

**CHECK  
JE  
LATER!**



*Jorine  
lokkerbol*

**PMT-BA**

**Is de checklist van Claudia Emck geschikt  
als observatielijst voor jongeren met  
externaliserend gedrag op de Vliegden?**

**Afstudeeronderzoek “Check je later!”**

**Jorine Lokkerbol**

**Mei 2012**

**Psychomotorische therapie & bewegingsagogie**



**Begeleider: Sandra Verbeeten**

**Beoordelaar: Jeannette Verhoeven**

## Voorwoord

---

Na vier jaar de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie te hebben gevolgd aan de CALO in Zwolle, sluit ik mijn studie af met dit onderzoek.

Met mijn afstudeeronderzoek sluit ik een mooie, bijzondere en leerzame periode af. Mijn onderzoek heb ik uitgevoerd op dagbehandeling de Vliegden, een samenwerkingsverband tussen Zandbergen jeugd- en opvoedhulp en de Mulock Houwer school. Het is een bijzondere locatie waarbij behandeling en scholing, voor jongeren die in het regulier onderwijs zijn uitgevallen, wordt gecombineerd.

De opleiding en mijn stages hebben mij veel nieuwe inzichten en vaardigheden gebracht. Ook het bedenken, schrijven en maken van mijn afstudeeronderzoek heeft mij nieuwe inzichten gegeven en daarbij heb ik nieuwe vaardigheden verworven. Ook ben ik lastige periodes tegen gekomen waarin ik niet goed wist hoe ik verder moest. Toch ben ik daar weer uitgekomen, mede dankzij alle hulp om mij heen.

Ik wil allereerst mijn scriptiebegeleider Sandra Verbeeten bedanken. Ze heeft me geholpen om op het juiste spoor te blijven en niet te veel zijwegen in te slaan. Daarnaast wil ik Jaco Boon, mijn stagebegeleider, bedanken voor de hulp bij het uitvoeren van het onderzoek en zijn visie op de checklist. Natuurlijk wil ik ook alle cliënten en mentoren van de cliënten bedanken voor het meewerken aan het onderzoek en het invullen van de vragenlijsten. Ook wil ik Edwin Lokkerbol bedanken voor zijn kritische blik en zijn interesse. Pascal Snijder wil ik bedanken voor zijn creatieve toevoegingen. Als laatste wil ik Annieke ten Raa bedanken voor haar ondersteuning in het proces van het onderzoek schrijven. Haar onderzoek komt deels overeen met mijn onderzoek waardoor we een aantal dingen samen hebben kunnen uitzoeken.

Ik wens u veel plezier bij het lezen.

Jorine Lokkerbol,  
Zwolle, mei 2012

## Samenvatting

---

In dit onderzoek wordt gekeken hoe de checklist van Claudia Emck kan worden aangepast aan de doelgroep van de Vliegden. De Vliegden is een dagbehandeling en samenwerkingsverband tussen Zandbergen en Mulock Houwer. Op de Vliegden komen jongeren die zijn uitgevallen in het regulier onderwijs. In het onderzoek is er gekozen om de checklist aan te passen op de jongeren die externaliserend (probleem-)gedrag vertonen omdat heldere observatierichtlijnen ontbreken.

Hierbij wordt gezocht naar observatie-items om de checklist zo volledig mogelijk te maken voor de bovengenoemde doelgroep. Ook wordt er gekeken welke observatie-items er weg kunnen worden gelaten door het uitvoeren van de checklist en het analyseren van de antwoorden. Ook zijn de YSR en de TRF uitgevoerd bij de proefpersonen ter bevestiging van externaliserend gedrag en heeft de literatuur aanvullende kenmerken opgeleverd.

Het resultaat van het onderzoek bestaat uit drie delen: Algemene diagnostiek met informatie hoe het externaliserend gedrag door de jongeren en de mentoren wordt ervaren. Conclusie hieruit is dat de jongeren hun eigen gedrag als mindere last ervaren dan de mentoren dit doen. Het tweede deel is een overzicht van de checklist en het gebruik ervan binnen de instelling. De observatie-items *naar binnen/buiten gericht*, *energieniveau* en *clusters* kunnen weggelaten worden. Tenslotte is er een samenvatting uit de literatuur met opvallende kenmerken. De meest opvallende kenmerken voor de doelgroep die nog ontbreken zijn: *impulsief reageren*, *fysieke fitheid*, *inlevingsvermogen* en *liegen/waarheid vertellen*. Samen vormen zij een nieuwe checklist aangepast aan de doelgroep.

## Inhoud

---

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Voorwoord.....                                                                                          | 3  |
| Samenvatting.....                                                                                       | 4  |
| Inhoud.....                                                                                             | 5  |
| Inleiding.....                                                                                          | 6  |
| Aanleiding.....                                                                                         | 6  |
| Probleemstelling.....                                                                                   | 6  |
| Doelstelling & onderzoeksvraag.....                                                                     | 6  |
| Leeswijzer.....                                                                                         | 7  |
| 1.    Methode.....                                                                                      | 8  |
| 1.1 Proefpersonen.....                                                                                  | 8  |
| 1.2 Instrumenten.....                                                                                   | 8  |
| 1.3 Procedure.....                                                                                      | 9  |
| 2.    Externaliserend gedrag.....                                                                       | 10 |
| 2.1 De doelgroep.....                                                                                   | 10 |
| 2.2 Wat is externaliserend gedrag? .....                                                                | 10 |
| 2.3 Wat is psychomotorische therapie .....                                                              | 13 |
| 2.4 Wat kan psychomotorische therapie toevoegen aan de algemene behandeling bij deze doelgroep? .....   | 13 |
| 3.    Diagnostiek.....                                                                                  | 15 |
| 3.1 Definitie en uitleg.....                                                                            | 15 |
| 3.2 Algemene diagnostiek.....                                                                           | 15 |
| 3.3 Vakspecifieke diagnostiek.....                                                                      | 16 |
| 3.4 Wat wil je observeren in een observatiefase en waarop is een observatie instrument gebaseerd? ..... | 17 |
| 4.    Resultaten.....                                                                                   | 18 |
| 4.1 Resultaten van de algemene diagnostiek .....                                                        | 18 |
| 4.2 Resultaten van de vakspecifieke diagnostiek.....                                                    | 19 |
| Discussie.....                                                                                          | 21 |
| Conclusie.....                                                                                          | 22 |
| Aanbevelingen .....                                                                                     | 24 |
| Reflectie .....                                                                                         | 25 |
| Literatuurlijst.....                                                                                    | 26 |
| Bijlage 1; Checklist van Emck .....                                                                     | 27 |
| Bijlage 2; resultaten van de YSR.....                                                                   | 28 |
| Bijlage 3; uitleg over de TRF en de YSR.....                                                            | 29 |

## Inleiding

---

In dit hoofdstuk worden de aanleiding tot het schrijven van dit onderzoek en de probleemstelling beschreven. Tevens zullen de doelstelling en de onderzoeksvraag worden besproken. Het hoofdstuk sluit af met een leeswijzer.

### Aanleiding

---

De Vliegden is een dagbehandeling voor jongeren en een samenwerkingsverband tussen stichting Maatschappij Zandbergen Jeugd en opvoedhulp en de Mullock Houwer school in Huizen. De jongeren die voor de Vliegden worden aangemeld, hebben allemaal te maken gehad met spijbelen of hebben hun oude middelbare school moeten verlaten. Binnen de Vliegden werken jongeren aan het verbeteren van hun gedrag en krijgen ze onderwijs omdat ze leerplichtig zijn. Er wordt gewerkt naar instromen in het regulier onderwijs als dit mogelijk is. Psychomotorische Therapie is de enige vaktherapie die de jongeren krijgen tijdens hun behandeling.

Via een indicatie van Bureau Jeugdzorg worden de jongeren aangemeld bij de Vliegden. De coördinator bekijkt dan samen met de jongere en de ouders of de Vliegden een geschikte plek is. Bureau Jeugdzorg heeft de algemene diagnose al gesteld. Wanneer de jongere definitief wordt aangemeld worden er algemene behandeldoelen opgesteld voor de behandeling. Met deze doelen wordt er gewerkt aan verbetering van het gedrag van de jongere. Binnen psychomotorische therapie wordt er ook gewerkt aan de algemene doelen of de jongere wordt binnen psychomotorische therapie geobserveerd waarna er doelen naar voren komen.

### Probleemstelling

---

Op de Vliegden zelf wordt er weinig aan diagnostiek gedaan. Men gaat uit van de diagnose die Bureau Jeugdzorg heeft gegeven en gaat behandelen met de behandeldoelen als uitgangspunt. Voor de psychomotorische therapie betekent dit dat er veel algemene doelen worden behandeld, zoals agressieregulatie of zelfvertrouwen verhogen. Er wordt geen vakspecifieke diagnostiek gesteld binnen psychomotorische therapie. Vakspecifieke diagnostiek geeft aanvullende informatie op de algemene diagnostiek en op de Vliegden ontbreekt deze informatie. Met aanvullende informatie over de cliënt kan mogelijk een adequatere behandeling worden opgesteld.

Een groot deel van de jongeren op de Vliegden heeft externaliserende gedragsproblemen, voorbeelden hiervan zijn gewelddadig gedrag of snel afgeleid zijn. Om het onderzoek af te bakenen, wordt er in dit onderzoek alleen gekeken naar de groep jongeren met externaliserende gedragsproblemen. Voor deze doelgroep zijn er geen observatierichtlijnen binnen de behandeling of binnen PMT. Vakspecifieke diagnostiek wordt gezien als aanvullende diagnostiek op de algemene diagnose, maar ontbreekt in dit geval.

### Doelstelling & onderzoeksvraag

---

In dit onderzoek wordt er gekeken welke observatie-items aan bod zouden moeten komen in de observatieperiode op de Vliegden van jongeren met externaliserende gedragsproblemen binnen PMT zodat er vakspecifieke diagnostiek kan worden gecreëerd. Mogelijk draagt deze vakspecifieke diagnostiek bij aan de algemene diagnose en aan een betere behandeling dan de wijze waarop de behandeling nu wordt afgestemd op de cliënt.

Daarnaast draagt het onderzoek mogelijk bij aan de professionaliteit van de vakspecifieke diagnostiek op de Vliegden. Het onderzoeken van de mogelijkheden om vakspecifieke diagnostiek te gebruiken en zo de behandeling beter af te stemmen op de cliënt, heeft geleid tot de onderzoeksvraag.

De volgende onderzoeksvraag is naar voren gekomen:

*Welke observatie-items zouden volgens de vakspecifieke diagnostiek aan de orde moeten komen gedurende de observatieperiode van PMT van jongeren met externaliserende gedragsproblemen om de problematiek van de jongeren te verhelderen?*

Om deze vraagstelling zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden, zijn er nog een aantal deelvragen ontstaan. De deelvragen zijn een leidraad om alle informatie te verzamelen om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. In de verschillende hoofdstukken zullen deze deelvragen aan de orde komen en beantwoord worden.

