ten behoeve van PMT in de volwassenenpsychiatrie. Tevens wordt beoogd een koppeling te maken tussen de psychomotorische diagnostiek en de Trias Psychica, uit het psychiatrisch onderzoek.

¹ LECS is een afkorting van voor lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal functioneren, is een praktische bewerking van het biopsychosociaal model en de medisch psychiatrische onderzoeksvisie en is geformuleerd door Paul Hekking.

1.4. De globale probleemstelling van het onderzoek:

Het onderzoeken welke observatie-items van belang zijn, om te komen tot een algemene psychomotorische diagnostiek. Tevens het onderzoeken hoe deze observatielijst gekoppeld kan worden aan de Trias Psychica (Hengeveld et al., 2007, pag.21-22) uit het psychiatrisch onderzoek (Hengeveld et al., 2007).

1.5. Het conceptueel model:

Bij het observeren en duiden van gedrag, kan uitgegaan worden van verschillende concepten. Bij dit onderzoek is uitgegaan van het volgende concept:

Geobserveerd bewegingsgedrag binnen de PMT-zaal, zegt iets over 'gedrag' buiten de zaal en daarmee over het psychiatrisch functioneren van een patiënt. De psychomotorische observatie en diagnostiek, kunnen dus als richtsnoer dienen om te komen tot algemene psychiatrische diagnostiek. De psychiater komt hiertoe, middels 'Het psychiatrisch onderzoek' (Hengeveld et al., 2007), waarop vervolgens een DSM-IV-diagnose wordt gebaseerd. De PMT-diagnostiek zou, om deze reden gekoppeld moeten worden aan de drie functiegebieden van de Trias Psychica, die een groot onderdeel zijn van het psychiatrisch onderzoek (Hengeveld et al., 2007).

Deze koppeling is te maken doordat de gedragsmanifestatiegebieden vanuit de LECS (Hekking)¹, en de psychische functies in het psychiatrisch onderzoek; de Trias Psychica (Hengeveld et al., 2007, pag. 21-22), overeenkomsten hebben met elkaar. De LECS (Hekking)¹ onderscheidt de volgende vier gedragsmanifestatiegebieden: lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal. De Trias Psychica (Hengeveld et al., 2007, pag.21-22) onderscheidt de volgende drie hoofdgroepen van psychisch functioneren: affectief (emoties en affect), cognitief (bewustzijn, aandacht, oriëntatie, waarneming, denken en geheugen) en conatief functioneren (psychomotoriek, motivatie en gericht gedrag). Binnen dit onderzoek staat de constructie van een consensus-based observatielijst, op basis van literatuur en klinische expertise, centraal. Vanuit de LECS-ordening en vanuit de vergelijking met de Trias Psychica (Hengeveld et al., 2007, pag. 21-22) worden een aantal conclusies en aanbevelingen gedaan, waarvan een aantal nog nader onderzoek behoeven.

1.6. Theoretische uitgangspunten:

Bij dit onderzoek is uitgegaan van een relationeel mensbeeld (Gordijn et al., 1975 en Tamboer, 2004), het biopsychosociaal paradigma (Engel, 1980), en een medisch psychiatrische visie (Hengeveld et al., 2007). Binnen de visie van Gordijn (Gordijn et al., 1975) gaat men er vanuit dat een mens altijd in interactie is met zijn wereld (relationeel mensbeeld). Bewegen en bewegingsgedrag is intentioneel en bewegingsgedrag is dus diagnostisch materiaal. Mens en wereld kunnen niet onafhankelijk van elkaar bestaan, ze verwijzen naar elkaar en daarom is de relatie tussen hen betekenisvol. De betekenis van deze relatie heeft invloed op de conclusies die je erover trekt en dus op de diagnostiek. Binnen de visies van Tamboer (2004) en Engel (1980) wordt de patiënt gezien als een psychosociale, somatische eenheid. Dat wil zeggen dat men weliswaar drie aspecten kan onderscheiden; geestelijk, sociaal en lichamelijk, maar dat deze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en elkaar voortdurend beïnvloeden. Ten aanzien van de PMT-diagnostiek betekent dit dat alle LECS-aspecten onderling een betekenisvolle relatie hebben, die van belang is in een juiste diagnose. De Trias Psychica is gebaseerd op de *medisch psychiatrische onderzoeksvisie*, waarbinnen zowel naar de somatische als psychiatrische functies wordt gekeken en de samenhang hiertussen. Somatische aandoeningen en biochemische processen worden steeds vaker in verband gebracht met het psychiatrisch functioneren en de diagnostiek.

1.7. Het verband tussen de theoretische uitgangspunten:

Het verband tussen deze drie visies is het wel kunnen onderscheiden maar niet scheiden van aspecten van het menselijk functioneren (Petzold, 1988). Bij de besproken visies wordt binnen diagnostiek onderscheid gemaakt tussen verschillende deelgebieden van menselijk functioneren, door gedrag te analyseren. De diagnose wordt echter pas compleet, als er een relatie wordt gelegd tussen de deelgebieden onderling, als er wordt gekeken naar hun invloed op elkaar en wanneer de invloed van de context op het gedrag hierin wordt meegenomen. Dit gebeurt vanuit deze visies, waarbij Gordijn nog extra de nadruk legt op de intentionaliteit van bewegen en de relatie met de buitenwereld. Binnen de PMT-observatie ligt de nadruk op deze intentionaliteit en de contextgebondenheid van gedrag en is daardoor een belangrijke aanvulling op het psychiatrisch onderzoek. Een PMT-observatie vanuit de LECS, gekoppeld aan de Trias Psychica, resulteert in een zo compleet mogelijk beeld van de patiënt en zijn gedrag en kan dus bijdragen tot een goede diagnostiek.

1.8. Bespreking relevante literatuur:

Bij dit onderzoek is literatuur geraadpleegd over algemene psychiatrische diagnostiek, zoals Het psychiatrisch onderzoek (Hengeveld et al., 2007) en de DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), maar ook over psychomotorische diagnostiek. Binnen het onderzoek is uitgegaan van: de checklist PMT van Emck (2005, oorspronkelijk 1996) , het bewegingsonderzoek van Van Roozendaal (1971), de bewegingsobservatie voor PMT van Kuin (1992) en de Leuvense Observatieschaal voor gebruik in de PMT (Simons et al, 1990). Uitgesloten zijn observatielijsten gericht op specifieke problematiek en/of op andere leeftijdscategorieën, met uitzondering van de Psymot-observatielijst (Emck et al., 2007) en de lijst met beschermende vaardigheden vanuit de Stress Management Training (Emck, 1998). Deze zijn wel specifiek gericht, maar veelomvattend, gevalideerd en naar mijn mening bruikbaar als voorbeeld voor een volwassenenlijst.

Het verantwoorden van de keuze voor een standaardobservatieprotocol, waarvan binnen dit onderzoek alleen de observatielijst is opgesteld, is gebaseerd op literatuur, over de huidige ontwikkelingen en eisen vanuit de gezondheidszorg, die worden gesteld aan vaktherapie. Zoals: In beweging (Van Hattum& Hutschemaekers, 2007) en de Handleiding voor module-ontwikkeling voor PMT (NVPMT, 2007). Het verantwoorden van de keuze voor een observatielijst geordend op basis van de LECS en de Trias Psychica, is gebaseerd op de volgende literatuur over verschillende referentiekaders: 'Het psychiatrisch onderzoek' (Hengeveld et al., 2007), 'Filosofie van de bewegingswetenschappen' (Tamboer, 2004), 'Integratieve bewegingstherapie' (Petzold, 1988) en het boek 'Wat beweegt ons' (Gordijn et al.,1975).

H2. Methode

2.1. Globale omschrijving methode: De constructie van een consensus-based observatielijst voor volwassenen in de psychiatrie, op basis van een kwalitatief, praktijkgericht actieonderzoek, middels de Delphi-methode (Baarda et al., 2005).

2.2. Verantwoording van keuze van onderzoeksmethode: Om tot de constructie van een breed gedragen, algemene standaardobservatielijst voor PMT in de volwassenenpsychiatrie te komen, is het onderzoek gebaseerd op zowel een literatuurstudie, als op klinische expertise vanuit het werkveld. Door binnen de Delphi-methode (Baarda et al., 2005) uit te gaan van een groep werkveldexperts, met verschillende opleidingsachtergronden en werkervaring en door een consensus van minimaal 75% aan te houden, is een breed gedragen lijst samengesteld, die als PMT-observatielijst voor algemene diagnostiek, bruikbaar is voor veel PMT-ers in Nederland, werkende in de volwassenenpsychiatrie.

2.3. Selectie onderzoeksgroep: Binnen het werkveldexpertpanel ² (Baarda et al., 2005) samengesteld uit 16 leden, lopen werkervaring en vooropleiding uit één. Meerdere therapeuten met minimaal 10 jaar werkervaring zijn gevraagd, om vanuit een scherpe klinische blik, gebaseerd op ruime werkervaring, tot een gedegen resultaat te komen. Tevens zijn een aantal PMT-ers met minder werkervaring benaderd, om ook mogelijke nieuwe inzichten omtrent observatie en diagnostiek, mee te nemen in het onderzoek. Het expertpanel is samengesteld uit 16 PMT-ers, waarvan tien momenteel werkzaam zijn in de algemene volwassenenpsychiatrie. Zes van de panelleden hebben dit in het verleden gedaan. In bijlage 3 staat het expertpanel omschreven en bijlage 4 beschrijft per ronde, de expertpanelrespons en opleidings- en werkervaringverdeling.

2.4. Data-analyse globaal: De conceptobservatielijst is gebaseerd op 6 bestaande lijsten³, gezamenlijk bestaande uit 250 items. De 145 hieruit geselecteerde items zijn in drie expertpanelrondes, op relevantie beoordeeld.

Op basis van de overgrote meerderheid van panelleden die een observatie-item relevant achtten ; minimaal 75%, is een tweede conceptlijst opgesteld, waarbij 27 items, die door 50 tot 75 % van het panel relevant werden bevonden, opnieuw in de vragenlijst ter discussie zijn gesteld. Hierbij is ook uitgegaan van een minimale overeenkomst van 75 %, alvorens een item in de lijst is opgenomen. Nieuw toegevoegde items zijn, op basis van een te lage score, niet toegevoegd aan de LECS-lijst.

Binnen de 3^e expertpanelronde is gebruik gemaakt van een vijf-puntsschaal om de mate van relevantie en prioriteit van een observatie-item nogmaals te beoordelen, ten einde de LECS-lijst te verkorten en hiermee hanteerbaarder te maken voor de praktijk. Dit resulteerde in een observatielijst van 66 items.

Binnen een extra toegevoegde 4^e expertpanelronde is de indeling van de observatie-items over de LECS-gebieden ter discussie gesteld. In totaal zijn er binnen deze ronde 10 verschillende items eenmalig als ‘niet-goed-ingedeeld’ benoemd. Vanuit een besloten ‘wijzigingscriterium’⁴ van 25 % bleef de LECS-indeling gehandhaafd.

² Het woord ‘werkveldexpertpanel’ wordt ook aangeduid met het woord ‘panel’.

³ De aangehouden criteria en selectie van observatielijsten zijn omschreven in stap 1: pag. 9

⁴ Wijzigingscriterium: het percentage van panelleden, waarbij en waarboven de indeling van een item opnieuw ter discussie wordt gesteld en zonodig moet worden gewijzigd.

2.5. De onderzoeksprocedure:

Stap 1: het literatuuronderzoek	Stap7: data-analyse expertpanelronde 2
Stap 2: constructie conceptobservatielijst	Stap 8: expertpanelronde 3
Stap 3: de koppeling met de Trias Psychica	Stap 9: data-analyse expertpanelronde 3
Stap 4: expertpanelronde 1	Stap 10: expertpanelronde 4
Stap 5: data-analyse expertpanelronde 1	Stap 11: data-analyse expertpanelronde 4
Stap 6: expertpanelronde 2	

Stap 1: het literatuuronderzoek:

Het voorafgaande literatuuronderzoek was met name gericht op het selecteren van relevante PMT-observatielijsten. Hierbij is onder andere gebruik gemaakt van een overzicht van bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten (Hammink, 2005, pag. 238-252) en is gekeken naar de volgende criteria:

- * Gerichtheid op observatie.
- * Gerichtheid op volwassenen en volwassenenpsychiatrie.
- * Gerichtheid op algemene diagnostiek in plaats van doelgroep- of problematiek-specifieke diagnostiek.
- * Bruikbaarheid en relevantie ten aanzien van algemene psychiatrische diagnostiek bij volwassenen, ondanks hun specifieke doelgroepgerichtheid.
- * Discriminatieve en evaluatieve doelstelling ten aanzien van gedrag.
- * Betrouwbaarheid in de PMT-praktijk.
- * Validiteit in de PMT-praktijk.
- * Veelvuldig gebruik ervan in de PMT-praktijk.

Aangezien er weinig wetenschappelijk onderzoek omtrent PMT-observatie en -diagnostiek heeft plaats gevonden, zijn tevens lijsten geselecteerd, die binnen de PMT-praktijk grote bekendheid genieten en veelvuldig gebruikt worden.

Vanwege de mogelijke relevantie en bruikbaarheid ten aanzien van PMT-diagnostiek bij volwassenen en het in de praktijk veelvuldige gebruik ervan, zijn de observatielijst van de Psymot (Emck et al., 2007), 'de lijst met beschermende vaardigheden' vanuit de Stress Management Training (Emck, 1998) en de checklist van Emck (1996) ook meegenomen in het onderzoek, ondanks hun gerichtheid op specifieke problematiek en of doelgroep.

Naast bovenstaande praktische criteria is niet uitgegaan van één overkoepelend theoretisch kader waar vanuit de lijsten zijn ontwikkeld. Wel is gekeken of de observatielijsten verschillende aspecten van menselijk gedrag beschrijven en hun invloed op elkaar, uitgaande van een holistische visie (Tamboer, 2004). Daarnaast is gekeken in hoeverre items contextvol zijn omschreven of kunnen worden omschreven, uitgaande van de intentionaliteit van bewegen en de contextgebondenheid van gedrag (Gordijn, Gordijn et al., 1975).

In de chronologische volgorde van de lijsten komt naar voren dat aan deze criteria in steeds grotere mate wordt voldaan, waarbij Van Roozendaal een start heeft gemaakt met het onderscheiden van verschillende aspecten van bewegen en gedrag. De Psymot en de checklist van Emck zijn de meest recente, maar ook meest brede, veelomvattende en contextvolle observatielijsten. De binnen dit onderzoek geconstrueerde LECS-lijst pretendeert dit ook te zijn, maar dit kan, door het aanscherpen van de observatie-item-omschrijvingen en definities ervan, nog worden geoptimaliseerd. In bijlage 2 staan de 6 geselecteerde lijsten kort samengevat, waarbij de werkwijze, het doel, de doelgroep, de validiteit, de betrouwbaar, de mate van het gebruik ervan en de ontwikkelingsachtergronden zijn omschreven.

Stap 2: het construeren van de conceptobservatielijst:

De geselecteerde lijsten bevatten tesamen 250 observatie-items. Na het samenvoegen van inhoudelijk overeenkomstige items, is de conceptlijst opgesteld op basis van de volgende criteria: observeerbaarheid van de items in de therapiezaal, relevantie ten aanzien van volwassenen en het algemeen psychiatrisch functioneren en de helderheid van een item en zijn betekenis. De conceptlijst bevatte na selectie 145 items, die zo eenduidig mogelijk zijn gedefinieerd, om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te optimaliseren en is ingedeeld volgens de LECS-ordening⁵. De lijst bleek een aantal niet-observeerbare items te bevatten, die echter voorkwamen in het merendeel van de geselecteerde lijsten en aanvullend kunnen zijn voor de diagnostiek. Deze ‘niet observeerbare’ items staan in de definitieve LECS-lijst apart omschreven en passen in een bewegingsanamnese en vragenlijst.

Stap 3: het maken van de koppeling met de Trias Psychica:

De geselecteerde observatie-items zijn vervolgens binnen een schema gekoppeld aan de Trias Psychica. Het zogenaamde TP-LECS-schema (het Trias Psychica-LECS-schema) verduidelijkt welk verband er mogelijk bestaat tussen gedragsmanifestaties in de zaal en de drie psychische functies. Op deze manier gebruikt, kunnen PMT-observaties aansluiten bij de inhoud en terminologie van de Trias Psychica. Dit schema is op eigen geleide opgesteld en ter discussie gesteld bij de psychiater, het non-verbale team en drie ervaren PMT-ers van Stichting de Meerkanten. Het is omwille van de onderzoekstijd niet ter beoordeling, maar alleen ter informatie, in de 1^e expertpanelronde meegestuurd.

