

Interne Consistentie, Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en Concurrente Validiteit van de jeugdversie van de PsyMot

Hogeschool Windesheim Zwolle
Master Psychomotorische Therapie
Masterthesis

Auteurs: Edwin van der Does, Albertine de Haan & Barbara Vermeulen

Begeleider: Dr. C. Emck

20 januari 2012

Samenvatting

Achtergrond: De concept jeugdversie van de PsyMot (PsyMot-J) is een diagnostisch instrument om psychomotorisch functioneren van jeugdigen in de leeftijd van twaalf tot achttien jaar in kaart te brengen en tot passende behandeldoelstellingen te komen. Het instrument is recent beschikbaar gekomen en is gebaseerd op de kindversie van de PsyMot. Dit onderzoek richtte zich op de interne consistentie, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de concurrente validiteit van de PsyMot-J.

Methode: De jeugdigen voor het onderzoek ($n = 26$) werden geworven uit zowel de klinische als dagklinische populatie van twee kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen. Deelnemers voor het onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) ($n = 11$) werden geworven binnen de gehele kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland. De PsyMot-J als geheel en de clusters afzonderlijk werden op interne consistentie onderzocht met behulp van Cronbach's alpha coëfficiënt. De IBB werd onderzocht aan de hand van twee casussen (A en B) die respectievelijk door negen en acht therapeuten werden beoordeeld, waarna de analyse met behulp van de DOMENIC methode werd uitgevoerd. Het onderzoek naar de concurrente validiteit werd uitgevoerd met behulp van de Spearman correlatie coëfficiënt en de Pearson correlatie coëfficiënt. Hierbij werden de clusters van de PsyMot-J en de probleemschaal 'sociale problemen', alle DSM- schalen en de beide brede band syndromen van de CBCL ($n = 10$) en YSR ($n = 11$) geanalyseerd.

Resultaten: De PsyMot-J bleek een hoge interne consistentie te hebben (α varieerde van .75 tot .95). De IBB voor de gemiddelde totale overeenstemming bleek voor beide casussen 'excellent' te zijn (90,47% voor casus A en 92,03% voor casus B). Ook was de IBB 'excellent' voor de gemiddelde totale overeenstemming van de beoordelaars die ervaring hadden in het werken met de kindversie van de PsyMot (90,68% voor casus A en 92,37% voor casus B). Er werden significant negatieve correlaties gevonden tussen de clusters van de PsyMot-J en de DSM- schalen en brede band syndromen van de CBCL: Cluster B (bewegingsplezier) correleerde negatief met DSM-schaal 'lichamelijke problemen' ($r = -.73$, $p = .01$). Cluster D (motoriek) correleerde negatief met de DSM-schaal 'lichamelijke problemen' ($r = -.64$, $p = .02$). Cluster E (zelfcontrole) correleerde negatief met de DSM-schaal 'lichamelijke problemen' ($r = -.62$, $p = .03$). Cluster G (spel en interactie) correleerde negatief met de DSM-schalen 'angstproblemen' ($r = -.60$, $p = .03$) en 'lichamelijke problemen' ($r = -.56$, $p = .05$) en met het brede band syndroom 'internaliseren' ($r = -.62$, $p = .03$). Tevens werden er significante correlaties gevonden tussen de clusters van de PsyMot-J en de DSM- schalen en brede band syndromen van de YSR. Cluster B (bewegingsplezier) correleerde negatief met DSM-schaal 'lichamelijke problemen' ($r = -.71$, $p = .01$). Cluster C (competentiebeleving) correleerde positief met de DSM-schaal 'affectieve problemen' ($r = .56$, $p = .04$). Cluster E (zelfcontrole) correleerde negatief met de DSM-schalen

‘affectieve problemen’ ($r = -.67, p = .01$) en ‘lichamelijke problemen’ ($r = -.63, p = .02$) en met het brede band syndroom ‘internaliseren’ ($r = -.68, p = .01$). Cluster G (spel en interactie) correleerde negatief met de DSM-schaal ‘lichamelijke problemen’ ($r = -.67, p = .01$) en met het brede band syndroom ‘internaliseren’ ($r = -.58, p = .03$).

Conclusies: Over het geheel genomen zijn de psychometrische kwaliteiten van de conceptversie van de PsyMot-J, hoewel nog niet optimaal, toch hoopgevend. De interne consistentie op clusterniveau is ‘acceptable’ tot ‘excellent’ en voor de test in zijn geheel goed. De IBB is voor beide casussen voor zowel de totale gemiddelde overeenstemming als voor de clusterscores afzonderlijk ‘good’ tot ‘excellent’. Meer onderzoek is nodig om betrouwbare uitspraken te doen over de concurrente validiteit tussen de clusters van de PsyMot-J en andere betrouwbare en valide meetinstrumenten die de clusters van de PsyMot-J beter representeren.