1. Wat is externaliserend gedrag?
2. Wat is het verschil tussen algemene en vakspecifieke diagnostiek?
3. Wat wil je observeren in een observatiefase en waarop is een observatie instrument gebaseerd?
4. Wat zijn observatiegebieden en wat zijn observatie-items?
5. Wat kan psychomotorische therapie toevoegen aan de algemene behandeling bij deze doelgroep?

De methode voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag en deelvragen, bestaat uit twee delen. Het eerste deel is het literatuuronderzoek. Het tweede deel is een praktijkonderzoek en bestaat uit het afnemen van de Youth Self Report (YSR) vragenlijst bij jongeren, de Teacher Report Form (TRF) bij de mentor van deze jongeren en het observeren van de jongeren aan de hand van de checklist van Claudia Emck. Deze resultaten zijn samengevoegd en met elkaar vergeleken om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Verderop in dit document wordt de methode uitgebreider toegelicht.

## Leeswijzer

Het document zal beginnen met de methode van het onderzoek. In de methode wordt hoofdzakelijk uitleg geven over de instrumenten en de procedure van het onderzoek.

Het tweede hoofdstuk zal gaan over de doelgroep, uitleg over externaliserend gedrag en uitleg over wat verstaan wordt onder probleemgedrag. Tevens zal er worden uitgelegd wat psychomotorische therapie is en wat de meerwaarde van psychomotorische therapie bij de doelgroep kan zijn.

In hoofdstuk 3 zullen de begrippen algemene en vakspecifieke diagnostiek worden uitgelegd. Tevens zullen deze begrippen worden vertaald naar de instelling waar het onderzoek is uitgevoerd. Daarnaast wordt er antwoord gegeven op deelvraag 3.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het praktijkonderzoek besproken. Er wordt ingegaan op de resultaten van de algemene diagnostiek en de resultaten van de vakspecifieke diagnostiek. Hierna komt de discussie aan bod. In dit hoofdstuk wordt er kritisch naar de methode, uitvoering en resultaten gekeken.

Na de discussie, volgt de conclusie van het gehele onderzoek. Afsluitend volgen de aanbevelingen over eventuele vervolgstappen na dit onderzoek en een reflectie over hoe de schrijver het onderzoek ervaren heeft.

Achterin vindt u de literatuurlijst en bijlagen.

## 1. Methode

---

In dit hoofdstuk zal de methode worden beschreven, welk is gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Het document is gebaseerd op een literatuuronderzoek (hoofdstuk 2 en 3) en een beschrijvend onderzoek (resultaten in hoofdstuk 4).

Zoals in de inleiding beschreven staat, is de aanleiding om het document te schrijven het feit dat er geen vakspecifieke diagnostiek op de Vliegden bestaat. Om meer structuur en duidelijkheid te krijgen in de observatieperiode en om de verkregen informatie bruikbaar te maken, is er voor gekozen om een onderzoek te starten.

Het literatuuronderzoek gaat in op relevante informatie omtrent de doelgroep, het probleemgedrag en PMT. Het praktijkonderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel in het afnemen van de YSR en de TRF lijsten bij de proefpersonen en de mentoren van de proefpersonen. Het tweede deel is het afnemen van de checklist van Claudia Emck bij de proefpersonen.

### 1.1 Proefpersonen

---

Aan het onderzoek deden zes jongeren, één meisje en vijf jongens, tussen de 14 en 17 jaar van de Vliegden mee. Daarbij is gekozen voor jongeren met externaliserende problematiek. Internaliserende problematiek wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Er is geen rekening gehouden met de duur van het verblijf van de jongeren. Een aantal zijn al een jaar op de Vliegden en een aantal korter. Daarnaast hebben ook de mentoren (n=4) van de jongeren deelgenomen aan het onderzoek. Zij hebben een aparte vragenlijst (TRF) ingevuld over de deelnemende jongeren.

### 1.2 Instrumenten

---

Voor het onderzoek is er gekozen om de TRF in te laten vullen door de mentor, de YSR door de jongere en de PMT checklist van Claudia Emck door de psychomotorische therapeut.

#### 1.2.1 TRF

---

TRF staat voor Teacher Report Form en wordt door de leraar (in het geval van het onderzoek de mentor) ingevuld. De TRF is een vragenlijst waarop leerkrachten vragen kunnen beantwoorden over de cliënt. De vragen zijn gericht op schoolwerk, functioneren en emotionele- en gedragsproblemen. Ook gaan de vragen over gedrag dat ouders niet goed kunnen waarnemen, zoals: vindt het moeilijk om aanwijzingen op te volgen, stoort andere leerlingen, veroorzaakt onrust in de klas (Cito, 2001-2012).

Het doel van de vragenlijst is om een beeld te verkrijgen van hoe de leraar het gedrag van de cliënt ziet en ervaart. Daarnaast is de lijst te gebruiken voor een screening op ADHD, ASS, ODD/CD en depressie. Voor het onderzoek is het vooral interessant om waar te nemen hoe de cliënt volgens de mentor op de 'externaliserende schalen' (zie bijlage voor uitleg) scoort.

#### 1.2.2 YSR

---

De jongeren hebben voor het onderzoek de YSR ingevuld. Het Youth Self Report (YSR) is bedoeld voor jongeren tussen de 11 en 18 jaar. De vragen gaan over vaardigheden, emotionele problemen en gedragsproblemen. Het doel van de vragenlijst is om meer informatie te krijgen over het gedrag van de jongere (Cito, 2001-2012) om op die manier een gerichtere behandeling uit te kunnen voeren. De jongeren konden voor elke vraag aangeven hoe goed de vraag bij hen paste voor de afgelopen zes maanden. De vragen zijn verdeeld in vragen over vaardigheden en vragen over probleemgedrag.



### 1.2.3. PMT checklist van Claudia Emck

---

Vanuit de vakspecifieke diagnostiek is er in dit onderzoek gekozen voor de checklist van Claudia Emck. De checklist van Claudia Emck geeft informatie over het gedrag van de cliënt, geobserveerd in bewegingsactiviteiten. Gedurende 4 tot 6 weken is de therapeut bezig geweest met het bijhouden van de checklist. Voor 1 jongere was dit na 10 maanden verblijf, voor 1 jongere na 8 maanden verblijf, voor 2 jongeren na 6 maanden verblijf en voor 2 jongeren na 1 maand verblijf. De checklist is onderverdeeld in verschillende observatiegebieden. Elk observatiegebied bestaat uit observatie-items. Observatie-items zijn onderdelen waaronder de psychomotorische therapeut het gedrag van de cliënt in kernwoorden beschrijft. De observatie-items worden dus niet cijfermatig gescoord. De informatie uit de verschillende observatiegebieden wordt samengevat om tot een vakspecifieke werkhypothese en een voorstel voor behandeling te komen. In het onderzoek is deze informatie gebruikt om te kijken op welke onderdelen er bruikbare informatie wordt vermeld en welke onderdelen eventueel weggelaten kunnen worden bij deze doelgroep. In de bijlage vindt u de gehele checklist.

## 1.3 Procedure

---

Het onderzoek is verdeeld in twee delen. Het eerste deel van het onderzoek bevat het literatuuronderzoek.

Het tweede deel bestaat uit drie verschillende observatielijsten. Het uitvoeren van de eerste twee observatielijsten is tevens het afnemen van de algemene diagnostiek; de YSR en de TRF. De YSR vragenlijst is individueel in een aparte ruimte op de Vliegden afgenomen. De jongeren kregen 45 minuten de tijd om de vragen in te vullen. De TRF lijst is via de computer door de mentor ingevuld. De mentor heeft hierbij informatie van collega's gebruikt om een zo goed mogelijk beeld te schetsen. De derde observatielijst is de checklist van Claudia Emck. De checklist van Emck is binnen 4 weken afgenomen en ingevuld door de psychomotorische therapeut. Tijdens bewegingsactiviteiten met de groep en individuele psychomotorische therapie, zijn de jongeren geobserveerd en is de checklist ingevuld.

De uitkomsten van de YSR en de TRF zijn besproken met het afdelingshoofd en verwerkt in grafieken. De grafieken weergeven de last die de jongeren en de omgeving ervaren ten opzichte van hun gedrag. De uitkomst van de checklist is doorgenomen door de twee psychomotorische therapeut op de Vliegden. Conclusies over mogelijk relevante observatie-items, zijn in combinatie met de literatuur, getrokken.

## 2. Externaliserend gedrag

---

Het tweede hoofdstuk bestaat uit een theoretische onderbouwing van de doelgroep. Allereerst wordt de doelgroep van het onderzoek beschreven (2.1). Daarnaast wordt er gekeken naar wat externaliserend gedrag (2.2) is en wat er wordt verstaan onder probleemgedrag (2.2.1). Ook PMT (2.3) en de aansluiting van PMT met de doelgroep (2.4) zullen besproken worden.

### 2.1 De doelgroep

---

Het onderzoek gaat om de doelgroep jongeren (leeftijd tussen de 12 en 18 jaar) met externaliserend (probleem)gedrag. De jongeren die naar de Vliegden komen, zijn allemaal jongeren die problemen hebben op het voortgezet onderwijs. Sommige vertonen wangedrag zoals spijbelen, schelden, materiaal vernielen en vechten met andere jongeren, maar er zijn ook jongeren die spijbelen vanwege pesten en gebrek aan motivatie. De doelgroep waar het om gaat zijn juist de jongeren die hun gedrag naar buiten richten en waarvan de omgeving last ervaart, jongeren die bijvoorbeeld veel vechten en schelden.

De meeste jongeren kunnen op dit moment niet terug naar hun oude school en zitten thuis. Vanwege de leerplicht moeten ze naar school. De Vliegden is een locatie waar ze maximaal een jaar kunnen verblijven om de instroom op hun oude school of een andere school mogelijk te maken.

Tijdens hun verblijf op de Vliegden krijgen ze scholing en behandeling. De insteek is om te zorgen dat de jongeren weer terug gaan naar hun oude middelbare school of naar andere een vergelijkbare school. Wanneer dit niet mogelijk blijkt, doordat het gedrag wat ze laten zien niet voldoende passend is voor het reguliere onderwijs, wordt er gekeken naar een cluster 4 school. Een voorbeeld van wat veel jongeren met externaliserend gedrag moeilijk vinden, is omgaan met gezag en regels. Hierin worden de jongeren getraind om acceptabel gedrag te kunnen laten zien in het voortgezet onderwijs. Een concrete norm is niet te stellen. Er wordt per jongere gekeken hoe hij of zij zich uit en of het gedrag passend is voor het regulier onderwijs.