Stap 4: Expertpanelronde 1

Een panel van experts (Baarda et al., 2005), heeft de conceptobservatielijst toegestuurd gekregen ter beoordeling van de relevantie per observatie-item. Hiernaast zijn de panelleden ook gevraagd om de door hen gemiste items toe te voegen en is een open vraag bijgesloten, betrekking hebbende op de mogelijke voorwaarden voor een, in de praktijk hanteerbare PMT-observatielijst. De respons hieromtrent heb ik in het onderzoek uitsluitend meegenomen als aanbeveling bij het construeren van de definitieve LECS-lijst.

Stap 5: Data-analyse expertpanel ronde 1

Van de 145 ter discussie gestelde observatie-items zijn er 108 door 75% of meer van de panel leden relevant bevonden, 33 tussen de 50 en 75% en 4 items zijn door minder dan 50% van het panel relevant bevonden. De uitkomst van de open vragen ten aanzien van de voorwaarden voor een hanteerbare PMT-observatielijst, zijn opvallend te noemen, kijkende naar de grote hoeveelheid relevant bevonden items en het door het merendeel van de panelleden genoemde criterium van een korte lijst. De respons in deze ronde is 100% en het panel van 16 leden is qua omvang en diversiteit wat betreft opleiding en werkervaring, zeer representatief te noemen (zie bijlage 3).

Stap 6: Expertpanelronde 2

Op basis van eigen inzicht en aanvullende feedback vanuit het panel, zijn een aantal inhoudelijk overeenkomstige items samengevoegd. Dit natuurlijk uitsluitend wanneer de relevantiescores van deze items in dezelfde categorie (>75%, of 50-75%) vielen. Dit resulteerde in een nieuwe conceptlijst, bestaande uit 113 items, waarvan er 28 opnieuw ter beoordeling zijn voorgelegd. Eén nieuw, door een panellid gemist observatie-item in de eerste conceptlijst, is toegevoegd.

⁵ De verdeling van observatie-items over de LECS-gebieden is in de 4^e expertpanelronde ter discussie gesteld.

Conceptobservatielijst expertpanelronde 2:

Vastgestelde observatie-items >75% relevantie	Ter discussie gestelde observatie-items 50-75% relevantie	Toegevoegde, ter discussie gestelde observatie-items	Totaal aantal observatie-items
84	28	1	113

Stap 7: Data-analyse expertpanelronde 2

Door wederom uit te gaan van een minimale overeenkomst van 75%, zijn 9 observatie-items relevant bevonden van de 29 ter discussie gestelde items (28 met een score tussen 50 en 75% en 1 nieuw toegevoegd item) en 20 daarentegen niet, wat betekent dat de nieuwe lijst 93 items bevat. Wederom zijn een aantal inhoudelijk overeenkomstige items samengevoegd, waardoor een lijst is ontstaan van 90 items.

Stap 8: expertpanelronde 3

Op basis van het aangegeven criterium voor een korte lijst en het grote aantal relevant bevonden observatie-items, is besloten binnen een 3^e expertpanelronde een vijf-puntsschaal te gebruiken om de relevantie en prioriteit per item in uit te drukken. De respons is binnen de derde ronde iets lager, maar dit panel van 12 leden is qua omvang en diversiteit wat betreft opleiding en werkervaring, representatief te noemen (zie bijlage 4).

Stap 9: data-analyse ronde 3

Vanuit een besloten inclusiecriterium van 75 % ten aanzien van de vijf-puntsschaal, werd een observatie-item voldoende relevant bevonden bij een score van minimaal 3,75. Dit getal is vastgesteld door 75% te berekenen van 5 (vijf-puntsschaal), uitgaande van een inclusiedrempel van 7,5 op een schaal van 10. Dit resulteerde in de definitieve LECS-observatielijst bestaande uit 66 items, die gemiddeld 3,75 punten of meer scoorden.

Stap 10: expertpanelronde 4

Binnen de vierde extra toegevoegde expertpanelronde is de indeling van de observatie-items over de LECS-gebieden ter discussie gesteld. Gevraagd is om per item aan te geven of deze in het juiste gebied is ingedeeld en zoniet: onder welk LECS-gebied het item wel valt. De respons in deze ronde is 8 panelleden en is qua omvang en diversiteit wat betreft opleiding en werkervaring, wederom representatief te noemen (zie bijlage 4).

Stap 11: data-analyse ronde 4

Vanuit een besloten wijzigingscriterium⁶ van 25 % zou de indeling van een observatie-item opnieuw bekeken worden. Dit is wanneer 2 of meer van de 8 panelleden aangaven de LECS-indeling van een item niet kloppend te vinden. In totaal zijn er 10 items 1 keer als 'niet-goed-ingedeeld' benoemd. Aangezien hierdoor het wijzigingscriterium van 25% niet is overschreden, blijft de indeling gehandhaafd. Wegens tijdsgebrek is de indeling niet binnen een 5^e expertpanelronde ter discussie gesteld. Voor het verder valideren van de LECS-lijst en -indeling is dit wel van belang. Dit wordt genoemd in de aanbevelingen.

⁶ Wijzigingscriterium: het percentage van panelleden, waarbij en waarboven de indeling van een item opnieuw ter discussie wordt gesteld en zonodig moet worden gewijzigd.

3.1. De resultaten vanuit de data-analyse van de expertpanelrondes:

De Consensus-based LECS-lijst:

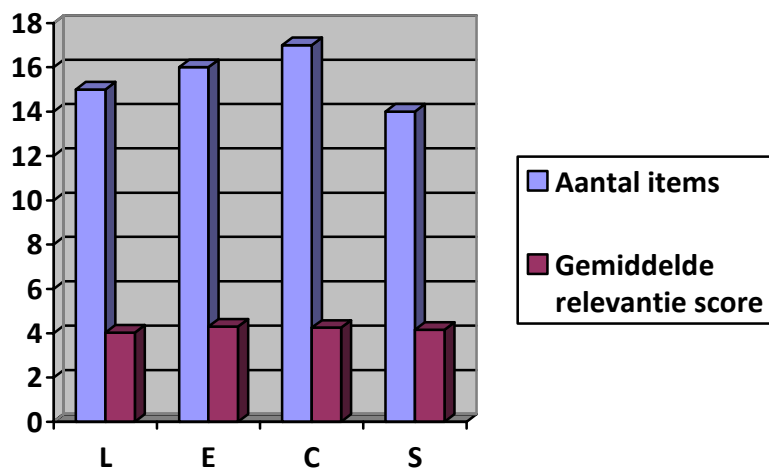
	Lichamelijk	Definitie	Relevantie score
1	Mimiek	De uitdrukkingbewegingen van het gezicht	4.125
2	Oogcontact	De mate van en de manier van het maken van oogcontact	4.125
3	Gestiek	Het gebruik van lichaamstaal en gebaren	3.75
4	Houdingsbeeld	De onbewuste en bewuste presentatie van het lichaamsbeeld aan anderen	4.6
5	Bewegingsbeeld	De onbewuste en bewuste presentatie van bewegingskenmerken aan anderen	4.6
6	Spanning in het bewegen	Stotig en hoekig verloop van bewegen	3.8
7	Somatische klachten	Lichamelijke klachten	3.75
8	Prikkelverwerking	Het omgaan met en reageren op sensorische prikkels	4
9	Mate van activiteit / initiatiefname	De mate van activiteit en/of passiviteit binnen de activiteit/context	3.875
10	Remming	De mate van remming in het bewegen	4.375
11	Omgang met fysieke grenzen / beperkingen	Het besef hebben van en de manier van omgaan met fysieke grenzen en beperkingen	4
12	Impulscontrole	Het controle hebben over de aandrang, prikkel, stimulans, om iets te doen	4
13	Doorzettingsvermogen	Het vermogen om een plan, taak of voornemen, door te zetten/vol te houden	4
14	Motorische coördinatie	Het controleren, beheersen van motorische bewegingen	3.75
15	Ruimte innemen tijdens het bewegen	Het innemen van ruimte door het lichaam / de ledematen tijdens het bewegen	3.75
16	Ademhaling	Het patroon van in- en uitademen	3.75
X	Niet observeerbaar item: Bewegingservaring/herinnering schoolgym		3.75

	Emotioneel	Definitie	Relevantie score
17	Inhoud stemming	Het geheel en samenspel van gevoelens dat gedurende een bepaalde periode bestaat	4.75
18	Adequaatheid stemming	Congruentie van het gevoel of affect met de situatie/context	4.375
19	Regulatie stemming	Het ervaren van gevoel/stemming en het vermogen affect te tonen	4.125
20	Affect	Zichtbare of hoorbare expressie van emotie	4.25
21	Krenkbaarheid	De mate en snelheid van het zich gekwetst voelen	3.875
22	Zelfvertrouwen	Het vertrouwen hebben in je eigen mogelijkheden	4.25
23	Motorische competentiebeleving	Emotionele beleving van de eigen motorische prestaties	4
24	Zelfbeleving	Emotionele zelfbeleving van de eigen identiteit/persoon	4.5
25	Lichaamsbeleving	Emotionele beleving van het eigen lichaam	4.5
26	Angst	Gevoel van (dreigend) onheil of gevaar	3.875
27	Angsttolerantie	Het verdragen van en omgaan met angst	3.75
28	Achterdocht	Argwaan, wantrouwen	4.25
29	Hanteren lichaamssignalen	Het letten op lichaamssignalen en hier adequaat mee omgaan	4.375
30	Hanteren emoties	Het gedragsmatig reguleren en adequaat uiten van emoties	4.75
31	Omgaan met stress	Eenvoudige, complexe en gecoördineerde acties die nodig zijn om met druk en stress om te gaan	4.5
32	Frustratietolerantie	Het verdragen van en omgaan met frustratie	4.625
X	<i>Niet observeerbaar item: Interne emotionele spanningsbronnen</i>	<i>Gevoelens of gedachten die spanning en/of angst en/of onrust veroorzaken</i>	<i>4.125</i>

	Cognitief	Definitie	Relevantie score
36	Alertheid	Het met de gedachten aanwezig/betrokken zijn bij het nu	4.5
37	Realiteitstoetsing	Het kunnen maken van een onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid	4.125
38	De aandacht richten / vasthouden / verdelen	De aandacht richten / vasthouden / verdelen	4.375
39	Taakgerichtheid	De mate van gerichtheid van vasthoudendheid in het vervullen van een taak/opdracht	3.875
40	Overzicht houden	Het kunnen overzien van een groter geheel door de aandacht te kunnen richten, verdelen, vasthouden en wisselen	4
41	Oriëntatie in tijd/plaats/persoon	Het zich bewust zijn van de tijd/tijdperiode waarin je je bevindt, om je te situeren in de ruimte en om andere mensen te herkennen	4
42	Inzicht in het eigen gedrag/spelgedrag	Het zich bewustzijn en het begrijpen van zichzelf en het eigen gedrag binnen bewegingssituaties	4.375
43	Inschatting van de eigen fysieke mogelijkheden	Inschatting van de eigen fysieke mogelijkheden	4.125
44	Cognities ten aanzien van het actuele eigen ziek zijn	Ideeën en overtuigingen t.o.v. het eigen ziek zijn en de mogelijke oorzaken en invloeden t.o.v. hiervan	4.25
45	Cognities ten aanzien van het eigen lichaam en het lichamelijk functioneren	Ideeën en overtuigingen t.o.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren	4.25
46	Het begrijpen van lichaamstaal	Het begrijpen van de betekenis, die wordt uitgedrukt via bewegingen, lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen	3.875
47	Het kunnen maken van de transfer tussen de therapie-context en andere contexten	Het kunnen leggen van een link tussen het ervaren en geleerde in de zaal en ervaringen en de manier van handelen in andere contexten/situaties	4.25
48	Leervermogen	Het vermogen iets te leren	4
49	Herbelevingen	Voorstellingen van plaatsgevonden traumatische, gebeurtenissen die zich tegen de wil opdringen, met het intact blijven van het realiteitsbesef	3.875
50	Perceptie (beeld/idee) van het eigen lichaam	De wijze van waarnemen van het eigen lichaam	4.875
51	Zelfbeeld	De bewuste voorstelling van de eigen persoon	4.875
52	Rand/psychotische symptomen	Aanwezigheid van wanen en of hallucinaties, waarbij het contact met de werkelijkheid verstoord is of wisselend aanwezig is	4.625
X	Niet-observeerbaar item: Interne spanningsbronnen	Gevoelens of gedachten die iemand angstig, verward, onrustig, of van streek maken	4.375

	Sociaal	Definitie	Relevantie score
53	Omgaan met stress/druk van buitenaf	Het aanwezig zijn van adequaat copinggedrag binnen de context	3.875
54	Uiten en delen van emoties	Uiten en delen van emoties	4.625
55	Naar binnen/buiten gericht (intro-/extrovert)	Is iemand in zijn handelen/houding en communicatie naar binnen gericht/op zichzelf gericht of naar buiten gericht/op anderen?	4.5
56	Omgaan met winst en verlies	Het kunnen hanteren van ervaringen van winst en verlies, lukken en mislukken en rivaliteit	3.75
57	Omgang met sociale grenzen / normen	De mate en de manier van omgaan met sociale grenzen/normen	4.125
58	Hulp/steun vragen/bieden/accepteren	Het vragen, bieden en accepteren van emotionele en/of praktische steun en/of hulp	4.5
59	Leiding geven/accepteren	Het binnen de activiteit kunnen geven van leiding en/of accepteren van leiding van anderen	3.875
60	Verantwoordelijkheid voelen/nemen	Het verantwoordelijk voelen voor eigen handelen binnen een activiteit, en/of ook voor anderen en/of het handelen op basis hiervan	4.375
61	Omgaan met afstand en nabijheid	Het kunnen innemen van een passende afstand t.o.v. mede- en tegenspelers in de ruimte, ook rekening houdend met eigen en andermans grenzen daarin	4.625
62	Omgaan met kritiek	Verdraagzaamheid t.o.v. feedback van anderen en de manier van omgaan ermee	3.75
63	Sociale vaardigheden	Vaardigheden voor het aangaan en onderhouden van contact	4
64	Sociale initiatiefname	De mate van en de manier van het nemen van sociale initiatieven	4.25
65	Omgaan met fysieke aanraking	De manier van omgaan met fysieke aanraking	3.875
66	Vertrouwen op een ander	Het durven vertrouwen op anderen	4.125
X	Niet-observeerbaar item: Externe spanningsbronnen	Omgevingsprikkels die onrust en/of spanning en/of angst en/of druk/stress veroorzaken	4.125

2. Het aantal items en de gemiddelde relevantiescore per LECS-gedragmanifestatiegebied:



3.2. Conclusies naar aanleiding van de consensus-based LECS-lijst:

Het staafdiagram is opgebouwd uit het aantal items en de gemiddelde relevantiescore, om een mogelijke relatie tussen deze variabelen aan te tonen. Deze kunnen echter niet met elkaar worden vergeleken, aangezien ze verschillend zijn van betekenis en qua berekening. Uit de onderzoeksresultaten en het diagram zijn echter wel de volgende conclusies te trekken:

Vanuit de kleine verschillen tussen de LECS-gebieden, in het aantal relevant bevonden items (L:15, E:16, C:17, S: 14) en in de gemiddelde relevantiescore (L:4,025, E:4,3, C:4,25, S:4,16), is op te maken dat de aandacht vanuit een psychomotorische observatie, door het panel gelijkmatig is verdeeld over de LECS. Dit is opvallend te noemen, terugkijkende naar de ongelijke verdeling van items over de eerste concept-LECS-lijst (L:42, E:21, C:50, S: 32), die gebaseerd is op de inhoud van de geselecteerde observatielijsten. Alle LECS-gebieden worden ongeveer even belangrijk gevonden, waarbij het emotionele gebied met een relatief klein verschil (0,1) de hoogste gemiddelde relevantiescore (4,3) heeft.

Het aantal relevant bevonden items per LECS-gedragmanifestatiegebied lijkt niets te zeggen over de mogelijke prioriteit ervan. Vanuit de cijfermatige gegevens en het staafdiagram komt niet naar voren dat er een relatie bestaat tussen een oplopend aantal items en een oplopende relevantiescore. De bovenstaande bevindingen ondersteunen de holistische visie (Tamboer, 2004), waarbinnen ten aanzien van diagnostiek, verschillende aspecten van menselijk functioneren kunnen worden onderscheiden. Zij zijn allen betekenisvol en onlosmakelijk met elkaar verbonden. Ten aanzien van de PMT-diagnostiek betekent dit dat alle LECS-gebieden even belangrijk zijn, en onderling een betekenisvolle relatie hebben, die een diagnose aanvullen.

3.3. De koppeling tussen de Trias Psychica en de LECS:

Naast de geconstrueerde consensus-based LECS-lijst, is op eigen geleide een koppeling gemaakt tussen de LECS-observatie-items en de drie psychische functies van de Trias Psychica. Deze koppeling is omwille van de beperkte onderzoekstijd, niet aan het expertpanel voorgelegd, maar is wel ter discussie gesteld bij de psychiater, het non-verbale team en drie ervaren PMT-ers van Stichting de Meerkanten.