### 2.2 Wat is externaliserend gedrag?

---

Om helder te krijgen welke eigenschappen of kenmerken deze doelgroep heeft, wordt er in de literatuur gezocht naar wat externaliserend gedrag is en hoe het tot stand komt. Externaliserend gedrag wordt vaak beschreven als gedrag dat naar buiten is gericht (Rigter, 2008). Hiermee wordt bedoeld dat het gedrag gericht is naar de omgeving toe, zoals ouders, verzorgers, leerkrachten en leeftijdsgenoten en dat de jongere er zelf in mindere mate last van ervaart. Externaliserend gedrag kom je tegen in veel verschillende vormen. Ook de mate waarin het externaliserende (probleem) gedrag tot uiting komt, is van belang. Hieronder wordt er gekeken naar probleemgedrag dat naar buiten is gericht. Tevens wordt er gekeken of het gedrag herkenbaar is voor de doelgroep uit het onderzoek.

#### 2.2.1 Wat is probleemgedrag?

---

Het is lastig om te bepalen wanneer iets probleemgedrag is, omdat het gaat om een subjectieve mening (Ploeg, 1997). Probleemgedrag wordt bekeken vanuit normen en waarden uit de maatschappij. Gedrag dat veel voorkomt wordt gezien als normaal en acceptabel gedrag. Het gedrag dat door een veel kleinere groep wordt vertoond, is dan te beschouwen als afwijkend van het normale en is in die zin op te vatten als abnormaal gedrag. Kazdin (1997) spreekt over een gedragsstoornis wanneer er bij een persoon sprake is van een aanhoudend gedragspatroon, waarbij de grondrechten van anderen en belangrijke bij de leeftijd behorende sociale normen of regels worden overtreden. Verhulst (2006) voegt hier aan toe dat gedragsstoornissen veel persoonlijke en financiële schade bij anderen veroorzaken.

Gedragstoornissen zijn de meest voorkomende stoornissen bij adolescenten. Uit onderzoek van het HBSC in 2009 komt naar voren dat gedragsproblemen in het voortgezet onderwijs bij 12,9 procent van de jongeren voorkomt. Dit is gemeten aan de hand van een vragenlijst.

|                        | Basisonderwijs |                       |            | Voortgezet Onderwijs |                       |                         |          |                       |          |                       |          |                       |          |                       |          |                       |  |
|------------------------|----------------|-----------------------|------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|--|
|                        | Totaal BO      |                       |            | Totaal VO            |                       |                         | 12 jaar  |                       |          | 13 jaar               |          | 14 jaar               |          | 15 jaar               |          | 16 jaar               |  |
|                        | <i>J</i>       | <i>M</i> <sup>1</sup> | <i>Tot</i> | <i>J</i>             | <i>M</i> <sup>1</sup> | <i>Tot</i> <sup>2</sup> | <i>J</i> | <i>M</i> <sup>1</sup> | <i>J</i> | <i>M</i> <sup>1</sup> | <i>J</i> | <i>M</i> <sup>1</sup> | <i>J</i> | <i>M</i> <sup>1</sup> | <i>J</i> | <i>M</i> <sup>1</sup> |  |
| <i>Probleemschalen</i> |                |                       |            |                      |                       |                         |          |                       |          |                       |          |                       |          |                       |          |                       |  |
| Emotionele problemen   | 7.8            | 17.1*                 | 12.4       | 7.8                  | 21.4*                 | 14.5                    | 7.6      | 15.1*                 | 8.1      | 22.6*                 | 6.9      | 18.7*                 | 8.5      | 24.8*                 | 7.8      | 27.1*                 |  |
| Gedragsproblemen       | 18.5           | 8.8*                  | 13.6       | 17.5                 | 8.1*                  | 12.9                    | 13.3     | 6.5*                  | 17.9     | 8.1*                  | 19.2     | 7.7*                  | 17.1     | 9.4*                  | 21.0     | 9.0*                  |  |

bron: (HBSC, 2010)

Onder gedragsstoornissen worden dan emotionele stoornissen, ontwikkelingsstoornissen en oppositionele en antisociale gedragsstoornissen verstaan (Doreleijers, 2000).

Om inzicht te krijgen in de ernst van het probleemgedrag, kun je kijken naar de volgende vier aspecten (Ploeg, 1997): frequentie (hoe vaak komt iets voor), duur (hoe lang houdt het gedrag aan), omvang (hoe ver heeft het gedrag zich uitgebreid), gevolgen (in welke mate ondervinden de jongere en de omgeving psychische last van het gedrag).

Ook Kazdin (1997) beschrijft een aantal kenmerken waaraan gedrag moet voldoen om over probleemgedrag te praten. Hiertoe kunnen onder meer worden gerekend de frequentie, intensiteit en chroniciteit; of het geïsoleerde handelingen betreft, of dat ze gepaard gaan met andere afwijkende gedragingen (Kazdin, 1997).

De bovenstaande verklaringen over probleemgedrag komen overeen op de punten frequentie en intensiteit. Daarnaast voegt Kazdin (1997) toe dat er ook moet worden gekeken of het gedrag niet ergens anders vandaan te herleiden is.

Probleemgedrag hoeft niet direct tot een stoornis te leiden, maar wanneer je kijkt naar de vier aspecten van Ploeg (1997) zal vooral frequentie en de omvang bepalend zijn in de diagnose die gesteld kan worden door een arts. Tenslotte dient het gedrag van een jeugdige beoordeeld te worden in relatie tot de ontwikkelingsfase waarin hij of zij verkeert. Jongeren maken in de leeftijd van 10 tot 25 jaar veel veranderingen mee. Zowel lichamelijk en cognitieve ontwikkelingen, maar ook sociaal-emotionele ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen gaan niet allemaal synchroon (Nelis & Sark, 2009) en de jongere wordt vaak overvraagd, wat soms tot veel verwarring leidt bij de jongere maar ook bij de omgeving.

Antisociaal gedrag wordt versterkt door twee processen (Nelis & Sark, 2009): beïnvloedingsprocessen waarbij ze elkaar imiteren, en selectieprocessen waarbij jongeren die toch al op een bepaalde manier op elkaar lijken elkaar opzoeken. Groepsdruk speelt hier een rol. Maar vooral de combinatie tussen positieve en negatieve aandacht vragen leidt tot populariteit, iets waar alle jongeren naar streven in deze periode (Nelis & Sark, 2009). Wanneer dit antisociaal gedrag aanhoudt en de frequentie en omvang toenemen, zou het kunnen leiden tot probleemgedrag.

Concluderend kan men zeggen dat gedrag wordt beoordeeld door de omgeving en daarmee ook het oordeel geeft of het gedrag valt onder probleemgedrag of niet. Daarna kan een arts met behulp van criteria in psychologische handleidingen vaststellen of het onder een stoornis valt of niet. Om probleemgedrag vast te kunnen stellen moet altijd rekening worden gehouden met de ontwikkelingsfase van de jeugdige (Zandberg).

### 2.2.2 Veel voorkomend probleemgedrag

---

Probleemgedrag komt in allerlei vormen voor en de uitingen van gedragsstoornissen zijn verschillend (Rigter, 2008). Er zijn gedragsstoornissen waarbij er vooral ruzie en dwarsheid is, dit wordt ook wel de oppositioneel-opstandige stoornis (ODD) genoemd. Wanneer er sprake is van gewelddadig en/of delinquentie gedrag, spreek je van een antisociale gedragsstoornis (CD).

Ook ADHD is een gedragsstoornis waarbij het gedrag naar buiten is gericht. De hyperactiviteit van ADHD zorgt vaak voor overlast in de omgeving van de jongere. Vaak gaat ADHD gepaard met andere stoornissen (Rigter, 2008) zoals deze hierboven zijn beschreven.

Ook Verhulst (2006) gaat uit van de indeling ODD/CD en ADHD als externaliserende stoornissen waarbij de gedragingen voor de omgeving als lastig worden beleefd zoals agressief of gewelddadig gedrag, stelen, ruzie maken of regels overtreden.

Rigter (2008) beschrijft in het hoofdstuk over gedragsstoornissen een aantal kenmerken waarbij kinderen of jongeren met een gedragsstoornis opvallend gedrag vertonen. Aangevuld met kenmerken uit het artikel van C. Emck en H. Sleuwenhoek (2006), kenmerken uit het leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie van Verhulst (2006) en kenmerken uit het boek Puberbrein van Nelis & van Sark (2009) ontstaat er een lijst met opvallende kenmerken van de doelgroep. Deze kenmerken zullen hieronder worden besproken en worden vergeleken met het gedrag van de doelgroep.

### 2.2.3 Veel voorkomende kenmerken

---

Veel voorkomend bij jongeren uit de doelgroep van het onderzoek is impulsief reageren op gebeurtenissen en eigen gedrag niet kunnen remmen. Wanneer ze geïrriteerd zijn of het ergens niet mee eens zijn, zijn de jongeren geneigd direct te reageren en in de aanval te gaan. Ze merken de lichaamssignalen van boos worden vaak niet en ontploffen. Daarnaast hebben veel jongeren slechte schoolprestaties gehaald op de vorige school, waardoor ze gedemotiveerd zijn. In contact met de ander zijn de jongeren ook niet altijd even tactvol. De sociale interactie wordt verkeerd geïnterpreteerd en zo proberen vooral zo veel mogelijk indruk op elkaar te maken. Wat ook vaak voorkomt is slecht ontwikkeld lichaamsbewustzijn. Wanneer je naar lichaamssignalen vraagt, kunnen ze deze niet of nauwelijks benoemen. Ook een lage fysieke fitheid, is kenmerkend voor de doelgroep. Tijdens het deelnemen aan activiteiten zijn ze snel buiten adem.

Daarnaast zie je ook vaak bij de doelgroep dat ze opstandig zijn, liegen, te laat op school komen, vechtgedrag/uitlokgedrag vertonen en dat ze anderen de schuld geven van hun eigen gedrag. Dit zijn typische kenmerken van ODD en CD.

Soms komt het voor dat de jongeren een slechte prosociale strategie hebben. Ze kunnen zich slecht in de ander verplaatsen en ze lossen problemen liever op door te vechten in plaats van een andere manier te proberen. Vaak gebeurt dit uit onmacht omdat niet alle hersenen van de jongere volgroeid zijn maar volwassen bepaald gedrag wel verwachten. Bij een aantal komt het voor dat de grove motoriek zwak is, doordat ze vooral hyperactief en impulsief reageren. 's Nachts wegblijven van huis en handelen in spullen vindt ook plaats bij een aantal jongeren van de doelgroep.

Deze kenmerken zijn opvallend voor de doelgroep en kunnen mee worden genomen in de observatie om te kijken of de kenmerken aanwezig zijn. De kenmerken gelden voor een grotere groep en zijn passend voor de doelgroep, maar valt onder ongewenst gedrag.

## 2.3 Wat is psychomotorische therapie

---

De definitie van psychomotorische therapie (PMT) waarvan er binnen dit document gebruik wordt gemaakt, is de definitie uit het beroepsprofiel PMT van de Nederlandse vereniging voor Psychomotorische Therapie:

*Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag (NVPMT, 2009).*

Onder de vlag van PMT worden veel verschillende werkwijzen gehanteerd die allemaal op de een of andere wijze gebruik maken van lichaams- en/of bewegingsgeoriënteerde interventies, maar die onderling sterk verschillende conceptuele verschillen vormen (De Lange, 1998).