In het zogenaamde TP-LECS-schema⁷ (zie pag. 17), wordt duidelijk welk verband⁸ er mogelijk bestaat tussen observaties vanuit de zaal en de psychische functies. Dit schema is dus te gebruiken om aan geobserveerd bewegingsgedrag betekenis te verlenen, vanuit de psychische functies van de Trias Psychica. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat een gedragsaspect verband kan hebben met meerdere psychische functiegebieden. Bijvoorbeeld: ten aanzien van het observatie-item 'hanteren van emoties': de manier van het hanteren van emoties kan verband hebben met het affect, wat binnen de Trias Psychica is omschreven als de zichtbare en hoorbare expressie van emoties. Het niet adequaat en ongepast uiten van emoties kan echter ook te maken hebben met een gestoord decorumbesef, wat onder de cognitieve functies valt. Deze verschillende verbanden zijn in het TP-LECS-schema terug te vinden en kunnen na een PMT-observatie worden afgewogen en meegenomen, bij het opstellen van een hypothese ten aanzien van het psychisch functioneren. Op deze manier gebruikt, kunnen PMT-observaties en hypothesen aansluiten bij de inhoud en terminologie van de Trias Psychica, waardoor multidisciplinair overleg eenvoudiger en succesvoller kan worden en vanuit een eenduidige diagnose, gezamenlijk een behandelplan kan worden opgesteld. Wellicht is het TP-LECS-schema ook op aangepaste wijze bruikbaar voor andere vaktherapieën. De vaktherapiespecifieke observatie-items kunnen dan in het schema worden ingevuld.

⁷ In bijlage 8 is tevens het inhoudelijke overeenkomstige LECS-TP-schema toegevoegd, waarbij de LECS in plaats van de Trias Psychica is aangehouden als richtinggevend in het schema.

⁸ Dit verband en deze koppeling is nog niet wetenschappelijk onderzocht; wel geverifieerd door experts.

3.4. Trias Psychica-LECS-schema: TP-LECS-schema

LECS	---->	Lichamelijk	Emotioneel	Cognitief	Sociaal
Trias Psychica ↓					
* Cognitieve functies					
Bewustzijn:			alertheid		
Aandacht/concentratie:			aandacht richten/vasthouden/verdelen taakgerichtheid overzicht houden		
Orientatie:			orientatie in tijd/plaats/persoon		
Geheugen:					
Intellectuele functies:					
Oordeelsvermogen:					
- realiteitsbesef					
- zelfinschatting		motorische competentiebeleving zelfbeleving lichaamsbeleving zelfvertrouwen	inzicht in eigen gedrag/spelgedrag inschatting eigen fysieke mogelijkheden		
- normbesef					omgaan met fysieke aanraking omgaan met afstand en nabijheid omgaan met sociale grenzen/normen
- decorumbesef		hanteren emoties			hanteren van emoties
Ziekteinzicht:					
- ziektebesef					
- ziekteverklaring			cognities tav het eigen ziek zijn cognities tav lichaam/ lich.functioneren		
- ziektegedrag					
- abstractievermogen			begrijpen van lichaamstaal transfer maken therapie/andere context		
Executieve functies:					
Intelligentie			leervermogen		
Taal					
Rekenen					
Voorstelling:			herbelevingen alertheid aandacht richten/vasthouden/verdelen		
Waarneming:			rand/psychotische symptomen		
Zelfwaarneming:			lichaamsperceptie zelfbeeld/perceptie		omgaan met kritiek
Zelfbeleving:		zelfbeleving lichaamsbeleving zelfvertrouwen motorische competentiebeleving			omgaan met kritiek
Denken:					
Vorm denken:					
- tempo en efficiëntie:					
- beloop en samenhang:			leervermogen		
Inhoud denken:		angst achterdocht	rand/psychotische symptomen overtuigingen/cognities t.a.v. eigen ziek zijn overtuigingen/cognities t.a.v. eigen lichaam en lichamelijk functioneren.		vertrouwen op anderen
* Affectieve functies		krenkbaarheid inhoud stemming adequaatheid stemming zelfvertrouwen zelfbeleving angsttolerantie frustratietolerantie motorische competentiebeleving			
Stemming en affect:					
Stemming					
Affect (waarneembare expressie van de stemming)	mimiek gestiek houdingsbeeld bewegingsbeeld oogcontact	hanteren emoties hanteren lichaamssignalen stemmingsregulatie zelfvertrouwen omgaan met stress			hanteren emoties naar binnen gericht/introversie naar buiten gericht/extroversie Omgaan met stress/druk van buitenaf
Somatische klachten en verschijnselen:	somatische klachten spanning in het bewegen				
* Conatieve functies	motorische coördinatie bewegingsbeeld remming in het bewegen ademhaling prikkelverwerking spanning in het bewegen ruimte innamen tijdens bewegen				
Psychomotoriek					
(Conatieve functies= impulsen en wilsbesluiten en de resultaten hiervan= psychomotoriek en gedrag)					
Mimiek en gestiek	gestiek mimiek				
Spraak					
Motivatie en gedrag:	doorzettingsvermogen		cognities tav het eigen actuele ziek-zijn cognities tav eigen lichaam/lich. funct.		vertrouwen op een ander
Motivatie:					
Gedrag:	impulscontrole mate van activiteit/Initiatiefname ruimte innamen in het bewegen omgaan met fysieke grenzen remming in het bewegen				omgaan met sociale grenzen/normen omgaan met afstand en nabijheid hulp/steun vragen/bieden/accepteren leiding accepteren/geven verantwoordelijkheid voelen/nemen omgaan met kritiek sociale vaardigheden omgaan met winst en verlies sociale initiatiefname

3.5. Wat valt op bij het vergelijken van de LECS en de Trias Psychica:

1. Vanuit de Trias Psychica wordt geconcludeerd in stoornissen of beperkingen in de psychische functies. De LECS daarentegen kijkt en benoemt gecontextualiseerd gedrag en gedragspatronen, om te komen tot het gehele functioneringsbeeld van een patiënt. Talenten en sterke kanten komen daarmee ook naar voren, zodat een diagnose genuanceerd en gecompleteerd kan worden. Hierdoor en tevens door de contextvolle betekenisverlening, worden meer mogelijke handvatten voor de behandeling gecreëerd.

2. Kijkende naar het aantal cognitieve deelfunctiegebieden in de Trias Psychica, zou geconcludeerd kunnen worden dat hierop in het psychiatrisch onderzoek vooral de nadruk ligt. De verdeling van items over de LECS-gebieden is gelijkmatiger en hierdoor is het risico om aan één aspect van functioneren een grotere betekenis te verlenen kleiner. Dit ondersteunt een holistische visie. Hierbij wordt de mens als geheel gezien, worden er verschillende aspecten van functioneren onderscheiden, die van even grote betekenis zijn en niet los van elkaar kunnen worden gezien en invloed op elkaar hebben. Dit geldt ook voor de LECS-gebieden.

3. Een aantal observatie-items, die binnen de LECS onder 'emotie' zijn ingedeeld, vallen in de Trias Psychica onder de functie 'cognitief'. Dit valt te verklaren vanuit verschillende visies op cognitie en emotie. De LECS-indeling is gebaseerd op de indeling 'denken, voelen, handelen', waarbij emotie wordt gekoppeld aan 'voelen en beleven' en cognitie aan 'denken en denkprocessen'. Binnen het psychiatrisch onderzoek wordt emotie vanuit de medisch psychiatrische visie gedefinieerd, als een reactie van onze hersenen op een positieve of negatieve gebeurtenis en impliceert daarmee dat emoties een onderdeel vormen van cognitieve processen. De bewustwording van dit verschil in visie is van belang, gezien de mogelijke invloed ervan op de betekenisverlening van gedrag.

4. Het sociaal functioneren is, door het contextueel te maken, heel genuanceerd te omschrijven, wat in de LECS-lijst naar voren komt door de aan specifieke contexten omschreven items. Binnen de Trias Psychica is het sociaal functioneren geen apart benoemd functiegebied en de patiëntinformatie hieromtrent wordt ondergebracht in het affectief en conatief functioneren. Binnen de conatieve functie worden sociale aspecten uitsluitend omschreven wanneer er sprake is van gedragsproblematiek. Binnen de affectieve functie, alleen wanneer het uiten van emoties benoemd wordt. In het psychiatrische onderzoek wordt op basis van de eerste indruk van een patiënt en een inschatting van de persoonlijkheid, wel indirect aandacht besteed aan het sociaal functioneren. Mede op grond van het verschil tussen de LECS en de Trias Psychica, in de focus ten aanzien van de sociale aspecten van gedrag, kun je concluderen dat de observaties vanuit de PMT een belangrijk aanvulling zijn op de diagnostiek en tevens, door de gecontextualiseerde betekenisverlening, extra handvatten zijn voor de behandeling.

5. Vanuit het TP-LECS-schema kun je concluderen dat de lichamelijke observatie-items van de LECS-lijst met name iets zeggen over het affectief en conatief functioneren. Lichamelijke gedragsmanifestaties kunnen bewuste of onbewuste, waarneembare uitingen zijn van de stemming, waardoor er dus een verband is met het affectief functioneren. Ze kunnen echter ook veroorzaakt worden door psychische factoren en mechanismen en vanuit de motivationele functies; allen deelgebieden van het conatief functioneren. Goed is echter om je te realiseren dat dit niet de enige oorzaken zijn van lichamelijke gedragsmanifestaties. Onderliggende somatische factoren kunnen ook van invloed zijn en dus van belang om in kaart te hebben, alvorens betekenis te verlenen aan lichamelijke gedragsmanifestaties. Naast het gebruik van de LECS-observatielijst is het dus noodzakelijk een bewegingsanamnese af te nemen.

H4. Discussie en conclusie:

4.1. Het beantwoorden van de globale probleemstelling van het onderzoek:

Op basis van de Delphi-methode is onderzocht welke observatie-items van belang zijn om te komen tot een algemene psychomotorische diagnostiek. Na 4 expertpanelrondes is een consensus-based observatielijst geconstrueerd van 66 relevant bevonden items, wat het directe onderzoeksresultaat is. Deze items zijn ingedeeld volgens de LECS-ordening. Deze indeling is binnen dit onderzoek in de 4^e expertpanelronde ter discussie gesteld.

Daarnaast is de koppeling met de Trias Psychica gemaakt middels het TP-LECS-schema⁹, wat op basis van eigen inzicht is ingedeeld en vervolgens is geverifieerd door een psychiater, drie ervaren psychomotorisch therapeuten en het team non-verbale therapie van Stichting de Meerkanten. Ondanks de nog ontbrekende onderzoekstoetsing van de Trias Psychica-LECS-koppeling, is vanuit de bevindingen te zeggen, dat het door het gebruik van de LECS-lijst en het koppelingsschema, inderdaad mogelijk is om aansluiten op de inhoud en terminologie van het psychiatrisch onderzoek. Nader onderzoek is van belang om deze stelling te toetsen aan de theorie en de praktijk.

4.2. Praktische aanbeveling ten aanzien van de LECS-lijst en de koppeling:

Vanuit het onderzoek, de LECS-lijst en het TP-LECS-schema zijn een aantal aanbevelingen te doen ten aanzien van het gebruik ervan tijdens een PMT-observatie in de praktijk.

**De LECS-lijst:* Deze is te gebruiken als observatiechecklist vanuit de LECS-gebieden.

**Het TP-LECS-schema of het LECS-TP-schema:* Deze schema's met overeenkomstige inhoud zijn bruikbaar bij het opstellen van een hypothese ten aanzien van het psychisch functioneren.

**Het gebruik van de LECS-lijst en het TP-LECS-schema bij een algemene diagnostiek vraag:* De observatie wordt gedaan aan de hand van LECS-lijst en via het TP-LECS-schema kan een hypothese worden opgesteld ten aanzien van het psychische functioneren.

**Het gebruik van de LECS-lijst en het TP-LECS-schema bij een gerichte diagnostiekvraag:* Wanneer een diagnostiekvraag zich specifiek richt op een bepaald psychisch functiegebied, is het TP-LECS-schema bruikbaar om te verhelderen welke observatie-items hier mogelijk verband mee hebben. Hier kunnen de activiteiten in de zaal op worden afgestemd.

**Het gebruik van de LECS-lijst en het TP-LECS-schema bij de DSM-diagnostiek:* Bij een gerichte 'DSM-diagnosevraag', kunnen de criteria van een DSM-IV-classificatie met de bevindingen vanuit de LECS en de TP-LECS-koppeling worden vergeleken. Problematisch daarbij is de vrij algemene en contextloze omschrijvingen van de DSM-IV-criteria. Nader onderzoek is van belang om de vertaalslag te maken tussen de DSM-criteria van een ziektebeeld en de mogelijke manifestatie hiervan in de zaal; een DSM-LECS-koppeling.

⁹ TP-LECS-schema zie pagina 17.

**Het gebruik van de LECS en het TP-LECS-schema bij een behandelplanevaluatie:*

‘Het LECS-behandelplanformat’: Een handvat voor het schrijven van een behandelplan-evaluatie is het LECS-behandelplanformat¹⁰. Hierbinnen is vanuit een clustering van de LECS-observatie-items, ruimte voor de belangrijkste PMT-observaties en de hypothesen ten aanzien van het psychische functioneren en de DSM-IV-diagnose. De clustering is een eerste aanzet tot het hanteerbaarder maken van de LECS-lijst, bij het schrijven van een behandelplanevaluatie. Dit format, wat mogelijk in het elektronische patiëntendossier kan worden opgenomen, is niet ter discussie gesteld binnen het expertpanel en is een in de toekomst nader te onderzoeken aanbeveling voor de praktijk. Hierbij moeten zowel de gemaakte clustering, de vorm, als de bruikbaarheid van de lijst, onder de loep worden gelegd.

** Het PMT-observatieprotocol voor algemene diagnostiek in de volwassenen psychiatrie:*

Binnen dit nog te construeren protocol worden de LECS-items gekoppeld aan een passend standaardactiviteitenaanbod. Daarnaast zal een bewegingsanamnese, intake en vragenlijst worden afgenomen. De hypothese ten aanzien van het psychisch functioneren wordt opgesteld op basis van de koppeling tussen de LECS en de Trias Psychica. Het TP-LECS-schema dient hierbij als hulpmiddel. Het LECS-behandelplanformat wordt in het protocol toe gevoegd om de belangrijkste observaties in te ordenen en hypothesen ten aanzien van het psychische functioneren en de DSM-diagnostiek te verwoorden. Bijlage 12 bevat een globaal innovatievoorstel voor Stichting de Meerkanten, ten aanzien van dit nog te construeren protocol.

4.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

1. Het onderzoeken van de verbanden tussen de LECS-observatie-items en de Trias Psychica (de indeling van het TP-LECS-schema), middels de Delphi-methode, uitgevoerd door een expertpanel van psychiaters.
2. Het onderzoeken van de observatie en diagnostiekmogelijkheden vanuit de koppeling tussen de Trias Psychica en andere vaktherapieën (zie bijlage 10: innovatievoorstel).
3. Het opstellen en testen van een pmt-observatieprotocol¹¹ opgedeeld in de volgende fases:
 - Het onderzoeken van de hanteerbaarheid van de LECS-lijst in de praktijk, middels een kwalitatief onderzoek, gebruikmakende van de Delphi-methode.
 - Het vergroten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de LECS-lijst door het aanscherpen van de definities. Dit is tevens van belang ter bevordering van een eenduidig vakjargon voor psychomotorisch therapeuten.
 - Het verder onderzoeken van de indeling van de consensus-based LECS-items over de LECS-gebieden, gebruikmakende van de Delphi-methode.
 - Het onderzoeken en opstellen van een bewegingsanamnese, aanvullende vragen en/of intakevragenlijst en een passend activiteitenaanbod, middels de Delphi-methode.
 - Het toetsen van de aansluiting tussen de LECS-observatie-items en het activiteiten aanbod, middels een kwalitatief praktijk-onderzoek, gebruik makende van een expertpanel.

¹⁰ Het zo door mij genoemde LECS-behandelplan-format is gebaseerd op een mogelijke, nog nader te onderzoeken clustering van de LECS-items. (zie bijlage 11).

¹¹ Bijlage 12 bevat een globaal innovatievoorstel voor Stichting de Meerkanten, ten aanzien van dit nog te construeren protocol.

4.4. Sterke en zwakke punten van het onderzoek:

Sterke punten:

- De onderzoeksresultaten in de vorm van de LECS-lijst zijn direct bruikbaar in de praktijk.
- De geconstrueerde LECS-lijst en de praktische aanbevelingen zijn de eerste stappen in het construeren van een PMT-observatieprotocol voor de volwassenenpsychiatrie.
- Vanuit het vergelijk tussen de LECS-lijst en de Trias Psychica komt binnen dit onderzoek de meerwaarde van PMT ten opzichte van het psychiatrisch onderzoek duidelijk naar voren, wat belangrijk is ten aanzien van het profileren van het vak PMT.
- Er wordt vanuit de resultaten en bevindingen een aantal concrete aanbevelingen¹² gedaan, ten aanzien van nog nader te onderzoeken gebieden en vraagstellingen, op het terrein van PMT-observatie en diagnostiek.
- Het werkveldexpertpanel is groot en gevarieerd qua samenstelling en daarmee representatief voor het beoogde werkveld. Vanuit de klinische expertise vanuit een verschillend aantal werkervaringsjaren, zijn in het onderzoek zowel oude als nieuwe theoretische inzichten meegenomen. Ook de opleidingsdiversiteit in het panel waarborgt een brede klinische blik, in plaats van een vernauwde kokervisie vanuit een beperkt referentiekader.
- Binnen dit onderzoek is voor het eerst de koppeling gemaakt tussen de psychomotorische observaties vanuit de zaal en de psychische functies van de Trias Psychica. Betekenisverlening van gedrag krijgt hiermee een extra dimensie, wat concreet is gemaakt in de schematisering van de koppeling tussen de LECS-gedragsmanifestaties en het psychisch functioneren (het TP-LECS-schema).
- Het TP-LECS-schema kan, indien nader onderzocht, in de praktijk dienen als concreet hulpmiddel bij zowel een gerichte als algemene diagnostiekvraag.

Zwakke punten:

- Vanuit het onderzoek is geen directe link met DSM-diagnostiek te maken, terwijl psychomotorisch therapeuten daar in de praktijk wel op worden bevraagd. In de aanbevelingen wordt wel gerefereerd aan een mogelijke koppeling van DSM-classificaties aan de LECS-lijst en het TP-LECS-schema.
- De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de LECS-lijst zal in de praktijk moeten blijken, maar is wellicht nog te verbeteren, door het scherper definiëren van de observatie-items. Hierdoor worden de verschillen in interpretatie en hiermee mogelijk ook de verschillen in betekenisverlening van gedrag, geminimaliseerd.
- Het indeling van de observatie-items in de LECS-gebieden is wegens tijdsgebrek maar in één expertpanelronde ter discussie gesteld (de 4^e ronde). Het indelen van het Trias Psychica-LECS-schema is daardoor discutabel. Het onderzoeken van zowel de LECS-indeling als het TP-LECS-schema is noodzakelijk, alvorens deze op te nemen in een toekomstig psychomotorisch observatieprotocol.

¹² Zie 4.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

4.5. Een belangrijk discussiepunt:

Een belangrijke vraag is of de vakspecifieke meerwaarde van de psychomotorische observatie niet in het geding komt, door het willen aansluiten bij het psychiatrisch onderzoek? En wordt er op deze wijze een afhankelijkheid gecreëerd ten opzichte van het systeem van de psychiater?

Vanuit de onderzoeksresultaten en vanuit het vergelijk van de LECS-lijst met de Trias Psychica, komt de juist de meerwaarde van psychomotorische observatie naar voren en benadrukt hiermee de mogelijkheid van *'het aanvullen op'*, naast het *'aansluiten bij'* het psychiatrisch onderzoek. Tevens kan een hypothese van de psychiater worden ondersteund of tegengesproken door de bevindingen vanuit de PMT-zaal. Een hypothese kan zo scherper worden geanalyseerd en breder worden gedragen. Deze redenering nuanceert de autonomie van de psychiater tot op zekere hoogte, maar in de klinische psychiatrische praktijk is de psychiater nou eenmaal eindverantwoordelijk en er blijft hierdoor, bij het stellen van een diagnose, een vorm van afhankelijkheid bestaan. Naar mijn mening kun je deze afhankelijkheid minimaliseren, door aan te sluiten op de inhoud en terminologie van het psychiatrisch onderzoek en daarnaast *'aan te vullen'* vanuit psychomotorische, contextvolle bevindingen en een specifiekere en bredere blik op lichamelijk en sociaal functioneren.

4.6. Algemene conclusie:

Op basis van een voorafgaand literatuuronderzoek en de klinische expertise van een, voor het werkveld representatief te noemen expertpanel, is na vier expertrondes een consensus-based psychomotorische observatielijst voor algemene diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie geconstrueerd. Deze lijst, die volgens de LECS-ordening is ingedeeld, bevat 66 relevant bevonden items, welke gelijkmatig zijn verdeeld over de verschillende LECS-gebieden.

Naast deze concrete onderzoeksresultaten, is getracht in het zo genaamde TP-LECS-schema, mogelijke bestaande verbanden te verhelderen, tussen deze LECS-observatie-items en de psychische functies. Dit schema behoeft nog nader onderzoek, maar vanuit de vergelijking en koppeling tussen de LECS en de Trias Psychica, kunnen wel een aantal voorlopige conclusies worden getrokken.

Door het koppelen van observaties vanuit de zaal en de psychische functies vanuit de Trias Psychica, kan preciezer en eenduidiger betekenis worden verleend aan geobserveerd gedrag. Daar waar de Trias Psychica, wat betreft het bekijken van het lichamelijke en sociaal functioneren te kort schiet, vult de LECS-lijst aan vanuit een specifiekere blik hierop. De contextvolle PMT-observaties bieden bovendien concretere handvatten voor behandeling. Beide constatering onderstrepen de meerwaarde van psychomotorische diagnostiek ten opzichte van het psychiatrisch onderzoek. Het gebruik van de koppeling tussen de LECS en de Trias Psychica kan een hulpmiddel zijn ten aanzien van het betekenisverlenen van gedrag bij zowel een algemene, als specifieke diagnostiekvraag.

Vanuit de onderzoeksresultaten en de hier uit voortvloeiende aanbevelingen, kan tevens worden geconcludeerd dat de LECS-lijst nog verder is aan te scherpen wat betreft de definiëring van de observatie-items en de hanteerbaarheid in de praktijk, maar ook dat psychomotorische observatie in de algemene volwassenen psychiatrie een terrein is waarbinnen nog veel te onderzoeken is.

Bijlage 1: Literatuurlijst

- Aarts, J & Hoogmoed, D. Van (2005). *Het psychomotorisch diagnostisch construct. Een bijdrage aan de validiteit en betrouwbaarheid van het PMDC*. Onderzoeksverslag Faculteit der bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.
- American Psychiatric Association (2006). *DSM IV-TR. Beknopte handleiding diagnostische criteria van DSM IV-TR*.
- Baarda & Goede de (2006). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Vierde druk.
- Baarda & Goede de (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Tweede druk. Pag. 238.
- Berrol, C.F & Cruz, R.F (2004). *Dance movement therapist in action. A Working Guide to Research Options*.
- Bosscher, R, J & Stegeman (2005). *Bewegen en gedragsbeïnvloeding. Lectoraat Bewegen en gedragsbeïnvloeding*. Windesheim Kennis en Onderzoek.
- Buytendijk, F.J.J. (1948). *Algemene theorie der menselijke houding en beweging*.
- Davanloo, H (1990). *Korte Dynamische Psychotherapie-methode*.
- Emck, C & M.N. Hammink & R.J. Bosscher (2007). *Psymot. Psychomotorische therapie en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Pag. 106-109.
- Emck, C. (2005, oorspronkelijk 1996). *Een diagnostische procedure voor psychomotorische therapie*. Een vak apart; artikelen over psychomotorische therapie.
- Engel, G. L. (1980) *Het biopsychosociaal paradigma*.
- Frijda, N (2005), *Emoties*.
- Gordijn, C.C.F. (i.s.m. van den Brink, C, Meerdink, P, Tamboer, J.W.I en Vermeer, A. (1975). *Wat beweegt ons*.
- Hammink, M.N. (2003). *Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch werkveld. Ontwikkeling van een psychomotorisch construct*. Pag.237-251.
- Hammink, M.N (2005) *Psychomotorische diagnostiek bij kinderen en jeugdigen. Psychomotorische therapie in de praktijk*.
- Hardeveld, H & Riezebos, F.G. en Tolsma, H.F.J. (1989) *Standaardprocedure voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met stemmingsstoornissen*.
- Hattum M. Van & Hutschemaekers, G (2007) *In Beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie. Tweede druk*.
- Hengeveld, M.W. & Schudel, W.J (2007). *Het psychiatrisch onderzoek. Derde druk*. Pag. 21-22.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J & Grebb (1994). *Synopsis of Psychiatry*.
- Kernberg O. (1994). *Het structurele interview*.
- Kuin, F. (1992). *Systematische bewegingsobservatie voor psychomotorische therapeuten*.
- Petzold, H (1988). *Integratieve bewegingstherapie*.
- NVPMT (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*.
- NVPMT (2007). *Handleiding moduleontwikkeling voor PMT*, Pag.2.
- Roozendaal, Dr. N.P. van. (2005, oorspronkelijk 1971). *Enige informatie over bewegingstherapie bij psychiatrische patiënten*. Een vak apart; artikelen over psychomotorische therapie.
- Simons, J et al., (1990). *De Leuvense Observatieschaal voor gebruik in de PMT*.
- Swildens, H, (1988). *Procesgerichte gesprekstherapie*.
- Tamboer, J.W.I., 2004. *Filosofie van de bewegingswetenschappen*. 4^e druk.

Bijlage 2: Korte beschrijving van de geselecteerde lijsten:

1. Een methode van bewegingsonderzoek van Van Roozendaal (1971):

Doelgroep: Volwassen psychiatrische patiënten.

Doel: Discriminatief ten aanzien van het wel of niet verstoord bewegen. Vanuit een bewegingstypering in 4 hoofdgroepen, wordt de behandeling en een doelstelling opgesteld.

Beschrijving: Binnen een standaardactiviteitenaanbod worden 13 bewegingsaspecten van de handelingsmotoriek geobserveerd, die na score worden weergegeven in een curve. Vanuit de curve worden een aantal motorische typen onderscheiden, waar een behandeling zich op kan richten. Binnen dit bewegingsonderzoek wordt de nadruk gelegd op de handelingsmotoriek, ondanks het gemaakte onderscheid met de uitdrukkingsmotoriek en het besef dat beiden van invloed op elkaar zijn.

Ontwikkelingsachtergrond: De methode voor bewegingsonderzoek van Van Roozendaal is ontwikkeld op basis van het idee dat psychische disfunctioneren ook op motorisch vlak tot uiting komt en op de theorie van Buytendijk (1948) waarbij hij het menselijk bewegen in drie groepen analyseert: De handelingen, de uitdrukkingsbewegingen en de representatieve bewegingen. Het bewegingsonderzoek van Van Roozendaal richt zich alleen op de uitdrukkingsmotoriek en de handelingsmotoriek, waarbij hij de nadruk legt op de laatste. Hierbij wordt gekeken naar een te bereiken bewegingsdoel en bij de uitdrukkingsmotoriek, naar de wijze waarop een doel wordt bereikt en in wat voor een toestand iemand verkeert.

Mate van gebruik: Wordt niet meer in de huidige vorm gebruikt en is verouderd. Het is echter de basis van de PMT-diagnostiek in de psychiatrie, waarbij bijvoorbeeld de termen uitdrukkingsmotoriek en handelingsmotoriek nog voorkomen in de checklist van Emck (1996).

Validiteit: Niet eenduidig

Betrouwbaarheid: Niet eenduidig

2. De Leuvense observatieschalen voor gebruik in de PMT; de LOVIPT (Simons et al, 1990):

Doelgroep: Volwassenen.

Doel: Discriminatief en gericht op het opstellen van een PMT-indicatie en doelstelling.

Beschrijving: Binnen een groeps-PMT-observatie, van minmaal 5 bijeenkomsten wordt door middel van gebruik van een vijf-puntsschaal, gedrag beoordeeld, om tot een doelstelling voor PMT te komen. Gebruik gemaakt wordt van 9 observatiecategorieën, die binnen 6 gestandaardiseerde bewegingssituaties worden beoordeeld.

Ontwikkelingsachtergrond: De ontwikkeling van de LOVIPT is in 1986 ontstaan, vanuit de behoefte meer handvatten te creëren voor het formuleren van therapeutische doelstellingen voor psychiatrische patiënten. Voorgaand lag het accent alleen op het verbeteren van de handelingsmotoriek en het bewegingsgedrag, wat was gebaseerd op onder andere het bewegingsonderzoek van Van Roozendaal (1973). Er werd minder gekeken naar de psychologische aspecten van het bewegingsgedrag, waardoor de afstand tot psychiatrische problematiek en het probleemgericht denken in de psychiatrie groot bleef. Geprobeerd is om observatiecategorieën te verkrijgen, die rechtstreeks naar doelstellingen voor PMT verwijzen.

Mate van gebruik: Deze lijst wordt binnen de BPT-opleiding en Master-PMT-opleiding niet gebruikt en was mij voorheen niet bekend, evenals de mate van het gebruik ervan.

Validiteit: Binnen PMT goed gebleken vanuit onderzoek.

Betrouwbaarheid: Goed gebleken vanuit onderzoek.

3. Bewegingsobservatiemethode voor PMT-ers: de trampolinetest van Kuin (1992).

Doel: Discriminatief en gericht op het opstellen van een diagnostische hypothese.

Doelgroep: Volwassen psychiatrische patiënten.

Beschrijving: Binnen een gestandaardiseerd observatieprotocol, gebruikmakende van de grote trampoline, wordt geobserveerd op items, betrekking hebbende op: het omgaan met nieuwe situaties, omgaan met emoties, contact leggen, onderhouden en beëindigen, het omgaan met grenzen van anderen en het bewegingsbeeld. Naast observatie worden herhalend een aantal vragen gesteld. De observaties en antwoorden worden verwerkt in een evaluatieverslag met als resultaat een diagnostische hypothese.

Ontwikkelingsachtergrond: De trampolinetest is ontwikkeld op basis van het existentiële denken, het structurele interview van Kernberg en de Korte Dynamische Psychotherapiemethode van Davanloo. Vanuit deze theoretische kaders heeft Kuin een werkwijze ontwikkeld, die uitgaat van de intentionaliteit van het bewegen (Swildens, 1988), en die bruikbaar is om snel tot de kern van een conflict te komen en daardoor systematisch naar de persoonlijkheidsstructuur kan worden gekeken (Kernberg 1984), rekening houdend met vaak voorkomende valkuilen, bij het interpreteren van gedrag in confronterende situaties (Davanloo, 1990).

Mate van gebruik: Veelvuldig.

Validiteit: Niet bekend.

Betrouwbaarheid: Niet bekend.

4. De checklist van een diagnostische procedure voor PMT, van Emck (1996):

Doel: Het formuleren van een diagnostische conclusie en een voorstel voor behandeling.

Doelgroep: Jongeren van 12 tot 18 jaar met psychiatrische stoornissen.

Beschrijving: De checklist van Emck is doelgroepspecifieke observatie- en vragenlijst, die vijf deelgebieden van functioneren omvat, die zijn onderverdeeld in items. De vijf gekozen gebieden zijn: uitdrukkingsmotoriek, handelingsmotoriek, spelgedrag, ervaring van lichamelijke en verbaal en non-verbaal contact. De checklist wordt vier tot zes weken bijgehouden door de therapeut en de items worden niet cijfermatig gescoord, maar in kernwoorden omschreven.

Ontwikkelingsachtergrond: De keuze van de deelgebieden van de checklist komt voort uit ervaring vanuit de praktijk en is niet gebaseerd op één overkoepelend theoretisch kader. De theorie van Buytendijk (1948) en elementen van het onderzoek van Van Roozendaal (1973) zijn echter wel terug te vinden en er zijn verschillende theoretische kaders en invalshoeken gebruikt, zoals de sociale leertheorie en de 'leer van het menselijk zich bewegen'. De lijst is veelomvattend en de items worden contextvol omschreven, waardoor Emck een aantal stappen verder gaat dan bijvoorbeeld Van Roozendaal, die als eerste uitdrukkingsmotoriek en handelingsmotoriek van elkaar onderscheidde, de nadruk vooral legde op het handelen en de context niet consequent meenam in zijn observaties en conclusies.

Mate van gebruik: Veelvuldig binnen de jongerenpsychiatrie, maar ook bij andere doelgroepen, waaronder volwassenen met psychiatrische problematiek.

Validiteit: Niet bekend.

Betrouwbaarheid: Niet bekend.

5. De lijst beschermende vaardigheden van de Stress Management Training van Emck (1998):

Doelgroep: Jongeren met een psychotische stoornis.

Doel: Het doel van de stressmanagementtraining (SMT) is het vergroten van de stressmanagementvaardigheden, gebruikmakende van de profielschets. Het doel van de lijst met beschermende vaardigheden is het in kaart brengen van de stresscopingsvaardigheden van patiënten.

Beschrijving en ontwikkeling: De lijst met beschermende vaardigheden wordt binnen de stressmanagementtraining van Emck (1998) gebruikt. De SMT is gebaseerd op het stresskwetsbaarheidsmodel. Dit model veronderstelt dat de client een specifieke kwetsbaarheid bezit die hij bij stressvolle gebeurtenissen kan uitmonden in een psychose (Kaplan en Sadock, 1994). Vanuit dit model, wordt een profielschets opgesteld, waarbinnen 4 belangrijke gebieden worden geïnventariseerd, namelijk: ziekte, spanningsbronnen, beschermende factoren en rolgedrag.