Er zijn dan ook verschillende uitgangshoeken vanwaar je de klacht kunt bekijken en kunt behandelen. Deze uitgangshoeken worden ook wel psychologische stromingen genoemd. Voorbeelden hiervan zijn de psychodynamische benadering gebaseerd op de theorie van Sigmund Freud (Weerman, 2006), de cognitieve-gedragstherapeutische benadering die gebaseerd is op het behaviorisme en de cognitieve therapie en de cliëntgerichte benadering waar A. Maslow en C. Rogers de grondleggers van zijn (Weerman, 2006).

PMT is er op gericht om de klachten van iemand met psychosociale klachten te verminderen of er van af te helpen, zodat deze klachten op alle gebieden in zijn leven geen of een mindere rol spelen (Fellinger, 2008).

In het geval van jongeren met gedragsproblemen, kan de psychomotorische therapeut door middel van bewegings- of lichaamsgeoriënteerde interventies zich richten op het probleemgedrag van de jongeren en het verminderen van dit gedrag. Tevens kunnen in het begin van de verblijfsperiode bewegingssituaties ingezet worden als observatieperiode, om op die manier vanuit de psychomotorische therapie het vertoonde gedrag te observeren en analyseren.

## 2.4 Wat kan psychomotorische therapie toevoegen aan de algemene behandeling bij deze doelgroep?

---

Nu rest er nog de vraag waarom je psychomotorische therapie zou kunnen inzetten bij deze doelgroep. Er zijn een hoop verschillende soorten therapieën, maar psychomotorische therapie sluit op een aantal vlakken erg goed aan bij jongeren met externaliserende gedragsproblemen:

- Psychomotorische therapie kan letterlijk aan de slag met gedrag dat jongeren lastig vinden. Tot je 25<sup>e</sup> jaar zijn je hersenen niet volgroeid en hebben jongeren ondersteuning nodig bij bepaalde processen (Nelis & Sark, 2009). Psychomotorische therapie kan er aan bijdragen om dit in activiteiten in de zaal te oefenen. Denk hierbij aan het oefenen met grenzen stellen, keuzes maken en zelfvertrouwen verhogen.
- Wanneer je met deze jongeren aan de slag gaat, sluit ervaringsgericht werken goed aan. Gedragsverandering kan plaatsvinden via ervaringsgericht werken. Met ervaringsgericht werken kan de jongere experimenteren om in verschillende contexten bepaald gedrag te laten zien. Uiteindelijk zullen ze ook in verschillende contexten 'goed' gedrag moeten laten zien om weer in te kunnen stromen in het regulier onderwijs.
- Psychomotorische therapie is een therapie waarbij je veel doet; een DOE-therapie. Jongeren met ADHD hebben veel moeite met stilzitten waardoor 'het doen' voor hen een welkome afwisseling is.

- Psychomotorische therapie kan aansluiten op de belevingswereld van de jongere. Vaak heeft de jongere een “immer aanwezige immanente bewegingsdrang” (Hekking & Fellingner, 2011). Juist door in actie te komen in plaats van te praten, bereik je de jongeren gemakkelijker. Daarnaast is het ook makkelijker om een transfer te maken naar het dagelijks leven wanneer de verschillende contexten aan bod komen.

Zoals hierboven beschreven, sluit PMT op verschillende gebieden goed aan bij de doelgroep. Om PMT te geven aan deze doelgroep, is een goede vakspecifieke diagnostiek van belang. In het volgende hoofdstuk zullen algemene en vakspecifieke diagnostiek worden behandeld.

### 3. Diagnostiek

---

Het hoofdstuk diagnostiek geeft informatie over diagnostiek en hoe diagnostiek op de Vliegden wordt toegepast. Diagnostiek speelt namelijk een belangrijk rol in het bepalen van de behandeling. In paragraaf 3.1 zal het begrip diagnostiek worden uitgelegd. Vervolgens wordt er beschreven wat algemene en de vakspecifieke diagnostiek is (3.2. en 3.3) en hoe het er op de Vliegden uit zien. Afsluitend wordt er nog gekeken naar wat een psychomotorische therapeut wil weten in de observatieperiode (3.4).

#### 3.1 Definitie en uitleg

---

Verhulst (2006) beschrijft de diagnostische procedure met twee componenten: het verkrijgen van informatie die nodig is om de klachten en symptomen van een individu te begrijpen (diagnostisch onderzoek) en het formuleren van een samenvattende conclusie (het stellen van de diagnose). Het diagnostisch onderzoek en het stellen van een diagnose zijn nodig om de behandeling te kunnen kiezen die zo snel mogelijk tot herstel leidt.

De diagnostische procedure vindt plaats bij aanvang in de instelling of de behandelsetting. Wanneer een cliënt wordt aangemeld, wordt er gekeken of de cliënt al een diagnose heeft (bijvoorbeeld wanneer een cliënt door een psychiater is doorgestuurd naar een PMT'er) en of de diagnose een indicatie is voor behandeling bij de betreffende instelling. Wanneer er geen diagnose is, wordt deze gesteld met behulp van diagnostische instrumenten in een observatieperiode. Diagnostiek wordt gedaan door opgeleide behandelaren, zoals een psychiater of een orthopedagoog. De informatie voor de diagnostische procedure wordt verkregen door verschillende informatiebronnen. Vaak is dit de cliënt zelf, de ouders, eventueel de leerkracht en een behandelaar die eventueel lichamelijke controle uitoefent (Verhulst, 2006). Aan de hand van de diagnose wordt een behandeling opgesteld. Er zijn twee soorten diagnostiek, algemene en vakspecifieke diagnostiek. Hieronder zullen beide verder worden uitgewerkt.

#### 3.2 Algemene diagnostiek

---

Algemene diagnostiek is de diagnostiek die wordt uitgevoerd door de algemene behandelaar. Dit is bijvoorbeeld een psychiater of een instelling zoals Bureau Jeugdzorg. Algemene diagnostiek gebeurt aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten, screeners en interviews (KJP, 2011) in een periode die wordt uitgetrokken om de vragenlijsten af te nemen. Verhulst (2006) voegt daaraan toe dat het belangrijk is om informatie te verkrijgen uit verschillende informatiebronnen, zoals de cliënt, de ouders en leerkrachten. Daarnaast is het verhaal over de cliënt (alle informatie uit het dossier) en de observaties van het team belangrijk. Met de informatie uit alle disciplines zal er een algemene diagnose over de cliënt komen (informatie wordt vergeleken (Verhulst, 2006)) waarop volgend een behandeling wordt uitgezet.

Algemene diagnostiek is noodzakelijk in de zorg zodat er duidelijkheid ontstaat over de klachten van de cliënt en welke behandeling passend is bij de klachten. Diagnostiek vormt de basis voor de keuze van de meest effectieve behandeling van de problemen van een individu (Verhulst, 2006). Binnen de psychiatrie zijn verschillende instellingen die verschillende ziektebeelden behandelen. Een kloppende diagnose helpt op de cliënt naar de juiste instelling te verwijzen welk is gespecialiseerd in de problematiek van de cliënt.

##### 3.2.1 Algemene diagnostiek op de Vliegden

---

Op de Vliegden wordt de algemene diagnose gesteld door het Regionaal Centrum voor Kinder- en Jeugd Psychiatrie (RCKJP). Het RCKJP stuurt de cliënt door naar verschillende instellingen, waaronder stichting Zandbergen. De aanmeldingscommissie van stichting Zandbergen bekijkt de diagnose en de algemene informatie over de cliënt en bepaalt dan op welke afdeling zij denken dat de cliënt de beste zorg krijgt.



Een indicatie voor de Vliegden zijn jongeren die uitgevallen zijn op school en geen psychiatrische stoornis hebben. In enkele gevallen komen er wel jongeren binnen met een psychiatrische stoornis maar zij worden elders behandeld voor de stoornis en op de Vliegden alleen voor de gedragproblemen met betrekking tot school. Wanneer er weinig informatie over de jongere bekend is, zorgt de behandelcoördinator voor aanvullende algemene diagnostiek. Deze diagnostiek wordt gedaan met behulp van gestandariseerde vragenlijsten zoals de *Child Behaviour Check List* (CBCL), de *Youth Self Report* (YSR) en de *Teacher Report Form* (TRF). De YSR en TRF zullen ook in het onderzoek van dit document gebruikt worden.

### 3.3 Vakspecifieke diagnostiek

---

In het onderzoek komt ook de term vakspecifieke diagnostiek naar voren. In deze paragraaf zal het begrip worden toegelicht en zal er worden beschreven wat de vakspecifieke diagnostiek op de Vliegden inhoudt.

Per vakgebied verschilt de manier van onderzoek en de uitgebreidheid ervan aanzienlijk (Rümke, 2004). De algemene diagnose wordt vaak als uitgangsbasis gebruikt voor de andere therapeuten. De vaktherapeuten kunnen daar informatie uit hun eigen vakgebied aan toevoegen om de algemene diagnostiek aan te vullen of te specificeren.

Een vakspecifieke diagnostiek bestaat uit een diagnose van een vaktherapeut die gesteld wordt naar aanleiding van het afnemen van een (vakspecifiek) diagnostisch product. Binnen de context van het eigen vakgebied wordt er gekeken met een ‘specialistische bril’ of eigen referentiekader (Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2005) wat de diagnose van de cliënt zou zijn volgens de methodieken van dat vak. In het geval van PMT wordt de vakspecifieke diagnostiek door een psychomotorische therapeut met een eigen referentiekader gedaan, die een geschikt diagnostisch instrument gebruikt. Een aantal bekende diagnostische instrumenten binnen de PMT zijn bijvoorbeeld de observatielijst van Emck, welk ook binnen het onderzoek van dit document wordt gebruikt, de Psymot of de PMDC (psychomotorisch diagnostisch conduct). Binnen de observatieperiode worden deze diagnostische instrumenten gebruikt. Voor een goede PMT-observatie zal de context bewust gecreëerd moeten worden (Emck, 1996). Men moet op zoek gaan naar het juiste arrangement bij het te willen observeren item.

Binnen de checklist van Claudia Emck, wordt gebruik gemaakt van observatie-items. Een observatie-item is een kenmerk of een gedraging waar je meer informatie over wilt krijgen en waar je in de observatieperiode specifiek naar gaat kijken. Observatie-items kunnen per doelgroep verschillen omdat ze gerelateerd zijn aan de kenmerken van de doelgroep. In de checklist van Claudia Emck zijn de observatie-items onderverdeeld in observatiegebieden. Op deze manier worden de observatie-items in vijf belangrijke, en kenmerkend voor de doelgroep, gebieden verdeeld. In de bijlage is deze checklist te vinden.