De beschermende factoren bestaan onder andere uit de beschermende vaardigheden, waarvan Emck een korte lijst heeft opgesteld. Deze lijst is aanvullend ten aanzien van andere

observatielijsten en is mogelijk relevant en belangrijk voor andere doelgroepen, zoals volwassen psychiatrische patiënten.

Mate van gebruik: De SMT wordt veelvuldig gebruikt bij jongeren met een psychotische stoornis en daarmee tevens de lijst met beschermende vaardigheden. Deze zou echter breder inzetbaar kunnen zijn binnen andere doelgroepen.

Validiteit: De effectiviteit van de SMT is gebleken vanuit onderzoek. De validiteit van de lijst beschermende vaardigheden is niet onderzocht.

Betrouwbaarheid: De validiteit van de lijst met beschermende vaardigheden is niet onderzocht.

6. De Psymot van Emck, Hammink en Bosscher (2007):

Doelgroep: Kinderen van 6 tot 12 jaar met psychosociale of psychiatrische problematiek.

Doel: Het psychomotorisch functioneren van kinderen met psychosociale of psychiatrische problematiek op systematische wijze in kaart brengen en het komen tot passende behandeldoelstellingen.

Beschrijving: De Psymot is een gestandaardiseerd bewegingsobservatieprogramma bestaande uit twee sessies, gebruikmakende van een vaste intake/vragenlijst en bewegingsactiviteiten-aanbod, waarbij kan worden gescoord binnen een schaal van 4. Vanuit de itemscore wordt een behandeldoelstelling geformuleerd.

Ontwikkelingsachtergrond: De basis van de Psymot is het Psychomotorisch Diagnostisch Construct (PMDC) van Hammink (2003). Het PMDC is gebaseerd op het biopsychosociaal ontwikkelingsdenken en vanuit de international Classification of Impairment, Disabilities en Handicaps (ICIDH). Binnen dit systeem worden gezondheidsproblemen, waaronder psychische, geclassificeerd in drie categorieën: het menselijk organisme, het menselijk handelen en de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven. Binnen dit systeem worden de omgevingsfactoren meegenomen, uitgaande van het idee dat functioneren altijd contextgebonden is (Gordijn, 1975). De Psymot is ontwikkeld om met name de gebruiksvriendelijkheid van het PMDC te verbeteren en is op basis van de Delphi-methode, gebruikmakende van een expertpanel, onderzocht en samengesteld.

Mate van gebruik: De Psymot wordt veelvuldig gebruikt binnen de kinderpsychiatrie, maar het systeem en een aantal observatie-items ervan, zijn mogelijk bruikbaar voor een observatieprotocol voor volwassenen.

Validiteit: Wordt momenteel onderzocht.

Betrouwbaarheid: Wordt momenteel onderzocht.

Bijlage 3: Samenstelling expertpanel

Naam	Leef tijd	Werkplek	Werk-ervaring	Opleiding
1.Theo Bouw	52	Meerkanten GGZ Volwassenen	30 jaar	ALO Integratieve bewegingstherapie
2. Henriette Bloemenkamp	39	Hogeschool Arnhem en Nijmegen Voorheen GGZ	10 jaar	Gezondheidswetensch. Studiejaar Bewegings-agogiek VU VO PMT
3. Maaïke Burgwal	30	Meerkanten GGZ	6 jaar	BPT
4. Marieke van Egmond	27	Paaz Elisabeth Ziekenhuis Tilburg	3 jaar	BPT
5. Maloe Hofland	25	GGZ: Volwassenen	4 jaar	BPT
6. Wendy Mossel- man	29	GGZ Friesland	6 jaar	BPT Master PMT
7. Pieter van der Lans	52	GGZ Jeugd Voorheen volwassen	32 jaar	ALO Integratieve bewegingstherapie
8. Eric van der Meijden	55	GGNet volwassenen	30 jaar	ALO Supervisieopleiding
9. Ingrid Nissen	39	Volwas. Psychiatrie forensisch	13 jaar	Bewegingswetensch. VO PMT
10. Inge Otten	36	GGNet Apeldoorn, Voortgezette Beh/	15 jaar	BPT VO PMT
11. Sandra Oud	27	Evean volwassenen ouderen psychiatrie	5 jaar	BPT
12. Maïke Spijker	26	GGZ Meerkanten, Kinder & jeugd & trauma-afdeling	3 jaar	BPT
13. Remke Smeekens			13 jaar	BPT VO PMT
14. Daphne Uphof	26	UMC st. Radboud (volwassen) Karakter	4 jaar	BPT
15. Marion Wennemars	39	PAAZ Isala klinieken	15 jaar	BPT VO PMT
16. Mia scheffers	51	Centrum IBT Amsterdam	20 jaar	Bewegingswetensch. VU Postdoctorale opleiding Integratieve bewegings- psychotherapie VU

Bijlage 4: Respons per ronde en overzicht opleidings- en werkervaringverdeling:

Expertpanelronde 1 en 2:

Respons van alle 16 expertpanelleden

Opleidings- en werkervaringverdeling:

	2-5 jaar	5-10 jaar	> 10 jaar
BPT	4	3	2
Bewegingswetenschappen			2
Master-pmt/VO-pmt		1	5
Andere pmt-opleidingen			5

Expertpanelronde 3:

Respons van 12 expertpanelleden:

Theo Bouw	Marieke van Egmond
Pieter van der Lans	Eric van der Meijden
Daphne Uphof	Maloe Hofland
Marion Wennemars	Inge Otten
Maike Spijker	Maaïke Burgwal
Wendy Mosselman	Mia Scheffers

Opleidings- en werkervaringverdeling:

	2-5 jaar	5-10 jaar	> 10 jaar
BPT	4	2	3
Bewegingswetenschappen			1
Master-pmt/VO-pmt		1	2
Andere pmt-opleidingen			3

Expertpanelronde 4:

Respons van 8 expertpanelleden:

Marieke van Egmond	Sandra de Boer
Daphne Uphof	Maloe Hofland
Marion Wennemars	Pieter van der Lans
Wendy Mosselman	Annemarijke Postma

Opleidings- en werkervaringverdeling:

	2-5 jaar	5-10 jaar	> 10 jaar
BPT	4	1	2
Bewegingswetenschappen			
Master-pmt/VO-pmt		1	2
Andere pmt-opleidingen			1

Bijlage 5: LECS-conceptobservatielijst eerste ronde:

	Lichamelijk	definitie	relevantie	bron	Trias Psychica
1	Leeftijdsadequaate bewegingen	Bewegingspatroon passend bij de leeftijd	wel/niet	Linda	Conatief
2	Mimiek	De uitdrukkingsbewegingen van het gezicht(gelaatsuitdrukking)	wel/niet	Hengeveld	Conatief/Affectief
3	Oogcontact	De mate van en de manier van het maken van oogcontact	wel/niet	Linda	1e indruk
4	Uiterlijk	Kleding, haar, opvallendheden	wel/niet	Linda	1e indruk
5	Gestiek	Gebruik van lichaamstaal/gebaren	wel/niet	Hengeveld	Conatief/Affectief
6	Zelfverzorging	Verzorgen van eigen lichaam en uiterlijk en hygiëne	wel/niet	Linda	1e indruk/Cogni.
7	Lichaamsbeeld	De genotypische en fenotypische vorm v/h lichaam	wel/niet	Master	1e indruk
8	Houdingsbeeld	De on/bewuste presentatie v/h lich.beeld aan anderen	wel/niet	Master	1e indruk/Affect.
9	Bewegingsbeeld	De presentatie van bewegingskenmerken aan anderen	wel/niet	Master	Affectief
10	Spanning in het bewegen	Stotig, hoekig verloop van bewegen	wel/niet	v. Roos.	Conatief
11	Spierspanning	De spanningstoestand van een spier	wel/niet	Encycl.	Affectief/Conatief
12	Taalvaardigheden		wel/niet		Cognitief/Conatief
13	Verstaanbaarheid		wel/niet		Cognitief/Conatief
14	Spanningsklachten	Subjectief ervaren klachten van spierspanning/onrust/angst/pijn die mogelijk te maken hebben met ervaren spanning/druk/stress	wel/niet	Linda	Affectief
15	Somatische klachten	Lichamelijke klachten	wel/niet		Affectief
16	Pijn klachten	Het uiten van een ervaren onplezierig gevoel, duidend op mogelijke of feitelijke schade aan een onderdeel van het lichaam	wel/niet	Emck	Affectief
17	Pijn gewaarwording	Het waarnemen van onplezierig gevoel, duidend op mogelijke of feitelijke schade aan een onderdeel van het lichaam	wel/niet	Emck	Conatief
18	Prikkelgewaarwording	Het gewaar worden van sensorische prikkels	wel/niet	Emck	Conatief
19	Prikkelverwerking	Het omgaan met/reageren op sensorische prikkels	wel/niet	Emck	Conatief
20	Hyperventilatie	Te snelle en diepe ademhaling, waardoor een verlaagd kooldioxide gehalte en een verhoogd zuurstofgehalte i.h. bloed ontstaat	wel/niet	Encycl.	Affectief
21	Mate van activiteit	De mate van activiteit/passiviteit binnen de activiteit/context	wel/niet	Linda	Conatief
22	Initiatiefname	De mate van initiatiefname binnen de activiteit	wel/niet	Linda	Conatief
23	Bewegingsintensiteit: hoeveelheid verrichte handelingen binnen de activiteit/context	De hoeveelheid verrichte handelingen binnen de context	wel/niet	v. Roos.	Conatief
24	Motorisch evenwicht/balans		wel/niet		Conatief
25	Bewegingscontrole	Het hebben van controle over eigen bewegingen	wel/niet	LOVPT	Conatief
26	Bewegingsdosering	Het doseren van het aantal bewegingen en de manier van bew.	wel/niet	Linda	Conatief
27	Remming	De mate van remming in het bewegen	wel/niet	v. Roos.	Conatief
28	Omgang met fysieke grenzen/beperkingen	Het beseft hebben en de manier van omgaan met fysieke grenzen en beperkingen	wel/niet	Emck	Conatief
29	Impulscontrole	Het controle hebben over de aandrift, aandrang, aandrijving, aansporing, prikkel, stimulans, om iets te doen	wel/niet	Encycl.	Conatief
30	Doorzettingsvermogen	Het vermogen om iets vol te houden, een plan, taak of voornemen, door te zetten	wel/niet	Encycl.	Conatief
31	Motorische coördinatie	Het controleren, beheersen van mot. bewegingen	wel/niet	Linda	Conatief
32	Objectcontrole	Gecoördineerde acties om iets of iemand met de armen/benen/voeten, te verplaatsen of manipuleren	wel/niet	Emck	Conatief
33	Omgaan met materiaal	Het voldoende creatief kunnen hanteren van spel/materiaal, zonder schade aan te richten	wel/niet	Emck	Conatief
34	Uithoudingsvermogen/conditie	Het vermogen om gedurende lange tijd een fysieke inspanning te kunnen volhouden	wel/niet	Encycl.	Conatief
35	Ruimte innemen tijdens h. bewegen	Het innemen van ruimte door het lichaam/de ledematen tijdens het bewegen.	wel/niet	Emck	Conatief
36	Expansief bewegen	Het bij het bewegen veel ruimte innemen, met een hoge intensiteit en geldingsdrang.	wel/niet	v. Roos.	Conatief
37	Exploratie van zaal en materiaal	De mate van het actief onderzoeken van zaal en materiaal	wel/niet	Emck	Conatief
38	Variabiliteit in spelgedrag	Het beschikken over een diversiteit aan spelgedragingen, waardoor het deelnemen aan diverse typen van spel, in diverse posities mogelijk wordt	wel/niet	Emck	Conatief
39	Souplesse	Fysieke buigzaamheid, lenigheid	wel/niet	Encycl.	Conatief
40	Spierkracht		wel/niet		Conatief
41	Ademhaling	Het patroon van in- en uitademen	wel/niet	Emck	Conatief
42	Bewegingssnelheid	De snelheid van bewegen	wel/niet	v. Roos.	Conatief

	Emotioneel	definitie	relevantie	bron	Trias Psychica
43	Inhoud stemming	Het geheel en samenspel van gevoelens dat gedurende een bepaalde periode bestaat	wel/niet	Hengeveld	Affectief
44	Bereik stemming	Het spectrum van ervaringen t.a.v. arousal of gevoelens	wel/niet	Enck	Affectief
45	Adequaatheid stemming	Congruentie van het gevoel of affect met de situatie/context	wel/niet	Enck	Affectief
46	Regulatie stemming	Het ervaren van gevoel/stemming en het vermogen affect te tonen	wel/niet	Enck/Linda	Affectief
47	Interne emotionele spanningsbronnen	Gevoelens of gedachten die spanning/angst/onrust veroorzaken	wel/niet	Enck	Aff/Conat./Cogni.
48	Affect	Zichtbare of hoorbare expressie van emotie	wel/niet	Hengeveld	Affectief
49	Krenkbaarheid	De mate en snelheid van het zich gekwetst voelen	wel/niet	Hengeveld	Affectief
50	Zelfvertrouwen	Het vertrouwen hebben in je eigen mogelijkheden	wel/niet	Linda	Affectief
51	Motorische competentiebeleving	Beleving van eigen motorische prestaties	wel/niet	Linda	Affectief
52	Zelfbeleving: emotionele beleving van het eigen persoon/identiteit	Het spectrum van ervaringen tav arousal of gevoelens	wel/niet	Hengeveld	Affectief
53	Lichaamsbeleving	Emotionele beleving van het eigen lichaam	wel/niet	Hengeveld	Affectief
54	Handelingsaffiniteit	Beleving van lust/onlust aan een activiteit/handeling	wel/niet	LOVIPT	Affectief
55	Onzekerheid	Het niet kunnen/durven vertrouwen in eigen mogelijkheden	wel/niet	Linda	Affectief
56	Faalangst	Abnormaal grote angst om iets verkeerd te doen	wel/niet	Encycl.	Affectief
57	Angst	Gevoel van (dreigend) onheil of gevaar	wel/niet	Encycl.	Affectief
58	Angsttolerantie	Het verdragen van en omgaan met angst	wel/niet	Enck	Affectief
59	Achterdocht	Argwaan, wantrouwen	wel/niet	Encycl.	Affectief
60	Hanteren lichaamssignalen	Het letten op lichaamssignalen en hier adequaat mee omgaan	wel/niet	Enck	Affectief
61	Hanteren emoties	Het gedragsmatig reguleren en adequaat uiten van emoties	wel/niet	Enck	Affectief
62	Omgaan met stress	Eenvoudige, complexe en gecoördineerde acties die nodig zijn om met druk en stress om te gaan	wel/niet	Enck	Affectief
63	Frustratietolerantie	Het verdragen van en omgaan met frustratie	wel/niet	Enck	Affectief