Vakspecifieke diagnostiek draagt bij aan de behandeling maar daarnaast draagt het ook bij aan effect- en kwaliteitsonderzoek, waar de laatste jaren steeds meer vraag naar is. Door managers en economen worden de uitkomsten van effect- en kwaliteitsonderzoeken als leidraad gebruikt omdat overheden en zorgverzekeringen ‘waar’ voor hun geld willen (Berkers, 1998). Door middel van bewijs over de geleverde zorg kunnen managers aantonen dat de zorg die ze leveren weldegelijk bijdragen aan de behandeling van de cliënt.



### 3.3.1 Vakspecifieke diagnostiek op de Vliegden

---

De vakspecifieke diagnostiek op de Vliegden bestaat uit een observatieperiode waarin de cliënt en therapeut kennismaken met elkaar en waarin de therapeut kijkt hoe de cliënt in verschillende situaties reageert. Wanneer er een specifieke vraag is vanuit de behandeldoelen om te behandelen bij PMT, zal de PMT'er vooral insteken op dit onderwerp. Wanneer er geen specifiek behandeldoel op PMT gericht is, bekijkt de PMT'er door middel van observatie waaraan hij samen met de cliënt kan werken.

Eventuele bijzonderheden worden gemeld (en gerapporteerd) aan de mentor en het is aan de mentor of hij of zijn hier iets mee doet.

### 3.4 Wat wil je observeren in een observatiefase en waarop is een observatie instrument gebaseerd?

---

Om tot een goede behandeling te komen is het gebruik van een psychomotorisch diagnostisch instrument gewenst. Eerst zal de therapeut moeten weten wat zij wil observeren en vervolgens zal een passend voorstel en bewegingsarrangement gezocht moeten worden (Emck, 1996). De vraag wat er geobserveerd moet worden leidt volgens Claudia Emck direct tot de constructie van een checklist voor een bepaalde doelgroep.

Bij het ontwerpen van een psychomotorisch diagnostisch instrument dient men uit te gaan van een algemeen aanvaard conceptueel kader van PMT diverse kaders. Zo bestaan er o.a. indelingen t.a.v. de visie op bewegen, indelingen in werkwijzen en indelingen t.a.v. hetgeen de therapeut beoogt te bereiken bij de patiënt. Daarnaast bestaan er modellen om bewust keuzes te maken in PMT arrangementen (Hammink, 2003).

Nu is het de vraag wat je eigenlijk wilt weten over de cliënt? In de vakspecifieke diagnostiek wil je tot een zo volledig beeld komen van de cliënt. Je wilt de problemen uit de hulpvraag terug zien in de observatieperiode om zo een duidelijk beeld te hebben van de problematiek van de cliënt. Je weet dan hoe de cliënt reageert en handelt, om vervolgens de behandeling daarop aan te passen en te behandelen op een wijze die passend is bij de cliënt.

De observatie-items die aan bod komen in de checklist moeten informatie geven over het gedrag van de jongeren. Voor de gekozen doelgroep is het dan ook belangrijk om observatie-items te hebben welke informatie geven over veel voorkomend gedrag bij de desbetreffende doelgroep. Het gaat er dus om dat er valide observatie-items worden gebruikt, zodat wat je meet ook de bedoeling is.

Daarnaast is betrouwbaarheid ook een belangrijk onderdeel van een checklist. De betrouwbaarheid van een checklist heeft te maken met stabiliteit van het onderzoek. Door de checklist vaker te gebruiken en te testen, wordt de betrouwbaarheid groter. Bij een grotere betrouwbaarheid staat het onderzoek sterker en zijn de uitslagen bruikbaar om 'evidence based' te werken.

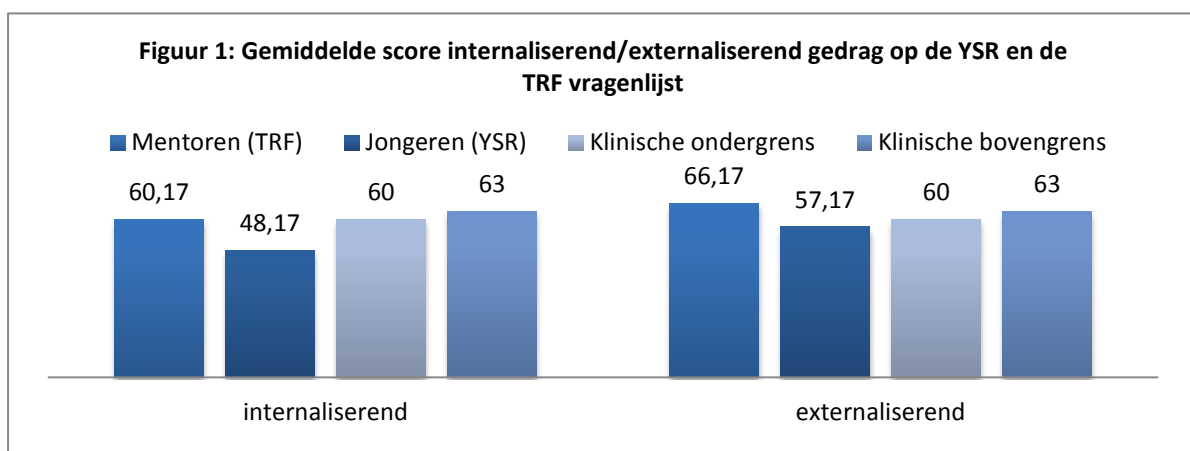
## 4. Resultaten

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van het beschrijvend onderzoek. Allereerst zal er een overzicht worden gegeven van de resultaten van de vragenlijsten YSR en TRF uit de algemene diagnostiek (4.1). In de volgende paragraaf (4.2) komende resultaten van de vakspecifieke diagnostiek aan de orde.

### 4.1 Resultaten van de algemene diagnostiek

De algemene diagnostiek uit het onderzoek is gebaseerd op de TRF en de YSR. Door het invullen van de vragenlijst zijn er op verschillende leefgebieden scores ontstaan. Voor dit onderzoek zijn de scores op internaliserend en externaliserend gedrag van belang. Hiermee wordt gekeken of de problemen die de jongeren (n=6) zelf ervaren overeenkomen met de problemen die de omgeving (n=6) ervaart en hoe problematisch de ervaren problemen zijn.

Om te beginnen worden de gemiddelde score op internaliserend en externaliserend uit beide vragenlijsten weergegeven in figuur 1.

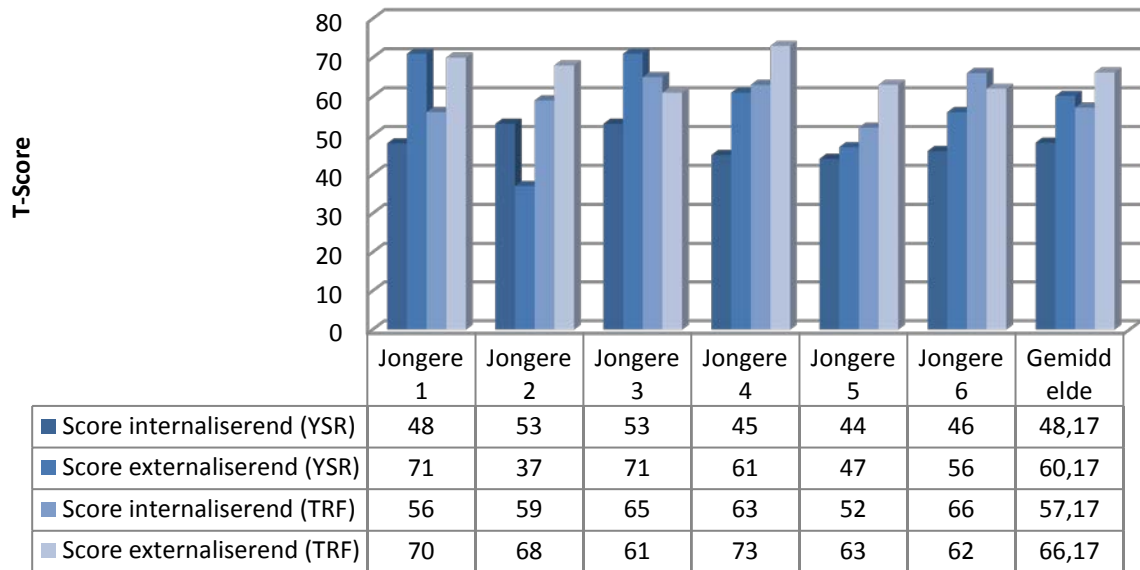


Opvallend is dat beide partijen hoger scoren op externaliserend gedrag dan op internaliserend gedrag. Daarnaast scoren de mentoren met internaliserend gedrag net boven de ondergrens van het klinisch bereik. Op externaliserend gedrag scoren zij ruim boven het klinisch bereik. Het klinisch bereik (60-63) geeft aan waar de grens ligt voor behandeling volgens dit gestandaardiseerd diagnostisch instrument. De jongeren scoren in beide gevallen lager dan het klinisch bereik. Ook scoren de jongeren hun eigen gedrag zowel bij internaliserend gedrag als bij externaliserend gedrag lager dan de mentoren dit doen.

Het externaliserend gedrag wordt door de mentoren hoger gescoord dan de jongeren hun eigen gedrag hebben beoordeeld. Daarnaast is de score van de mentoren boven het klinisch bereik en ligt de gemiddelde score van de jongeren onder het klinisch bereik.

In figuur 2 zijn de individuele scores van en over de jongeren te zien. Opvallend is dat van de zes proefpersonen er één jongere hoger scoort op internaliserend gedrag dan op externaliserend gedrag. In het geval van de mentoren hebben twee mentoren aangegeven het gedrag van de jongeren meer te zien als internaliserend gedrag dan als externaliserend gedrag. Beide keren wordt het internaliserend gedrag wel boven het klinisch bereik gescoord en vallen ook de scores van het externaliserende gedrag in het klinisch bereik.

**Figuur 2: Score per jongere op internaliserend en externaliserend gedrag van de YSR en TRF vragenlijst**



Één jongere (jongere 1) scoort op externaliserend gedrag slechts één punt lager dan de mentor heeft gescoord. Voor vier andere jongeren geldt dat ze zelf hun externaliserend gedrag (veel) lager scoren dan dat de mentor dit doet. En één jongere (jongere 3) scoort zichzelf op externaliserend gedrag hoger dan de mentor.

Het verschil tussen de uitslagen van de jongeren en de mentoren in het ervaren van de last, is te koppelen aan de theorie over het puberbrein. Het puberbrein is bij jongeren nog volop in ontwikkeling. De literatuur beschrijft dat afhankelijk van de snelheid van de ontwikkeling van het brein, de jongere wel of niet in staat is om sommige complexe situaties in te kunnen schatten. Volwassen kunnen dit vaak wel en zullen het gedrag van de jongere anders interpreteren doordat zij wel geleerd hebben met complexe situaties om te gaan.

#### 4.2 Resultaten van de vakspecifieke diagnostiek

Voor de vakspecifieke diagnostiek zijn bij de deelnemende jongeren (n=6) de checklist van Claudia Emck afgenomen. Hieronder worden in een schema de observatie-items behandeld naar aanleiding van de afgenomen checklisten bij de jongeren. Daarnaast wordt er rekening gehouden met de visie van de behandelend psychomotorische therapeut J. Boon en de visie van de instelling.

Het schema bevat alle observatie-items. Daarachter is beschreven of de verkregen informatie iets toevoegt aan de informatie over de cliënt of het observatie-item aansluit bij de visie van de instelling (PMT zoals deze nu gegeven wordt) of dat er niets mee wordt gedaan.

| <b>Vakspecifieke diagnostiek – Checklist van Claudia Emck</b> |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               | <b>Observatie-item</b>                                                          | <b>(Extra) informatie passend bij de doelgroep?</b>                                                                                                                                                                                                                               |
| I.                                                            | <i>Uitdrukkingsmotoriek; expressieve aspecten</i>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| I a                                                           | Lichaamsbeeld<br>Houdingsbeeld<br>Bewegingsbeeld                                | Ja<br>Ja<br>Ja                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| I b                                                           | Energieniveau                                                                   | Nee, binnen de instelling levert het geen extra informatie op.                                                                                                                                                                                                                    |
| I c                                                           | Naar binnen / buiten gericht                                                    | Nee, bij externaliserend altijd naar buiten gericht                                                                                                                                                                                                                               |
| I d                                                           | Clusters                                                                        | Twijfel, behoort tot de persoonlijkheidsproblematieken, maar kan wel informatie geven over de manier hoe de cliënt iets ervaart.                                                                                                                                                  |
| II.                                                           | <i>Handelingsmotoriek; functionele aspecten</i>                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| II a                                                          | Motorische ontwikkeling                                                         | Twijfel, informatie komt verderop in het observatiegebied vaak wel naar voren.                                                                                                                                                                                                    |
| II b                                                          | Motorische vaardigheden                                                         | Ja, informatie over de vaardigheden van de cliënt. Geeft beeld van de mogelijkheden.                                                                                                                                                                                              |
| II c                                                          | Bewegingservaring                                                               | Ja, affiniteit met sport komt naar voren                                                                                                                                                                                                                                          |
| II d                                                          | Zelfbeeld, competentieverwachting, inschatting vaardigheden, realiteitstoetsing | Ja, belangrijke punten om te observeren vanwege het hoge informatiegehalte.                                                                                                                                                                                                       |
| II e                                                          | Leervermogen, doorzettingsvermogen, aandachtsspanne                             | Ja, komt veel voor bij de doelgroep dat het ontbreekt aan doorzettingsvermogen en aandachtsspanne. Sluit ook aan bij de visie van de instelling om hier aandacht aan te besteden.                                                                                                 |
| III.                                                          | <i>Spelgedrag: sociale aspecten</i>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| III a                                                         | Positiekeuze                                                                    | Ja, positie t.o.v. groepsgenoten en therapeut geeft veel informatie op het sociale vlak.                                                                                                                                                                                          |
| III b                                                         | Speelstijl                                                                      | Ja, geeft informatie over de manier van contact maken met de ander.                                                                                                                                                                                                               |
| III c                                                         | Voorkeursacties                                                                 | Ja, manier van spelen komt naar voren. Kan te maken hebben met hoe de cliënt in het dagelijks leven ook handelt.                                                                                                                                                                  |
| III d                                                         | Samenwerking                                                                    | Ja, ook een belangrijk onderdeel binnen de visie van de instelling.                                                                                                                                                                                                               |
| III e                                                         | Regelhantering                                                                  | Ja, regelovertredend gedrag komt veel voor bij de doelgroep.                                                                                                                                                                                                                      |
| IV.                                                           | <i>Ervaring van lichamelijkeheid</i>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| IV a                                                          | Lichaamsbeleving                                                                | Nee, weinig informatie uit het onderzoek. Past niet bij de visie van de instelling om hier iets mee te doen.                                                                                                                                                                      |
| IV b                                                          | Lichaamsbeeld                                                                   | Twijfel, doelgroep lastig in contact te brengen met het gevoel. Ook het doel van de instelling is meer op het gedrag gericht. Kan als PMT'er wel interessant zijn om hier meer over te weten.                                                                                     |
| IV c                                                          | Lichaamswaardering                                                              | Twijfel, over dit onderdeel kun je makkelijker informatie verzamelen als je in gesprek gaat, maar wordt weinig gedaan binnen PMT op de instelling. Kan informatie opleveren over leeftijdsspecifieke (puberteit) kwesties, zoals zelfvertrouwen, relaties en contact met anderen. |
| IV d                                                          | Lichaamsattitude                                                                | Ja, gedragsmatige aspecten van belang.                                                                                                                                                                                                                                            |
| V.                                                            | <i>Verbaal en non-verbaal contact</i>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| V a                                                           | Contact t.a.v. de therapeut                                                     | Ja, hoe gaat de cliënt om met autoriteit en het contact met volwassenen. Sluit aan bij de visie van de instelling.                                                                                                                                                                |
| V b                                                           | Contact t.a.v. de groep                                                         | Ja, hoe is het contact met de groep.                                                                                                                                                                                                                                              |
| V c                                                           | Contact t.a.v. individuele groepsgenoten                                        | Ja, sociaal contact 1 op 1.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| V d                                                           | Algemene tendensen                                                              | Ja, de algemene tendensen geven nog extra informatie naast de informatie die er al is. Hierin staan observatie-items welke relevant zijn voor de doelgroep en waar regelmatig problemen mee worden ondervonden.                                                                   |

## Discussie

---

In het onderzoek worden 6 jongeren gebruikt om de checklist mee te testen en conclusies te trekken. Dit is een erg klein aantal om een onderzoek op te baseren. Op dit moment was er echter niet de gelegenheid om het onderzoek uit te breiden.

Daarnaast zijn de vragenlijsten YSR en TRF van twee proefpersonen al eerder ingevuld dan tijdens de proefperiode. Deze vragenlijsten zijn relatief aan het begin van hun verblijfsperiode ingevuld. Voor de andere proefpersonen geldt dat de vragenlijsten op een later moment (februari) zijn ingevuld. Door het grote verschil van tijdstip, kunnen de resultaten in twijfel worden getrokken als het gaat om informatie voor de observatieperiode.

Hetzelfde geldt voor de checklist van Claudia Emck uit de vakspecifieke diagnostiek. Deze checklist is op een willekeurig moment gedurende de behandeling uitgevoerd. Wel is de voorgeschreven observatieperiode (4 tot 6 weken) aangehouden. Echter zijn alle handelingen en observaties niet uit de eerste periode van het verblijf maar uit een latere periode. Dit kan invloed hebben op de antwoorden die zijn gegeven, aangezien je de cliënt al voor langere tijd hebt gezien. Ook daar kan over gediscussieerd worden, aangezien de exacte uitslag niet van belang is maar alleen de opvallendheden die kenmerkend zijn voor de doelgroep. Op welk moment ze dit gedrag laten zien (begin of tijdens de behandeling) maakt in principe niets uit. Het gaat om informatie over het gedrag van de jongere waar je zo vroeg mogelijk in de behandeling informatie over wilt hebben.

Daarnaast is niet de gehele procedure omtrent de checklist uitgevoerd zoals C. Emck deze heeft beschreven. De bewegingsanamnese en de intake hebben niet plaatsgevonden. Het is wel zo, dat de doelgroep uit het onderzoek niet ver van de doelgroep zoals beschreven door C. Emck ligt. C. Emck heeft de checklist namelijk ontwikkeld voor jongeren met psychiatrische klachten die op een open afdeling kunnen verblijven.

Ook opvallend in de resultaten is dat de jongeren hun eigen gedrag als mindere last ervaren dan dat de omgeving hun gedrag ervaart. In principe komt dit overeen met de literatuur dat externaliserend gedrag naar buiten is gericht. Ook sluit dit aan bij de literatuur uit het Puberbrein, van H. Nelis en Y. van Sark. Zij beschrijven namelijk dat het brein zich tot je 25<sup>e</sup> levensjaar blijft ontwikkelen en nog niet volgroeid is. De jongere kan dus nog niet altijd het besef hebben dat zijn eigen gedrag storend is voor de omgeving. Maar dit maakt het wel lastiger voor de behandeling, zeker ook als de jongere niet gemotiveerd is.

Er is veel literatuur te vinden over jongeren, gedragsproblemen en externaliserend gedrag. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan. Na de opzet van het onderzoek heb ik me eerst in de literatuur verdiept. Toen later bleek dat ik nog aanvullende literatuur nodig had voor het aanvullen en beantwoorden van de onderzoeksvragen, moest ik op zoek naar nieuwe literatuur. Deze literatuur heb ik na lang zoeken gelukkig gevonden en had ik ook goed in een eerdere fase van het onderzoek kunnen gebruiken. Dan had het onderzoek minder tijd gekost.

## Conclusie

---

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag van dit document:

*Welke observatie-items zouden volgens de vakspecifieke diagnostiek aan de orde moeten komen gedurende de observatieperiode van PMT van jongeren met externaliserende gedragsproblemen om de problematiek van de jongeren te verhelderen?*

Het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek wijzen uit dat er nieuwe observatie-items kunnen worden toegevoegd en een aantal observatie-items kunnen worden weggelaten in de checklist van Claudia Emck binnen de observatieperiode van PMT.

Allereerst worden de op basis van het literatuuronderzoek gevonden constatering besproken. Volgens de literatuur zou de diagnostiek kunnen worden uitgebreid met een aantal observatie-items. Jongeren met externaliserend gedrag(-sproblemen) tonen vaak minder empathie en kunnen zich minder goed inleven in anderen. Een lage fysieke fitheid en het houden aan afspraken wordt ook in de literatuur genoemd als opvallendheden waar jongeren met externaliserend gedrag moeite mee hebben. Ook impulsief reageren en dingen verdraaien of liegen, worden als kenmerkend voor deze doelgroep gezien.

De conclusie op basis van het literatuuronderzoek is dat niet alle bovenstaande kenmerken over de doelgroep, zijn terug te vinden in de checklist. Sommige kunnen worden geobserveerd binnen de algemene diagnostiek (*liegen, verdraaien, afspraken nakomen*). De andere kenmerken (*empathie/inlevingsvermogen, fysieke fitheid, impulsief reageren*) kunnen als aanvullende observatie-items toegevoegd worden aan de vakspecifieke diagnostiek. Tevens is het mogelijk om deze observatie-items in bewegingssituaties aan de orde te laten komen, zodat het ook toepasbaar is om deze observatie-items binnen PMT te observeren.