	Cognitief	definitie	relevantie	bron	Trias Psychica
64	Alertheid	Het met de gedachten aanwezig/betrokken zijn bij het nu	wel/niet	Linda	Cognitief
65	Realiteitstoetsing	Het kunnen maken van een onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
66	De aandacht richten		wel/niet		Cognitief
67	De aandacht vasthouden		wel/niet		Cognitief
68	De aandacht wisselen		wel/niet		Cognitief
69	De aandacht verdelen		wel/niet		Cognitief
70	Taakgerichtheid	De mate van gerichtheid van vasthoudendheid in het vervullen v. een taak/opdracht	wel/niet	Linda	Cognitief
71	Overzicht houden	Het kunnen overzien van een groter geheel door de aandacht te kunnen richten, vasthouden, verdelen, wisselen	wel/niet	Linda	Cognitief
72	Oriëntatie in tijd	Het zich bewust zijn van de tijd/tijdsperiode waarin je je bevindt	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
73	Oriëntatie in persoon	Het vermogen om andere mensen te herkennen	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
74	Oriëntatie in plaats	Het vermogen je te situeren in de ruimte	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
75	Onthouden spelregels		wel/niet		Cognitief
76	Onthouden opdrachten		wel/niet		Cognitief
77	Onthouden puntentelling		wel/niet		Cognitief
78	Herinnering aan schoolgym/bewegingservaring.		wel/niet		Cognitief
79	Herkenning materiaal	Het kunnen herkennen van materiaal en zijn belangrijkste eigenschappen	wel/niet	Linda	Cognitief
80	Inschatting materiaal	Het kunnen inschatten van de mogelijkheden van/met materiaal	wel/niet	Emck	Cognitief
81	Inzicht in eigen gedrag/spelgedrag	Het zich bewustzijn en het begrip van zichzelf en het eigen gedrag binnen bewegingssituaties	wel/niet	Emck	Cognitief
82	Inschatting eigen motor. vaardigh.		wel/niet		Cognitief
83	Inschatting eigen fysieke mogelijkh.		wel/niet		Cognitief
84	Besef/begrip v. gedrags/spelregels		wel/niet		Cognitief
85	Besef/begrip van spelregels		wel/niet		Cognitief
86	Besef van noodzaak therapie/pmt		wel/niet		Cognitief
87	Cognities t.a.v. het actuele eigen ziek zijn	Ideeën/overtuigingen t.o.v. het eigen ziek zijn en de mogelijke oorzaken en invloeden t.o.v. hiervan	wel/niet	Linda	Cognitief
88	Cognities t.a.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren	Ideeën en overtuigingen t.o.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren	wel/niet	Linda	Cognitief
89	Het begrijpen van lichaamstaal	Het begrijpen van de betekenis, die wordt uitgedrukt via bewegingen, lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen	wel/niet	Emck	Cognitief
90	Het kunnen maken van de transfer tussen de therapiecontext en andere contexten	Het kunnen leggen van een link tussen het ervaren en geleerde in de zaal en ervaringen en de manier van handelen in andere contexten/situaties	wel/niet	Linda	Cognitief
91	Puntentelling	Het begrip van de punten telling en zelf kunnen puntentellen	wel/niet	Linda	Cognitief
92	Plannen v. activiteiten/handelingen		wel/niet		Cognitief
93	Uitvoeren v. activiteiten/handelingen		wel/niet		Cognitief
94	Evalueren v. activiteiten/handelingen		wel/niet		Cognitief
95	Bijstellen van activiteiten/handelingen		wel/niet		Cognitief
96	Bewegingsprobleemoplos. vermogen	Het kunnen oplossen van problemen binnen bewegingssituaties, zoals in spelsituaties, het uitvoeren van complexe bewegingsopdrachten alleen of met anderen	wel/niet	Emck	Cognitief
97	Bewegingstaak ondernemen	Het organiseren en uitvoeren van een enkel of meervoudige bewegingsopdracht	wel/niet	Emck	Cognitief
98	Speltactiek	Een handelen dat gericht is op het zo efficiënt en kundig mogelijk bereiken van het gestelde doel	wel/niet	Emck	Cognitief
99	Reactievermogen	Het vermogen om adequaat te reageren op prikkels	wel/niet	Linda	Cognitief
100	Leervermogen	Het vermogen iets te leren	wel/niet	Linda	Cognitief
101	Bewegingsintelligentie	Door te doen/ervaren, het aanleren van handelen of het beter gaan handelen, door het doen	wel/niet	v. Rooz.	Cognitief
102	Dwangvoorstellingen	Voorstellingen die zich tegen de wil opdringen met het intact blijven van het realiteitsbesef	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
103	Herbelevingen	Voorstellingen van plaatsgevonden traumatische, gebeurtenissen die zich tegen de wil opdringen, met het intact blijven van het realiteitsbesef	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
104	Hallucinaties	Waarnemingen die zich opdringen, waarbij het realiteitsbesef gestoord is	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
105	Perceptie van eigen lichaam	De wijze van waarnemen van het eigen lichaam	wel/niet	Emck	Cognitief
106	Zelfbeeld	De bewuste voorstelling van de eigen persoon	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
107	Wanen	Een persoonlijke overtuiging, in strijd met de werkelijkheid	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
108	Psychotische symptomen	Aanwezigheid van wanen en of hallucinaties, waarbij het contact met de werkelijkheid verstoord is	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
109	Randpsychotische symptomen	Aanwezigheid van wanen en of hallucinaties, waarbij het contact met de werkelijkheid wisselend aanwezig is	wel/niet	Hengeveld	Cognitief
110	Therapiemotivatatie	De mate van en de inhoudelijke beweegredenen voor het volgen van therapie/pmt	wel/niet	Linda	Cognitief/Conatief
111	Bewegingsmotivatie	De mate van en de inhoudelijke beweegredenen voor het gaan bewegen/mee doen aan bewegingsactiviteiten	wel/niet		Conatief
112	Inzicht in het gedrag van een ander	Bewustzijn en Inzicht in het gedrag en mogelijke beweegredenen voor het gedrag van een ander	wel/niet	Emck/Lin.	Cognitief
113	Interne spanningsbronnen	Gevoelens of gedachtes die iemand angstig, verward, onrustig, of van streek maken	wel/niet	Emck	Aff/Cona/Cogni

Bijlage 6: informatiebrief voorafgaande aan de eerste expertpanelronde

In de afgelopen maanden heb ik me voorbereid op deze eerste expertpanelronde door middel van een literatuuronderzoek en enorm veel puzzel- en denkwerk. Wat betreft literatuur heb ik veel gelezen over observatie en diagnostiek in de psychomotorische therapie, maar ook heb ik me verdiept in het psychiatrisch onderzoek. De door mij samengestelde lijst met PMT-observatie-items is gebaseerd op zes al bestaande PMT-lijsten. Deze lijsten heb ik geselecteerd op hun gerichtheid op algemene diagnostiek in de volwassenen psychiatrie. Dit zijn de volgende vier lijsten: de Checklist PMT van Emck, Het bewegingsonderzoek van van Roozendaal, de Bewegingsobservatie voor PMT van Kuin, de Leuvense Observatieschaal voor gebruik in de PMT van Simons. Naast deze lijsten heb ik ook gebruik gemaakt van de Psymot-observatie-lijst van Emck en de lijst met beschermende vaardigheden vanuit de Stress Management Training, ook geschreven door Claudia Emck. Deze laatste twee lijsten zijn wel gericht op specifieke problematiek, maar zijn veelomvattend, gevalideerd en wellicht bruikbaar als voorbeeld voor een volwassenenlijst.

Binnen mijn onderzoeksvorstel heb ik genoemd een koppeling te willen maken tussen het psychiatrisch onderzoek en een pmt-observatielijst. Dit heb ik geprobeerd door de psychiatrische functiegebieden (opgedeeld in de Trias Psychica), naast onze z.g.n. LECS-indeling te leggen. Ik ben hierbij als volgt te werk gegaan: van de 6 lijsten heb ik alle (een stuk of 300) observatie-items onderverdeeld in de LECS-indeling. Ik heb dus gekeken of een item onder de L,E,C, S valt. Hierbij heb ik vooral als richtlijn aangehouden: *“Hoe manifesteert een item zich in de zaal?”* Vervolgens heb ik overlappende items tegen elkaar weggestreept en een aantal naar eigen inzicht verwijderd. Hierbij heb ik o.a. gekeken naar de relevantie voor volwassenen en de helderheid van het item en zijn betekenis. De nu ontstane lijst met items heb ik naast de Trias Psychica gelegd. Deze is verdeeld in het affectief, cognitief en conatief functioneren.

Uitgaande van het idee dat wat wij zien in de zaal een manifestatie is van de psychiatrische functiegebieden van de Trias Psychica, heb ik een koppeling gemaakt tussen de LECS-observatie-items en de Trias Psychica. Deze koppeling heb ik op twee manieren concreet gemaakt. Binnen mijn LECS-observatie-itemlijst en mijn TP-LECS-schema (Trias Psychica-LECS-schema).

De LECS-observatie-itemlijst bestaat uit de door mij geselecteerde items, hun definitie, de bron van deze definitie en een verwijzing naar het relevante psychiatrisch functiegebied. Het TP-LECS-schema gaat uit van de Trias Psychica-functiegebieden en hun onderverdeling. De LECS-items zijn in het schema toegevoegd, om te verhelderen onder welk functiegebied de manifestatie van bepaald gedrag valt, of invloed heeft. Bij het maken van een PMT-diagnostiekverslag kun je zo aansluiten op de Trias Psychica en zomogelijke dezelfde terminologie gebruiken. Het spreken van dezelfde taal wordt op deze manier makkelijker en zo kun je naar mijn mening beter aansluiten op het psychiatrisch onderzoek, en toch een grote aanvulling zijn. Want wat wij zien in de zaal is als het ware een soort ‘bewijsvoering’ voor de psychiatrische functies. Wellicht is het TP-LECS-schema ook op aangepaste wijze bruikbaar voor andere vaktherapieën. Want voor hen geldt ook dat wat zij zien in hun therapeutische praktijk, als bewijsvoering kan werken t.a.v het psychiatrisch functioneren.

Binnen het TP-LECS-schema staat bovenaan het onderdeel ‘1^e indruk’. Dit is geen psychiatrisch functiegebied, maar de eerste indruk wordt door de psychiater meegenomen in het verdere onderzoek. Items als uiterlijk en oogcontact zijn moeilijk onder te verdelen onder de Trias Psychica. Dit voelt voor mij als een beetje een gemis in het psychiatrisch onderzoek. Voorlopig laat ik de indeling in mijn schema zo bestaan. Uiteraard zijn er mij nog meer inhoudelijke zaken en verschillen opgevallen tussen de LECS-lijst en de Trias Psychica tijdens de voorbereidingen van dit onderzoek, maar hierover zal ik nu niet uitwiden.

De vraag aan het expertpanel:

De bedoeling is om elk PMT-observatie-item op relevantie voor algemene PMT-diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie, te screenen. Neem hierin mee waar je je op richt binnen pmt-observaties, waar je meestal op let en wat je allemaal van belang acht, om te komen tot een beeld van de patiënt en zijn of haar problematiek.

In de LECS-observatie-itemlijst staat een kolom waarin je *wel* of *niet* relevant kunt door strepen. Wanneer je een item mist kun je deze nog toevoegen onder aan de lijst, met daarbij de L, E, C, of de S. Wellicht belangrijk om te weten is, dat binnen mijn onderzoek wordt uitgegaan van een beschrijvende observatielijst i.p.v. een scorelijst. Het psychiatrisch onderzoek gaat ook uit van het beschrijven van de problematiek.

Alleen de informatie rondom het wel of niet relevant zijn van een item wordt verwerkt in mijn onderzoek. De TP-LECS-indeling staat hierbij nu niet ter discussie. Hierover ben ik uitgebreid met de psychiater in gesprek. Ook de indeling in de LECS-lijst staat nog niet ter discussie, maar feedback hierover is wel welkom. De beperkte tijd van dit onderzoek maakt dat ik maar één ding tegelijk kan bekijken, helaas.

Ondanks de beperkte tijd ben ik wel nieuwsgierig naar jullie voorwaarden voor een goede PMT-observatielijst. Wanneer je tijd hebt zou je deze dan willen toevoegen? Ik kan dit wellicht meenemen in het verder door ontwikkelen van LECS-observatie-itemlijst en TP-LECS-schema.

De lijst kan naar mij worden teruggestuurd in de antwoordenvelop. De uiterlijke inleverdatum is dinsdag 20 oktober. Vanaf deze datum ga ik de gegevens inventariseren en de volgende ronde voorbereiden. Veel succes en nu al hartelijk bedankt voor de moeite.

Vriendelijke groeten

Linda Biemond

Bijlage 7: LECS-conceptobservatielijst 2^e ronde

	Lichamelijk	definitie	Relevantie
1	Leeftijdsadequaate bewegen	Bewegingspatroon passend bij de leeftijd	wel/niet
2	Mimiek	De uitdrukkingbewegingen van het gezicht(gelaatsuitdrukking)	
3	Oogcontact	De mate van en de manier van het maken van oogcontact	
4	Uiterlijk	Kleding, haar, opvallendheden	wel/niet
5	Gestiek	Gebruik van lichaamstaal/gebaren	
6	Zelfverzorging	Verzorgen van eigen lichaam en uiterlijk en hygiëne	wel/niet
7	Lichaamsbeeld	De vorm van het lichaam (spieren, huid, botstructuur)	wel/niet
8	Houdingsbeeld	De on/bewuste presentatie v/h lich.beeld aan anderen	
9	Bewegingsbeeld	De presentatie van bewegingskenmerken aan anderen	
10	Spanning in het bewegen	Stotig, hoekig verloop van bewegen	
11	Spierspanning	De spanningstoestand van een spier	wel/niet
12	Taalvaardigheden		wel/niet
13	Verstaanbaarheid		wel/niet
14	Pijn klachten	Het verbaal uiten van een ervaren onplezierig gevoel, duidend op mogelijke of feitelijke schade aan een onderdeel van het lichaam	
15	Pijn gewaarwording	Het zichtbaar waarnemen van onplezierig gevoel, duidend op mogelijke of feitelijke schade aan een onderdeel van het lichaam	
16	Spanningsklachten	Subjectief ervaren klachten van spierspanning/onrust/angst/pijn die mogelijk te maken hebben met ervaren spanning/druk/stress	
17	Somatische klachten	Lichamelijke klachten	
18	Prikkelgewaarwording	Het zichtbaar gewaar worden van sensorische prikkels	
19	Prikkelverwerking	Het omgaan met/reageren op sensorische prikkels	
20	Hyperventilatie	Te snelle en diepe ademhaling, waardoor een verlaagd kooldioxide gehalte en een verhoogd zuurstofgehalte i.h. bloed ontstaat	
21	Mate van activiteit/initiatiefname	De mate van activiteit/passiviteit binnen de activiteit/context	
22	Bewegingsintensiteit: hoeveelheid verrichte handelingen binnen de activiteit/context	De hoeveelheid verrichte handelingen binnen de activiteit/context	wel/niet
23	motorisch evenwicht/balans		wel/niet
24	Remming	De mate van remming in het bewegen	
25	Omgang met fysieke grenzen/beperkingen	Het besef hebben en de manier van omgaan met fysieke grenzen en beperkingen	
26	Impulscontrole	Het controle hebben over de aandrift, aandrang aandrijving, aansporing, prikkel, stimulans, om iets te doen	
27	Doorzettingsvermogen	Het vermogen om iets vol te houden, een plan, taak of voornemen, door te zetten	
28	Motorische coördinatie	Het controleren, beheersen van mot. bewegingen	
29	Objectcontrole	Gecoördineerde acties om iets of iemand met de armen/benen/voeten, te verplaatsen of manipuleren	wel/niet
30	Omgaan met materiaal brengen aan het materiaal	Het voldoende creatief kunnen hanteren van spel/materiaal, zonder schade aan te richten	wel/niet
31	Uithoudingsvermogen/conditie	Het vermogen om gedurende lange tijd een fysieke inspanning te kunnen volhouden	wel/niet
32	Ruimte innemen tijdens h. bewegen	Het innemen van ruimte door het lichaam/de ledematen tijdens het bewegen	
33	Expansief bewegen	Het bij het bewegen veel ruimte innemen, met een hoge intensiteit en geldingsdrang t.o.v. anderen	wel/niet
34	Exploratie van zaal en materiaal	De mate van het actief onderzoeken van zaal en materiaal	wel/niet
35	Variabiliteit in spelgedrag	Het beschikken over een diversiteit aan spelgedragingen, waardoor het deelnemen aan diverse typen van spel, in diverse posities mogelijk wordt	wel/niet
36	Ademhaling	Het patroon van in- en uitademen	
37	Bewegingssnelheid	De snelheid van bewegen	wel/niet
38	Herinnering aan schoolgym/bewegingservaring.		