De volgende constatering en conclusies kunnen worden getrokken uit het praktijkonderzoek. Allereerst worden de voornaamste constatering nog op een rij gezet. In het verschil tussen de YSR en de TRF is de constatering dat de jongeren hun eigen probleemgedrag onderschatten. De omgeving (de mentor) ervaart in 66,67% van de proefpersonen meer last van het externaliserend gedrag dan de jongere zelf. Ook de literatuur bevestigt dat het belangrijk is om in de gaten te houden in welke ontwikkelingsfase de jongere zit, om deze fases niet bij iedereen gelijk lopen. Op cognitief, sociaal-emotioneel en lichamelijk gebied lopen de groeiprocessen niet synchroon. Dit kan invloed hebben op wat de jongere begrijpt of aankan (Nelis & Sark, 2009). Met ervaringsgerichte PMT is de mogelijkheid om de jongeren zich bewust te maken van hun eigen gedrag en te oefenen met nieuw gedrag.

De conclusie van het praktijkonderzoek, in combinatie met de informatie van het literatuuronderzoek, is dat kijkend naar de informatie uit de vakspecifieke diagnostiek, er kan worden vastgesteld dat informatie over het *energieniveau* en *naar binnen/buiten gericht* weggelaten kan worden omdat het informatie is die al bekend is uit de algemene diagnostiek.

Discussie kan er zijn over de onderstaande observatie-items wat betreft hun plaats in de checklist. Waar relevant wordt er een advies gegeven over de plaats van het observatie-item in de checklist.

- *Clusters*; De clusters geven informatie over persoonlijkheidsstoornissen. In principe zijn deze clusters niet aan de orde, maar ze kunnen wel extra informatie geven over de manier waarop de cliënten reageren. Informatie over eventuele persoonlijkheidsstoornissen is ook terug te vinden in de algemene diagnose dus is niet noodzakelijk binnen PMT.

- *Motorische ontwikkeling*; In het onderzoek is het meerendeel van de cliënten motorisch vaardig. Daarnaast is er over de motorische ontwikkeling niet altijd iets bekend. Eventuele bijzonderheden kun je ook onder een ander observatie-item in hetzelfde observatiegebied vermelden. Voor PMT is het echter wel belangrijk om te weten hoe motorisch vaardig de cliënt is, omdat je hierop de activiteiten aan kan passen. Voor PMT, en daarbij de vakspecifieke diagnostiek is het raadzaam om dit observatie-item wel te laten staan.
- *Lichaamsbeeld*; Op dit moment wordt er binnen de instelling weinig gedaan op het gebied van gevoelens en lichaam. Toch zou het samen met het observatie-item *lichaamswaardering* waardevolle informatie kunnen opleveren. Bijvoorbeeld over de manier waarop jongeren zich profileren naar anderen (Nelis & Sark, 2009) en de mate waarin ze onzeker zijn over zichzelf en dit met (externaliserend) gedrag proberen te maskeren (Doreleijers, 2000). Deze onderwerpen kunnen binnen PMT aan de orde komen en daarom is het aanbevolen dit observatie-item wel in de checklist te laten staan.

Kortom, de checklist van Claudia Emck, aangevuld met de in dit onderzoek genoemde observatie-items, draagt bij aan nieuwe (vakspecifieke) informatie over de doelgroep voor de algemene behandeling zodat er een betere afstemming plaats kan vinden. De checklist kan gebruikt worden voor deze doelgroep wanneer de observatie-items *energieniveau, naar binnen/buiten gericht* en *clusters* worden weggelaten, wanneer de observatie-items *motorische ontwikkeling, lichaamsbeeld, lichaamswaardering* wel blijven staan en wanneer *fysieke fitheid, impulsief reageren* en *inlevingsvermogen* worden toegevoegd.

## Aanbevelingen

---

Het onderzoek naar bruikbare observatie-items is afgerond, maar de lijst is nog niet in de praktijk getest. De eerste aanbeveling is dan ook om de checklist met de aanvullende observatie-items uit te proberen bij de desbetreffende doelgroep waarvoor de nieuwe checklist is gemaakt. Hiermee kan de checklist getest worden en gezien worden of deze handig is in gebruik.

Daarnaast zou er een nieuw onderzoek kunnen plaatsvinden of de nieuwe checklist werkt en of het aanvullende informatie over de jongeren oplevert.

Eventueel zou er ook een nieuw onderzoek kunnen komen naar een andere observatielijst. De uitkomsten van deze lijst kunnen worden vergeleken met de resultaten van de 'nieuwe checklist'. Hieruit kan geconcludeerd worden welke lijst het meest geschikt is voor gebruik binnen de instelling.

Naast het uitproberen en testen van de checklist, zou het ook wenselijk zijn om activiteiten te bedenken en te ontwikkelen, die gebruikt kunnen worden tijdens de observatieperiode. Deze activiteiten bezitten dan verschillende aspecten waarin de observatie-items naar voren komen. Op deze manier creëer je een nog vollediger observatieperiode binnen de psychomotorische therapie op de Vliegden. Hierbij kan gedacht worden aan samenwerkingsopdrachten waarbij de sociale aspecten naar voren komen of activiteiten waarbij grenzen aangegeven moeten worden en gekeken kan worden hoe de jongeren hier mee om gaan.



## Reflectie

---

Het onderzoek is nu afgerond en ik ben blij dat het er op zit. Ik kan terug kijken op een proces met ups and downs. Ik begon vol goede moed aan mijn opzet voor mijn onderzoeksoopdracht. Al gauw merkte ik dat ik te veel dingen tegelijk wilde onderzoeken. Ik liep er tegen aan dat ik mezelf ging tegenspreken of juist onvolledig was omdat ik er zoveel verschillende aspecten bij wilde halen.

Uiteindelijk na veel gesprekken, gepuzzel, overleg en brainstormsessies ben ik tot een opzet van m'n afstudeeronderzoek gekomen. In het begin twijfelde ik nog een beetje of ik het onderwerp leuk genoeg vond maar nu ik er middenin zit, ben ik me daar niet meer van bewust.

Tijdens het schrijven en het uitvoeren van het onderzoek, viel het me uiteindelijk mee hoeveel tijd erin is gaan zitten. Ik houd ervan om dingen zo zorgvuldig mogelijk te doen en alles in orde te hebben. Daarom heb ik ook veel tijd gestoken in mijn afstudeeronderzoek. Toch kwamen mijn verwachtingen (nachtwerk, weekenden lang en stress) niet overeen met hoe ik het uiteindelijk heb ervaren.

Op momenten dat ik even vastliep heb ik hulp gevraagd aan mijn stagebegeleider, mijn afstudeeronderzoek begeleider, aan mijn oom of heb ik mijn onderzoek even aan de kant gelegd. Ik heb ervaren dat het soms helpt om even iets anders te doen en later weer met een frisse blik verder te gaan.

Het meest lastige vond ik het doel in het vizier te houden. Zoals ik al eerder beschreef was ik geneigd om er veel dingen bij te halen die ik interessant vind maar me minder te focussen op de onderzoeksvraag. Hierop ben ik een aantal keer gewezen en uiteindelijk lukte het beter om de onderzoeksvraag in het vizier te houden.

Het leukste aan het onderzoek vond ik het uitvoeren van de checklist. Het observeren van de cliënten en bezig zijn met de cliënten vind ik het leukste. De checklist is handig in gebruik en het puzzelen met welke observatie-items geschikt zijn en welke minder, vond ik uitdagend.

Het meest interessante deel van het onderzoek vond ik het verdiepen in de literatuur. Vooral het lezen van het boek Puberbrein heeft me nieuwe inzichten gegeven en meer begrip opgebracht voor de jongeren. Hierdoor ben ik ze beter gaan begrijpen maar heb ik ook belangrijke aanvullende informatie voor het onderzoek verkregen.

## Literatuurlijst

---

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington DC: APA.
- Berkers, W. (1998). *Praktijkgericht onderzoek en methodieontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cito. (2001-2012). *Kennisnet*. Retrieved Maart 16, 2012, from [http://toetswijzer.kennisnet.nl/toetsinfo.asp?Mode=COTAN&toe\\_id=62](http://toetswijzer.kennisnet.nl/toetsinfo.asp?Mode=COTAN&toe_id=62)
- Cito. (2001). *Toetswijzer*. Retrieved Februari 24, 2012, from Kenniscentrum van Cito: [http://toetswijzer.kennisnet.nl/toetsinfo.asp?Mode=COTAN&toe\\_id=62](http://toetswijzer.kennisnet.nl/toetsinfo.asp?Mode=COTAN&toe_id=62)
- De Lange, J. (1998). Van lijfdwang tot lichaamswerk. Geschiedenis van de bewegingsruimte in de Nederlandse inrichtingspsychiatrie 1827-1975. *Bewegen & Hulpverlening* (15), 3-104.
- Doreleijers, T. (2000). Gedragsstoornissen. In F. V. Verhulst, *Adolescentenpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum en Comp. B.V.
- Emck, C. (1996). Een diagnostische procedure voor psychomotorische therapie. *Bewegen & Hulpverlening* (14), 127-140.
- Emck, C., & Sleenwenhoek, H. (2006). Proefballon bij Fornhese. *Tijdschrift voor vaktherapie* (2), 3-11.
- Hammink, M. (2003). *Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld* (1e editie ed.). Maastricht, Limburg, Nederland: Shaker Publishing.
- HBSC. (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-insituut.
- Hekking, P., & Fellinger, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.
- Kazdin, A. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2, 161-182.
- KJP, L. K. (2011, Juni). *Landelijk kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie*. Retrieved februari 17, 2012, from Website Landelijk kenniscentrum kinder-en jeugdpsychiatrie: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals/instrumentarium>
- Nederlands Jeugd Instituut. (n.d.). *Info over Nederlands Jeugd Instituut*. Retrieved Februari 24, 2012, from <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=43056&recordnr=10&setembed=&vanuit=&toon=uitgebreid>
- Nelis, H., & Sark, Y. v. (2009). *Puberbrein binnenstebuiten*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos Uitgevers B.V.
- NVPMT. (2009, februari). Retrieved maart 3, 2012, from [http://www.nvpmt.nl/component/option,com\\_phocadownload/Itemid,97/id,3/view/category/NVPMT](http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,97/id,3/view/category/NVPMT).
- NVPMT. (2009). *Beroepsprofiel*.
- Ploeg, J. v. (1997). *Gedragsproblemen*. Rotterdam: Lemniscaat b.v.
- PMT Info Site. (n.d.). Retrieved maart 15, 2012, from <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>
- Raad voor de volksgezondheid en zorg. (2005). *Medische diagnose: achtergrondstudies*. Rijswijk: Quantas.
- Rigter, J. (2008). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Rümke, A. (2004). *Verkenning in de psychiatrie*. Zeist: Uitgeverij Christofoor.
- Van 't Klooster, J. (2005). *Ons Kind Heeft*. Retrieved februari 17, 2012, from Ons Kind Heeft: <http://www.onskindheeft.nl/wat-is/dsm/dsm-iv-tr/diagnostic-and-statistical-manual-of-men>
- Verhulst, F. C. (2006). *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. In F. C. Verhulst. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt* (1e editie ed.). Soest: Uitgeverij Nellisen.
- Zandberg, p. T. Jeugdzorg en onderwijs; (g)een paar apart., (pp. 1-5).

## Bijlage 1; Checklist van Emck

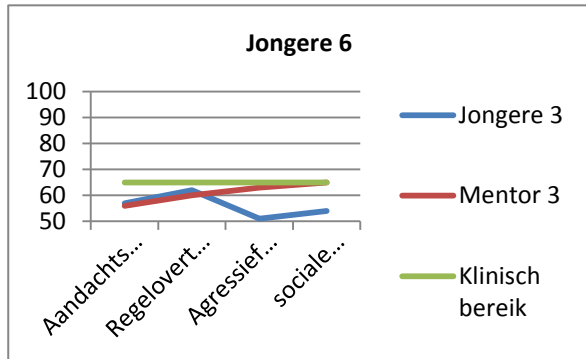
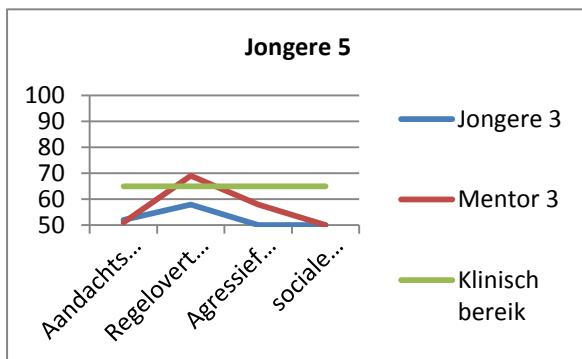
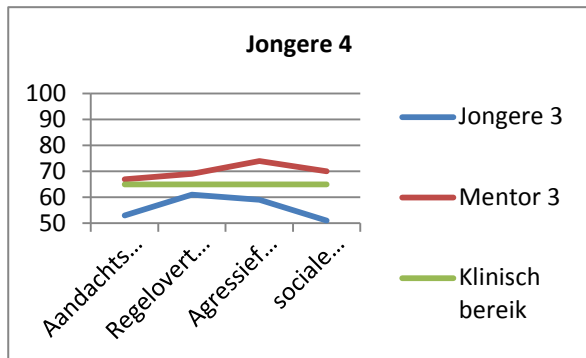
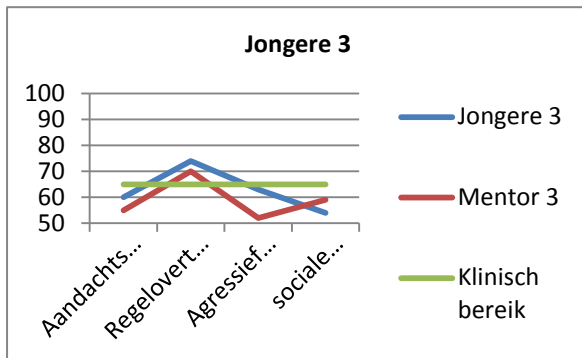
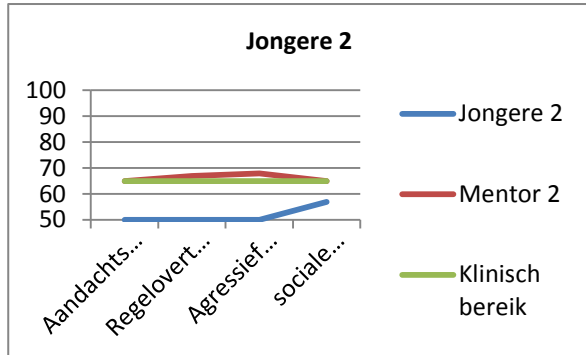
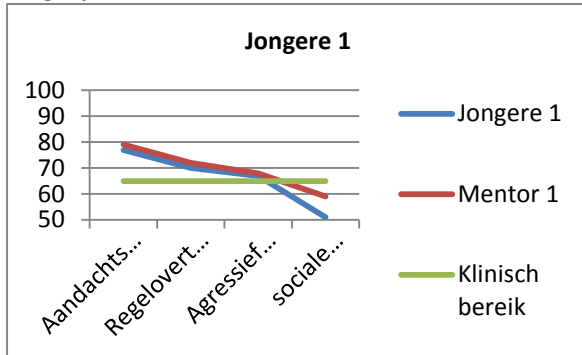
Emck, C.: Diagnostische procedure voor psychomotorische therapie

### Schema: Checklist Psychomotorische Therapie

- |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. Uitdrukkingsmotoriek; expressieve aspecten</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| a. lichaamsbeeld; houdingsbeeld; bewegingsbeeld                                                                                                                                             | b. energieniveau                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| c. naar binnen/buiten gericht                                                                                                                                                               | d. clusters: <ul style="list-style-type: none"><li>– remming, angst, controle</li><li>– plezier, vertrouwen, kracht, ruimte</li><li>– impulsiviteit, chaos, grenzeloosheid</li></ul>                                                                                                                        |
| <b>II. Handelingsmotoriek: functionele aspecten</b>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| a. motorische ontwikkeling                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| b. motorische vaardigheid: coördinatie/evenwicht/concentratie                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| c. bewegingservaring: school/club/hobby; individueel/gezamenlijk                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| d. zelfbeeld, competentieverwachting, faalangst, prestatie-motivatie, inschatting motorische vaardigheid, realiteitstoetsing                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| e. leervermogen, doorzettingsvermogen, aandachtsspanne                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>III. Spelgedrag: sociale aspecten</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| a. positiekeuze: <ul style="list-style-type: none"><li>– in de ruimte</li><li>– t.o.v. groepsgenoten</li></ul>                                                                              | b. speelstijl: <ul style="list-style-type: none"><li>– rivaliserend/strijdend</li><li>– onderhoudend/ontwijkend</li><li>– verrassend/flexibel</li><li>– resulterend/doelgericht</li><li>– herhalend/rigide</li></ul>                                                                                        |
| c. voorkeursacties: <ul style="list-style-type: none"><li>– aanvallen/doelen/scoren</li><li>– verdedigen/keepen/stoppen</li><li>– spelverdelen/afgeven/voorzetten</li></ul>                 | d. samenwerking: <ul style="list-style-type: none"><li>– sociaal perspectief nemen</li><li>– omgaan met grenzen</li><li>– omgaan met tegenspel</li></ul>                                                                                                                                                    |
| e. regelhantering: <ul style="list-style-type: none"><li>– volgen / negeren / boycotten / protesteren / mening geven / regels maken</li></ul>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>IV. Ervaring van lichamelijkeheid</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| a. lichaamsbeleving: gevoelsmatige aspecten <ul style="list-style-type: none"><li>– algemeen/specifiek</li><li>– vorm/inhoud</li><li>– spanningsklachten/ziekten</li></ul>                  | b. lichaamsbeeld: perceptuele aspecten <ul style="list-style-type: none"><li>– adequaat/vertkend/verstoord</li><li>– mate van ontwikkeling en differentiatie</li></ul>                                                                                                                                      |
| c. lichaamswaardering: cognitieve aspecten <ul style="list-style-type: none"><li>– positief/negatief</li><li>– globaal/specifiek</li></ul>                                                  | d. lichaamsattitude: gedragsmatige aspecten <ul style="list-style-type: none"><li>– eerder ondernomen acties</li><li>– nabijheid, lichamelijk contact, seksualiteit</li></ul>                                                                                                                               |
| <b>V. Verbaal en non-verbaal contact</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| a. t.a.v. de therapeut <ul style="list-style-type: none"><li>– aangaan/afweren</li><li>– initiatief/afwachten</li><li>– stijl en kleur; (tegen)overdracht</li></ul>                         | b. t.a.v. de groep <ul style="list-style-type: none"><li>– positie</li><li>– feedback: steun en kritiek</li><li>– zelfonthulling: congruentie en inzicht</li></ul>                                                                                                                                          |
| c. t.a.v. individuele groepsgenoten <ul style="list-style-type: none"><li>– maatje zoeken/vinden/houden</li><li>– leiden/volgen</li><li>– rivaliteit</li></ul>                              | d. algemene tendensen <ul style="list-style-type: none"><li>– leeftijds-adequatie</li><li>– spanningsbronnen</li><li>– reactietendens: vluchten/vechten/verduren</li><li>– omgaan met kritiek/complimenten</li><li>– hulp vragen/bieden/accepteren</li><li>– inzicht in zichzelf/ander/interactie</li></ul> |
| <b>VI. Conclusie:</b> Korte samenvatting van I,II, III, IV en V waarbij een vakspecifieke werkypothese wordt geformuleerd in samenhang met de gepresenteerde klacht(en).                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>VII. Voorstel:</b> Wel of geen behandeling, de vorm van de behandeling (poliklinisch, klinisch, etc.), wel/geen PMT, de vorm van PMT: individueel, specifieke groep, met gezin/gezinslid |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## Bijlage 2; resultaten van de YSR

Hieronder staan gegevens van de jongeren op de syndroomschalen gericht op externaliserend gedrag uit de YSR: aandachtstekort, regelovertrekend gedrag, agressief gedrag en sociale problemen. Het klinisch bereik geeft de ondergrens aan van wanneer het gedrag dat de jongere laat zien, zorgelijk wordt.



## Bijlage 3; uitleg over de TRF en de YSR

---

### Teacher Report Form (TRF)

---

De TRF omvat 118 probleemvragen waarvan 93 ook op de CBCL voorkomen. De uitkomst van de lijst wordt weergegeven in grafieken, welk schalen worden genoemd. De schalen geven informatie over verschillende gedragingen. De schalen die bij de TRF worden gebruikt zijn:

- teruggetrokken / depressief,
- lichamelijke klachten,
- angstig / depressief,
- sociale problemen,
- denkproblemen,
- aandachtsproblemen,
- normafwijkend gedrag,
- agressief gedrag.

De eerste drie probleemschalen vormen samen het brede band syndroom 'internaliserende problematiek' en de laatste twee het brede band syndroom 'externaliserende problematiek'. Alle probleemschalen samen vormen de schaal 'totale problemen' (KJP, 2011).

### Youth Self Report (YSR)

---

De YSR is een vragenlijst die de jongeren zelf invullen. De vragen over vaardigheden vormen de vaardigheidsschalen:

- activiteiten
- sociaal
- school

De schalen vormen opgeteld de schaal Totale Vaardigheden.

De vragen over gedrag vormen de probleemschalen:

- teruggetrokken / depressief
- lichamelijke klachten
- angstig / depressief
- sociale problemen
- denkproblemen
- aandachtsproblemen
- normafwijkend gedrag
- agressief gedrag

De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren, de laatste twee schalen vormen samen de schaal externaliseren. Alle probleemschalen vormen samen de schaal 'totale problemen' (Nederlands Jeugd Instituut).