	Emotioneel	definitie	Relevantie
39	Inhoud stemming	Het geheel en samenspel van gevoelens dat gedurende een bepaalde periode bestaat	
40	Bereik stemming	Het spectrum van ervaringen t.a.v. arousal of gevoelens	wel/niet
41	Adequaatheid stemming	Congruentie van het gevoel of affect met de situatie/context	
42	Regulatie stemming	Het ervaren van gevoel/stemming en het vermogen affect te tonen	
43	Interne emotionele spanningsbronnen	Gevoelens of gedachten die spanning/angst/onrust veroorzaken	
44	Affect	Zichtbare of hoorbare expressie van emotie	
45	Krenkbaarheid	De mate en snelheid van het zich gekwetst voelen	
46	Zelfvertrouwen	Het vertrouwen hebben in je eigen mogelijkheden	
47	Motorische competentiebeleving	Beleving van eigen motorische prestaties	
48	Zelfbeleving: emotionele beleving van het eigen persoon/identiteit	Het spectrum van ervaringen t.a.v. arousal of gevoelens	wel/niet
49	Lichaamsbeleving	Emotionele beleving van het eigen lichaam	
50	Handelingsaffiniteit	Beleving van lust/onlust aan een activiteit/handeling	wel/niet
51	Faalangst	Abnormaal grote angst om iets verkeerd te doen	wel/niet
52	Angst	Gevoel van (dreigend) onheil of gevaar	
53	Angsttolerantie	Het verdragen van en omgaan met angst	
54	Achterdocht	Argwaan, wantrouwen	
55	Hanteren lichaamssignalen	Het letten op lichaamssignalen en hier adequaat mee omgaan	
56	Hanteren emoties	Het gedragsmatig reguleren en adequaat uiten van emoties	
57	Omgaan met stress	Eenvoudige, complexe en gecoördineerde acties die nodig zijn om met druk en stress om te gaan	
58	Frustratietolerantie	Het verdragen van en omgaan met frustratie	

	Cognitief	definitie	Relevantie
59	Alertheid	Het met de gedachten aanwezig/betrokken zijn bij het nu	
60	Realiteitstoetsing	Het kunnen maken van een onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid	
61	De aandacht richten/vasthouden/ verdelen.		
62	De aandacht wisselen		wel/niet
63	Taakgerichtheid	De mate van gerichtheid van vasthoudendheid in het vervullen v. een taak/opdracht	
64	Overzicht houden	Het kunnen overzien van een groter geheel door de aandacht te kunnen richten, verdelen, vasthouden en wisselen	
65	Oriëntatie in tijd/plaats/persoon	Het zich bewust zijn van de tijd/tijdperiode waarin je je bevindt om je te situeren in de ruimte en om andere mensen te herkennen	
66	Geheugen		
67	Inschatting materiaal	Het kunnen inschatten van de mogelijkheden van/met materiaal	wel/niet
68	Inzicht in eigen gedrag/spelgedrag	Het zich bewustzijn en het begrijpen van zichzelf en het eigen gedrag binnen bewegingssituaties	
69	Inschatting eigen motor. vaardigh.		
70	Inschatting eigen fysieke mogelijkh.		
71	Besef/begrip v. gedrags/spelregels		
72	Besef van noodzaak therapie/pmt		
73	Cognities t.a.v. het actuele eigen ziek zijn	Ideeën/overtuigingen t.o.v. het eigen ziek zijn en de mogelijke oorzaken en invloeden t.o.v. hiervan	
74	Cognities t.a.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren	Ideeën en overtuigingen t.o.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren	
75	Het begrijpen van lichaamstaal	Het begrijpen van de betekenis, die wordt uitgedrukt via bewegingen, lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen	
76	Het kunnen maken van de transfer tussen de therapiecontext en andere contexten	Het kunnen leggen van een link tussen het ervaren en geleerde in de zaal en ervaringen en de manier van handelen in andere contexten/situaties	
77	Bewegingsprobleemoplos. vermogen (plannen, uitvoeren, evalu., bijstellen.)	Het kunnen oplossen van problemen binnen bewegingssituaties, zoals in spelsituaties, het uitvoeren van complexe bewegingsopdrachten alleen of met anderen	
78	Bewegingstaak ondernemen	Het organiseren en uitvoeren van een enkel of meervoudige bewegingsopdracht	wel/niet
79	Speltactiek	Een handelen dat gericht is op het zo efficiënt en kundig mogelijk bereiken van het gestelde doel	
80	Reactievermogen	Het vermogen om adequaat te reageren op prikkels	
81	Leervermogen	Het vermogen iets te leren	
82	Bewegingsintelligentie	Door te doen/ervaren, het aanleren van handelen of het beter gaan handelen, door het doen	wel/niet
83	Dwangvoorstellingen	Voorstellingen die zich tegen de wil opdringen met het intact blijven van het realiteitsbesef	wel/niet
84	Herbelevingen	Voorstellingen van plaatsgevonden traumatische, gebeurtenissen die zich tegen de wil opdringen, met het intact blijven van het realiteitsbesef	
85	Perceptie (beeld/idee) v. eigen lich.	De wijze van waarnemen van het eigen lichaam	
86	Zelfbeeld	De bewuste voorstelling van de eigen persoon	
87	Rand/psychotische symptomen	Aanwezigheid van wanen en of hallucinaties, waarbij het contact met de werkelijkheid verstoord is of wisselend aanwezig is	
88	Therapiemotivatatie	De mate van en de inhoudelijke beweegredenen voor het volgen van therapie/pmt	
89	Bewegingsmotivatie	De mate van en de inhoudelijke beweegredenen voor het gaan bewegen/mee doen aan bewegingsactiviteiten	wel/niet
90	Inzicht in het gedrag van een ander	Bewustzijn en Inzicht in het gedrag en mogelijke beweegredenen voor het gedrag van een ander	wel/niet
91	Interne spanningsbronnen	Gevoelens of gedachten die iemand angstig, verward, onrustig, of van streek maken	
92	herinnering aan schoolgym/bewegingservaring		

	Sociaal	definitie	Relevantie
93	Zelfverzekerdheid in het bewegen t.o.v. anderen	De mate waarin iemand zich zonder zich te onderschatten, op niet angstige wijze van anderen beweegt	
94	Omgaan met stress/druk v. buitenaf	Het aanwezig zijn van adequaat copinggedrag binnen de context	
95	Uiten en delen van emoties		
96	Naar binnen/buiten gericht introvert/extrovert	Is iemand in zijn handelen/houding en communicatie naar binnen gericht/op zichzelf gericht of naar buiten gericht/op anderen?	
97	Omgaan met winst en verlies	Het kunnen hanteren van ervaringen van winst en verlies, lukken en mislukken en rivaliteit	
98	Aangaan van conflicten	De mate van en de manier waarop iemand conflicten aangaat en er mee omgaat	
99	Aangaan van en omgaan met tegenspel	De mate van en de manier waarop iemand tegenspel laat zien	wel/niet
100	Omgang m. sociale grenzen/normen	De mate en de manier van omgaan met sociale grenzen/normen	
	Hulp/steun	Het vragen, bieden en accepteren van emotionele en/of accepteren van hulp van anderen	
101	vragen/bieden/accepteren		
102	Leiding geven/accepteren	Het binnen de activiteit kunnen geven van leiding en/of accepteren van leiding van anderen	
		Het verantwoordelijk voelen voor eigen handelen binnen een een activiteit, en/of ook voor anderen en/of het handelen op basis hiervan	
103	Verantwoordelijkheid voelen/nemen		
		Het kunnen innemen van een passende afstand t.o.v. mede- en tegenspelers in de ruimte, ook rekening houdend met eigen en andermans grenzen daarin	
104	Omgaan met afstand en nabijheid		
105	Omgaan met kritiek	Verdraagzaamheid t.o.v. feedback van anderen en de manier van omgaan ermee	
106	Sociale vaardigheden	Vaardigheden voor het aangaan en onderhouden van contact	
107	Sociale initiatiefname	De mate van en de manier van het nemen van sociale initiatieven	
108	Omgaan met fysieke aanraking	De manier van omgaan met fysieke aanraking	
109	Regelhantering	Het bewustzijn van en het omgaan met spel/regels binnen een sociale activiteit zoals een spel	
110	Externe spanningsbronnen	Omgevingsprikkele die onrust/spanning/angst/druk/stress veroorzaken	
111	Vertrouwen op een ander	Het durven vertrouwen op anderen	
112	Therapietrouw	Regelmatige/frequente aanwezigheid bij de pmt	

extra toegevoegd:

113	Ervaren eigen seksualiteit		wel/niet
-----	----------------------------	--	----------

Bijlage 8: Informatiebrief voorafgaande aan tweede expertpanelronde

Geacht expertpanel, beste

Als eerste nogmaals bedankt voor de tijd en moeite die jullie in de eerste expertpanelronde hebben gestoken. Hierbij dan de tweede ronde, waarin de items opnieuw ter discussie worden gesteld die tussen de 50 en 75 % overeenkomst scoorden vanuit de resultaten van de eerste ronde.

De bedoeling is om elk licht gedrukt PMT-observatie-item op relevantie voor algemene pmt-diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie te screenen. Neem hierin mee waar je je op richt binnen pmt-observaties, waar je meestal op let en wat je allemaal van belang acht, om te komen tot een beeld van de patiënt en zijn of haar problematiek. Dit kan heel veel zijn; het psychiatrisch onderzoek bestaat ook uit zeer veel items en daar wil ik binnen dit onderzoek toch op aansluiten. (zie het TP-lecs-schema vanuit de eerste ronde). Kijk gewoon weer per item en geef eventueel aan wanneer je vindt dat het éne item een ander overlapt. In de bijgevoegde lijst staan de dikgedrukte items staan niet meer ter discussie; deze items zijn door 75 % of meer van het panel relevant bevonden.

Bij de dun gedrukte items weer de vraag of jullie het woordje *wel* of *niet* willen doorstrepen. Ik heb bewust gekozen om deze methode te herhalen, in plaats van een 5-puntsschaal te gebruiken, om de mate van relevantie te scoren. Dit advies kreeg ik van meerderen van jullie, maar gezien mijn onderzoeksvraag, vind ik het eigenlijk zonde, om wellicht door deze methode, een deel van de inhoud; dus een deel van de observatie-items, in deze fase van het onderzoek, niet toe te laten. Ik kies ervoor om eerst maar eens te kijken wat we met z'n allen belangrijk vinden en daarna te kijken of een samenvoeging of clustering wellicht de overzichtelijkheid van de lijst vergroot. Dat is zeker wel mijn streven. Ik heb toch al wel al een aantal van de items die 75% of meer scoorden en die elkaar overlaptten, samengevoegd. Dat kan wellicht met nog meer items, maar dat staat nu nog niet centraal in mijn vraag aan jullie. Over de inhoud hebben we in ieder geval straks een consensus; dat is al heel wat en een goed begin t.a.v. het in kaart brengen van de pmt-diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie.

Zouden jullie de ingevulde lijst uiterlijk op donderdag 12 november willen inleveren bij mij, middels de bijgevoegde antwoordenvolp? Dan heb ik nog een maand om alles te analyseren, jullie mogelijk nog wat aanvullende vragen per mail te stellen en om mijn masterthesis te schrijven. Deze moet op 16 december worden ingeleverd, vandaar mijn verzoek om weer op korte termijn de Lecs-lijst terug te sturen.

Veel succes
Groeten Linda

Bijlage 9: LECS-conceptobservatielijst 3^e ronde

	Lichamelijk	Definitie	Relevantie
1	Mimiek	De uitdrukingsbewegingen van het gezicht (gelaatsuitdrukking)	1 2 3 4 5
2	Oogcontact	De mate van en de manier van het maken van oogcontact	1 2 3 4 5
3	Uiterlijk	Kleding, haar, opvallendheden	1 2 3 4 5
4	Gestiek	Gebruik van lichaamstaal en gebaren	1 2 3 4 5
5	Houdingsbeeld	De onbewuste en bewuste presentatie van het lichaamsbeeld aan anderen	1 2 3 4 5
6	Bewegingsbeeld	De onbewuste en bewuste presentatie van bewegingskenmerken aan anderen	1 2 3 4 5
7	Spanning in het bewegen	Stotig en hoekig verloop van bewegen	1 2 3 4 5
8	Verstaanbaarheid		1 2 3 4 5
9	Pijn klachten	Het verbaal uiten van een ervaren onplezierig gevoel, duidend op mogelijke of feitelijke schade aan een onderdeel van het lichaam	1 2 3 4 5
10	Pijn gewaarwording	Het zichtbaar waarnemen van onplezierig gevoel, duidend op mogelijke of feitelijke schade aan een onderdeel van het lichaam	1 2 3 4 5
11	Spanningsklachten	Subjectief ervaren klachten van spierspanning en/of onrust en/of angst en/of pijn, die mogelijk te maken hebben met ervaren spanning, druk en/of stress	1 2 3 4 5
12	Somatische klachten	Lichamelijke klachten	1 2 3 4 5
13	Prikkelgewaarwording	Het zichtbaar gewaar worden van sensorische prikkels	1 2 3 4 5
14	Prikkelverwerking	Het omgaan met en reageren op sensorische prikkels	1 2 3 4 5
15	Hyperventilatie	Te snelle en diepe ademhaling waardoor een verlaagd kooldioxide gehalte en een verhoogd zuurstofgehalte in het bloed ontstaat	1 2 3 4 5
16	Mate van activiteit/initiatiefname	De mate van activiteit en/of passiviteit binnen de activiteit/context	1 2 3 4 5
17	Remming	De mate van remming in het bewegen	1 2 3 4 5
18	Omgang met fysieke grenzen/beperkingen	Het besef hebben van en de manier van omgaan met fysieke grenzen en beperkingen	1 2 3 4 5
19	Impulscontrole	Het controle hebben over de aandrang, prikkel, stimulans, om iets te doen	1 2 3 4 5
20	Doorzettingsvermogen	Het vermogen om een plan, taak of voornemen, door te zetten/vol te houden	1 2 3 4 5
21	Motorische coördinatie	Het controleren, beheersen van motorische bewegingen	1 2 3 4 5
22	Ruimte innemen tijdens h. bewegen	Het innemen van ruimte door het lichaam/de ledematen tijdens het bewegen	1 2 3 4 5
23	Ademhaling	Het patroon van in- en uitademen	1 2 3 4 5
24	Bewegingssnelheid	De snelheid van bewegen	1 2 3 4 5

	Emotioneel	Definitie	Relevantie
25	Inhoud stemming	Het geheel en samenspel van gevoelens dat gedurende een bepaalde periode bestaat	1 2 3 4 5
26	Adequaatheid stemming	Congruentie van het gevoel of affect met de situatie/context	1 2 3 4 5
27	Regulatie stemming	Het ervaren van gevoel/stemming en het vermogen affect te tonen	1 2 3 4 5
28	Interne emotionele spanningsbronnen	Gevoelens of gedachten die spanning en/of angst en/of onrust veroorzaken	1 2 3 4 5
29	Affect	Zichtbare of hoorbare expressie van emotie	1 2 3 4 5
30	Krenkbaarheid	De mate en snelheid van het zich gekwetst voelen	1 2 3 4 5
31	Zelfvertrouwen	Het vertrouwen hebben in je eigen mogelijkheden	1 2 3 4 5
32	Motorische competentiebeleving	Beleving van eigen motorische prestaties	1 2 3 4 5
33	Zelfbeleving	Emotionele zelfbeleving van de eigen identiteit/persoon	1 2 3 4 5
34	Lichaamsbeleving	Emotionele beleving van het eigen lichaam	1 2 3 4 5
35	Handelingsaffiniteit	Beleving van lust of onlust aan een activiteit en/of handeling	1 2 3 4 5
36	Faalangst	Grote angst om iets verkeerd te doen	1 2 3 4 5
37	Angst	Gevoel van (dreigend) onheil of gevaar	1 2 3 4 5
38	Angsttolerantie	Het verdragen van en omgaan met angst	1 2 3 4 5
39	Achterdocht	Argwaan, wantrouwen	1 2 3 4 5
40	Hanteren lichaamssignalen	Het letten op lichaamssignalen en hier adequaat mee omgaan	1 2 3 4 5
41	Hanteren emoties	Het gedragsmatig reguleren en adequaat uiten van emoties	1 2 3 4 5
42	Omgaan met stress	Eenvoudige, complexe en gecoördineerde acties die nodig zijn om met druk en stress om te gaan	1 2 3 4 5
43	Frustratietolerantie	Het verdragen van en omgaan met frustratie	1 2 3 4 5

	Cognitief	Definitie	Relevantie
44	Alertheid	Het met de gedachten aanwezig/betrokken zijn bij het nu	1 2 3 4 5
45	Realiteitsvoetsing	Het kunnen maken van een onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid	1 2 3 4 5
46	De aandacht richten/vasthouden/verdelen		1 2 3 4 5
47	Taakgerichtheid	De mate van gerichtheid van vasthoudendheid in het vervullen van een taak/opdracht	1 2 3 4 5
48	Overzicht houden	Het kunnen overzien van een groter geheel door de aandacht te kunnen richten, verdelen, vasthouden en wisselen	1 2 3 4 5
49	Oriëntatie in tijd/plaats/persoon	Het zich bewust zijn van de tijd/tijdperiode waarin je je bevindt, om je te situeren in de ruimte en om andere mensen te herkennen	1 2 3 4 5
50	Geheugen		1 2 3 4 5
51	Inzicht in eigen gedrag/spelgedrag	Het zich bewustzijn en het begrijpen van zichzelf en het eigen gedrag binnen bewegingssituaties	1 2 3 4 5
52	Inschatting eigen motorische vaardigheden		1 2 3 4 5
53	Inschatting eigen fysieke mogelijkheden		1 2 3 4 5
54	Besef/begrip van gedrags/spelregels		1 2 3 4 5
55	therapie/pmt		1 2 3 4 5
56	Cognities t.a.v. het actuele eigen ziek zijn	Ideeën en overtuigingen t.o.v. het eigen ziek zijn en de mogelijke oorzaken en invloeden t.o.v. hiervan	1 2 3 4 5
57	Cognities t.a.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren	Ideeën en overtuigingen t.o.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren	1 2 3 4 5
58	Het begrijpen van lichaamstaal	Het begrijpen van de betekenis, die wordt uitgedrukt via bewegingen, lichaamshoudingen, gelaatsuitdrukkingen	1 2 3 4 5
59	Het kunnen maken van de transfer tussen de therapiecontext en andere contexten	Het kunnen leggen van een link tussen het ervaren en geleerde in de zaal en ervaringen en de manier van handelen in andere contexten/situaties	1 2 3 4 5
60	Bewegingsprobleemoplossend vermogen (plannen, uitvoeren, evalueren, bijstellen.)	Het kunnen oplossen van problemen binnen bewegingssituaties, zoals in spelsituaties en het uitvoeren van complexe bewegingsopdrachten alleen of met anderen	1 2 3 4 5
61	Speltactiek	Een handelen dat gericht is op het zo efficiënt en kundig mogelijk bereiken van het gestelde doel	1 2 3 4 5
62	Reactievermogen	Het vermogen om adequaat te reageren op prikkels	1 2 3 4 5
63	Leervermogen	Het vermogen iets te leren	1 2 3 4 5
64	Herbelevingen	Voorstellingen van plaatsgevonden traumatische, gebeurtenissen die zich tegen de wil opdringen, met het intact blijven van het realiteitsbesef	1 2 3 4 5
65	Perceptie (beeld/idee) van het eigen lichaam	De wijze van waarnemen van het eigen lichaam	1 2 3 4 5
66	Zelfbeeld	De bewuste voorstelling van de eigen persoon	1 2 3 4 5
67	Rand/psychotische symptomen	Aanwezigheid van wanen en of hallucinaties, waarbij het contact met de werkelijkheid verstoord is of wisselend aanwezig is	1 2 3 4 5
68	Therapiemotivatie	De mate van en de inhoudelijke beweegredenen voor het volgen van therapie/pmt	1 2 3 4 5
69	Inzicht in het gedrag van een ander	Bewustzijn en inzicht in het gedrag en de mogelijke beweegredenen voor het gedrag van een ander	1 2 3 4 5
70	Interne spanningsbronnen	Gevoelens of gedachten die iemand angstig, verward, onrustig, of van streek maken	1 2 3 4 5
71	bewegingservaring		1 2 3 4 5

	Sociaal	Definitie	Relevantie
72	Zelfverzekering in het bewegen ten opzichte van anderen	De mate waarin iemand zich zonder zich te onderschatten op niet angstige wijze ten opzichte van anderen beweegt	1 2 3 4 5
73	Omgaan met stress/druk van buitenaf	Het aanwezig zijn van adequaat copinggedrag binnen de context	1 2 3 4 5
74	Uiten en delen van emoties		1 2 3 4 5
75	Naar binnen/buiten gericht (introvert/extrovert)	Is iemand in zijn handelen/houding en communicatie naar binnen gericht/op zichzelf gericht of naar buiten gericht/op anderen?	1 2 3 4 5
76	Omgaan met winst en verlies	Het kunnen hanteren van ervaringen van winst en verlies, lukken en mislukken en rivaliteit	1 2 3 4 5
77	Aangaan van conflicten	De mate van en de manier waarop iemand conflicten aangaat en ermee omgaat	1 2 3 4 5
78	Omgaan m. sociale grenzen/normen	De mate en de manier van omgaan met sociale grenzen/normen	1 2 3 4 5
79	Hulp/steun vragen/bieden/accepteren	Het vragen, bieden en accepteren van emotionele en/of praktische steun en/of hulp	1 2 3 4 5
80	Leiding geven/accepteren	Het binnen de activiteit kunnen geven van leiding en/of accepteren van leiding van anderen	1 2 3 4 5
81	Verantwoordelijkheid voelen/nemen	Het verantwoordelijk voelen voor eigen handelen binnen een een activiteit, en/of ook voor anderen en/of het handelen op basis hiervan	1 2 3 4 5
82	Omgaan met afstand en nabijheid	Het kunnen innemen van een passende afstand t.o.v. mede- en tegenspelers in de ruimte, ook rekening houdend met eigen en andermans grenzen daarin	1 2 3 4 5
83	Omgaan met kritiek	Verdraagzaamheid t.o.v. feedback van anderen en de manier van omgaan ermee	1 2 3 4 5
84	Sociale vaardigheden	Vaardigheden voor het aangaan en onderhouden van contact	1 2 3 4 5
85	Sociale initiatiefname	De mate van en de manier van het nemen van sociale initiatieven	1 2 3 4 5
86	Omgaan met fysieke aanraking	De manier van omgaan met fysieke aanraking	1 2 3 4 5
87	Regelhantering	Het bewustzijn van en het omgaan met spel/regels binnen een sociale activiteit zoals een spel	1 2 3 4 5
88	Externe spanningsbronnen	Omgevingsprikkels die onrust en/of spanning en/of angst en/of druk/stress veroorzaken	1 2 3 4 5
98	Vertrouwen op een ander	Het durven vertrouwen op anderen	1 2 3 4 5
90	Therapietrouw	Regelmatige/frequente aanwezigheid bij de pmt	1 2 3 4 5

Bijlage 10: LECS-TP-schema:

Lichamelijk:	Psychiatrisch functiegebied:	Emotioneel:	Psychiatrisch functiegebied:
Mimiek Gestiek oogcontact Houdingsbeeld Bewegingsbeeld	Affectief functioneren: Affect	Hanteren emoties	Cognitief functioneren: decorumbesef
Somatische klachten Spanning in het bewegen	Affectief functioneren: Somatische klachten en verschijnselen	Zelfbeleving Lichaamsbeleving Motorische competentiebeleving Zelfvertrouwen	Cognitief functioneren: Zelfbeleving Zelfinschatting
Motorische coördinatie Bewegingsbeeld Ademhaling Ruimte inname in het bewegen Prikkelverwerking Remming in het bewegen Spanning in het bewegen	Conatief functioneren: Psychomotoriek	Angst Achterdocht Krenkbaarheid Inhoud stemming Zelfvertrouwen Adequaatheid stemming Motorische competentiebeleving Zelfbeleving Angsttolerantie Frustratietolerantie	Cognitief functioneren: Inhoud denken Affectief functioneren: Stemming
Mimiek Gestiek	Conatief functioneren: mimiek en gestiek	Hanteren emoties	Affectief functioneren: Affect
Doorzettingsvermogen	Conatief functioneren: Motivatie	Hanteren lichaamssignalen Stemmingsregulatie Zelfvertrouwen Omgaan met stress	
Mate van activiteit/initiatiefname Impulscontrole Ruimte innemen in het bewegen Remming in het bewegen Omgaan met fysieke grenzen	Conatief functioneren: (Bewegings)gedrag		

Cognitief:	Psychiatrisch functiegebied <u>Cognitief functioneren</u>	Sociaal:	Psychiatrisch functiegebied
Alertheid	Bewustzijn	Omgaan met fysieke aanraking	Cognitieve functies: Intellectuele functie: <i>normbesef</i>
Aandacht richten/vasthouden/verdelen Taakgerichtheid Overzicht houden	Aandacht/concentratie	Omgaan met sociale grenzen en normen Omgaan met afstand en nabijheid Hanteren van emoties	Cognitieve functies: Intellect. functie: <i>decorumbesef</i>
Orientatie in tijd/plaats/persoon	Orientatie	Omgaan met kritiek	Cognitieve functies: Zelfwaarneming Zelfbeleving
Inzicht in eigen gedrag/spelgedrag Inschatting eigen fysieke mogelijkheden	Intellectuele functies: <i>Zelfinschatting</i>	Vertrouwen op een ander	Cognitieve functies: inhoud denken Conatieve functies: Motivatie
Cognities tav het eigen ziek zijn Cognities tav lichaam/ lich.functioneren	Ziekteinzicht: <i>ziekteverklaring</i>	Hanteren van emoties Naar binnen/buiten gericht; intro/extravert Omgaan met stress/druk van buitenaf	Affectieve functies: Affect
Begrijpen van lichaamstaal Transfer maken therapie/andere context	Ziekteinzicht: <i>Abstractievermogen</i>	Omgaan met sociale grenzen/normen Omgaan met afstand en nabijheid Hulp vragen/bieden/accepteren Steun zoeken/bieden/accepteren Leiding accepteren/geven Verantwoordelijkheid voelen/nemen Omgaan met kritiek Sociale vaardigheden Omgaan met winst en verlies Sociale initiatiefname	Conatieve functies: Gedrag
Leervermogen	Intelligentie		
Herbelevingen Alertheid Aandacht richten/vasthouden/verdelen	Voorstelling:		
Rand/psychotische symptomen Lichaamsbeeld/perceptie Zelfbeeld /zelfperceptie	Waarneming: Zelfwaarneming:		
Leervermogen	<i>Vorm: beloop en samenhang</i>		
Rand/psychotische symptomen Overtuigingen/cognities t.a.v. het eigen actuele ziek zijn. Overtuigingen/cognities t.a.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren.	Inhoud denken		
Cognities tav het eigen actuele ziek-zijn Cognities tav eigen lichaam en lichamelijk functioneren.	Conatief functioneren: Motivatie		

Bijlage 11:**LECS-behandelplanformat**

L	Somatische klachten en verschijnselen. Motorisch functioneren Houdingsbeeld Initiatief en ruimte-inname Omgang met fysieke grenzen	
E	Zelfbeleving Lichaamsbeleving Emotiehantering Angst en spanningsniveau Stemming Stresshantering	
C	Bewustzijn en concentratie Zelfinschatting/inzicht Zelfperceptie/beeld Lichaamsperceptie/beeld Inhoud van denken Intellectueel vermogen	
S	Emotiehantering Stresshantering Omgang met afstand en nabijheid Steun zoeken/ bieden/ accepteren Leiden/ volgen Winst/ verlieshantering Sociale vaardigheden	
Conclusie t.a.v. de psychische functies: Cognitief: Affectief: Conatief:		
Hypothese t.a.v. DSM-diagnostiek: 		
Behandelvoorstel: 		

Lichamelijk:

Somatische klachten en verschijnselen:	Somatische klachten Spanning in het bewegen
Motorisch functioneren:	Motorische coördinatie Bewegingsbeeld Remming in het bewegen Spanning in het bewegen Ademhaling Prikkelverwerking
Houdingsbeeld:	Mimiek Gestiek Oogcontact
Omgang met fysieke grenzen:	Mate van activiteit/initiatiefname Ruimte innemen tijdens het bewegen Omgang met fysieke grenzen Impulscontrole Doorzettingsvermogen
Initiatief en ruimte-inname:	Mate van activiteit/initiatiefname Ruimte-inname Doorzettingsvermogen

Emotioneel:

Zelfbeleving	Zelfbeleving Zelfvertrouwen
Lichaamsbeleving	Lichaamsbeleving Motorische competentiebeleving
Emotiehantering	Emotiehantering Stemmingsregulatie
Stresshantering	Stresshantering Angsttolerantie Frustratietolerantie
Stemming/Emoties	Inhoud stemming Adequaatheid stemming Krenkbaarheid
Angst en spanningsniveau:	Angst Achterdocht

Cognitief:

Bewustzijn en concentratie	Aandacht richten/vasthouden/verdelen Taakgerichtheid Overzicht houden Alertheid Oriëntatie in tijd, plaats en persoon
Zelfperceptie/beeld:	Zelfperceptie/beeld
Lichaamsperceptie/beeld:	Lichaamsperceptie/beeld
Zelfinschatting/zelfinzicht:	Inschatting eigen fysieke mogelijkheden Inzicht eigen spelgedrag
Inhoud van denken/waarneming:	Cognities t.a.v. het eigen actuele ziek-zijn Cognities t.a.v. het eigen lichaam en lichamelijk functioneren. Rand/psychotische symptomen Herbelevingen
Intellectueel vermogen:	Leervermogen Begrijpen van lichaamstaal Het kunnen maken van de transfer tussen de therapie en andere contexten.

Sociaal:

Emotiehantering:	Hanteren van emoties Naar binnen/naar buiten gericht: Introvert/extravert.
Stresshantering:	Omgaan met kritiek Omgaan met stress/druk van buitenaf Omgaan met winst en verlies
Omgang met afstand en nabijheid:	Omgaan met afstand en nabijheid Omgaan met fysieke aanraking
Steun/hulp zoeken/bieden/accepteren:	Steun/hulp zoeken/bieden/accepteren Vertrouwen op een ander
Sociale vaardigheden:	Omgaan met sociale grenzen en normen Sociale vaardigheden
Leiden/volgen:	Sociale initiatiefname Verantwoordelijkheid voelen/nemen Leiding accepteren/geven

Bijlage 12: Innovatieplan PMT-diagnostiek:

Ontwikkelen van een standaardobservatieprotocol voor vaktherapie PMT

Inleiding:

Naar aanleiding van het ontbreken van een gevalideerde psychomotorische observatielijst en -protocol voor algemene diagnostiek in de volwassenen psychiatrie heb ik een onderzoek verricht in het kader van de Master-opleiding psychomotorische therapie. Vanuit dit onderzoek is door mij recentelijk een consensus-based lijst ontwikkeld en zijn aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Dit onderzoek wil zich richten op het construeren van een observatieprotocol voor vaktherapie. In eerste instantie voor vaktherapie PMT en aansluitend voor vaktherapie beeldend.

Opzet:

Het ontwikkelen van een valide standaardobservatieprotocol voor psycho-motorische therapie ter aanvulling en ondersteuning van de algemene psychiatrische diagnostiek in de volwassenen psychiatrie.

Het protocol zal in opzet zo ontwikkeld worden dat het met kleine aanpassingen door de andere vaktherapieën gebruikt kan worden.

Doelstelling:

Het standaardiseren en daarmee het mogelijk verbeteren van de algemene psychomotorische diagnostiek voor volwassenenpsychiatrie en het beter aansluiten op het psychiatrische onderzoek. Hiermee komen er meer handvaten voor de praktijk. Bovendien wordt er in teams dezelfde taal gesproken, zodat een eenduidige diagnose sneller gesteld kan worden. Het ontwikkelde protocol kan als format dienen voor andere non-verbale observaties.

Relevantie:

Waarom een algemene standaardobservatielijst en -protocol?

** Profileren van het vak psychomotorische therapie en de andere vaktherapieën, binnen de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg.* In de huidige gezondheidszorg moeten keuzes worden gemaakt over vraag en aanbod. De onderbouwing van de beroepsuitoefening zal mede bepalend zijn voor de ruimte en de plaats die de PMT en de vaktherapieën in de gezondheidszorg zullen innemen. Het is dus van belang om de inhoud en verantwoording van de vaktherapieën

te beschrijven en te onderbouwen.

** Dezelfde taal spreken door het aansluiten bij het psychiatrisch onderzoek.*

De ontwikkeling van een PMT-observatieprotocol, dat aansluit op het psychiatrisch onderzoek kan bewerkstelligen dat binnen een behandelteam dezelfde taal wordt gesproken, zodat een eenduidige diagnose en behandelplan sneller wordt opgesteld.

** Mogelijkheid tot een voor- en nameting middels een gevalideerde observatielijst.* Door het gebruik van een gevalideerd protocol bestaat de mogelijkheid om een voor- en nameting te doen bij een PMT-behandeling waardoor het effect van de PMT inzichtelijk wordt gemaakt.

** Een lijst gericht op algemene diagnostiek in plaats van een gerichte lijst.*

Bij het observeren ten behoeve van algemene diagnostiek, is het van belang om holistisch te kijken. Specifieke probleemgebieden staan altijd in verband met andere functiegebieden.

Door een algemene PMT-observatielijst aan te houden wordt voorkomen dat vanuit een kokervisie geobserveerd wordt en belangrijke verbanden en betekenissen worden gemist

Werkwijze in fases:

1. Op basis van het behaalde onderzoeksresultaat, het onderzoeken van de hanteerbaarheid van deze consensus-based observatielijst in de praktijk. Dit op basis van een kwalitatief onderzoek dat voortborduurde op het onderzoek van Linda Biemond, in het kader van haar masteropleiding PMT.
2. Ontwikkelen van een standaardintake voor psychomotorische therapie t.a.v. algemene psychiatrische diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie, aansluitende op het standaard psychiatrische onderzoek. Dit op basis van een literatuuronderzoek en praktijkonderzoek, gebruik makende van een expertpanel.
3. Ontwikkelen van een standaardbewegingsactiviteitsaanbod voor psychomotorische therapie t.b.v. algemene psychiatrische diagnostiek in de volwassenenpsychiatrie, aansluitende op het standaard psychiatrische onderzoek. Dit op basis van een literatuuronderzoek en praktijkonderzoek, beiden gericht op het bepalen van mogelijke activiteiten, waarbinnen de observatie-items vanuit de ontwikkelde observatielijst (fase 1) geobserveerd kunnen worden.
4. Onderzoeken van de validiteit van dit standaardobservatieprotocol, middels een praktijkgericht, kwalitatief onderzoek.

Tijdspad:

Fase 1: februari 2010-mei 2010

Fase 2: mei 2010- augustus 2010

Fase 3: augustus 2010- november 2010

Fase 4: november 2010- februari 2011

Evaluatie:

November 2010 wordt deze aanvraag geëvalueerd. Op basis van de behaalde resultaten zal een aanvraag tot voortzetting voor 2011 worden ingediend.

Benodigde middelen:

4 uur vaktherapie PMT per week voor 2010

10 december 2009

Linda Biemond

Psychomotorisch therapeute