Inleiding

‘Kinderen en jongeren met psychiatrische stoornissen vertonen dikwijls bijzonderheden in hun bewegingsgedrag, zowel in handelingsmotoriek als uitdrukkingsmotoriek (Buytendijk, 1948, 1963), stelt Emck (2011). Zo hebben kinderen met een autistiforme stoornis vaak bijzondere bewegingskenmerken (Wing, 1981 in Emck, 2011). Er blijken echter meer relaties tussen psychische en motorische stoornissen te zijn’ (Emck, 2011; Kievit, Tak, & Bosch, 2002).

Zo vonden Emck & Sleuvenhoek (2005) significante verschillen in de motorische ontwikkeling, grofmotorische vaardigheden, spelgedrag en balanceertaken specifiek bij kinderen met angst in vergelijking tot hun leeftijdsgenoten. Daarnaast bleek dat grofmotorische vaardigheden bij kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD) minder ontwikkeld waren in vergelijking met zowel gezonde kinderen, als kinderen met een psychiatrische stoornis. Ook kwam in dit onderzoek naar voren dat kinderen van het onoplettende subtype van ‘aandachtstekort/ hyperactiviteit stoornis’ (ADHD) een zwakke balvaardigheid hebben. Over het algemeen was de kwaliteit van bewegingsuitvoering bij kinderen met psychiatrische stoornissen minder goed dan die van hun leeftijdsgenoten. ‘Tevens werd gevonden dat de fysieke fitheid bij deze kinderen laag was, zowel neuromotorisch (kracht, snelheid, flexibiliteit) als wat betreft aerobe fitheid c.q. duurvermogen’ (Emck, 2011).

Vanuit bovenstaande volgt het idee dat zwakke motorische vaardigheden een indicator kunnen zijn voor een brede range aan psychiatrische stoornissen (Emck, 2011). Uit ander onderzoek van Emck (2011) blijkt dan ook dat kinderen met zwakke grofmotorische vaardigheden een verhoogd risico hebben om fysieke, psychosociale en psychiatrische problemen te ontwikkelen. Er zijn tevens aanwijzingen dat achterstanden in grofmotorische vaardigheden bij kinderen fenotypische indicatoren kunnen zijn voor toekomstige psychotische stoornissen (Erlenmeyer-Kimling et al., 2000 in Emck, 2011).

‘Het momenteel dominante neurobiologisch perspectief binnen de psychiatrie brengt tevens met zich mee dat het motorisch functioneren aandacht krijgt. Binnen dit neurobiologisch perspectief wordt bewegingservaring gezien als specifieke input die het brein- en daarmee het ontwikkelingstraject- van kinderen kan beïnvloeden (Emck, 2011). Er wordt bijvoorbeeld al enige tijd een neurobiologisch verband gesuggereerd tussen motorische problemen en autismespectrumstoornissen’ (Emck, 2011).

Gezien bovenstaande relaties tussen psychiatrische, neurobiologische en grofmotorische problemen bij kinderen, is het van belang om bij kinderpsychiatrische problematiek aandacht te besteden aan

bewegingsonderzoek (Gillberg, 2010 in Emck, 2011). Op deze wijze kan er een bijdrage geleverd worden aan vroegtijdige signalering en preventie van deze problematiek. Zo geven Halperin en Haley (in Emck, 2011) aan dat bewegingsgedrag zowel bij diagnostiek als bij interventiestrategieën bij neuro-ontwikkelingsstoornissen een rol kan spelen. Er is een groeiend besef dat kinderen met neuro-ontwikkelingsstoornissen kunnen profiteren van bewegings- en lichaamsgerichte behandelingen. Dit wordt omschreven voor kinderen met emotionele stoornissen, gedragsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen (Bart et al., 2009; Halperin en Haley, 2010; Dawson en Watling, 2000 in Emck, 2011). 'Het idee dat beweging en lichaamservaring benut kunnen worden voor het gunstig beïnvloeden van psychische en psychiatrische problematiek vormt de basis van de psychomotorische therapie, waarbij bewegingsobservaties al lange tijd een grote rol spelen' (Emck, 2011). Aangezien het type zorg of behandeling in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) wordt bepaald op grond van de resultaten van diagnostiek en wetenschappelijk verantwoord moet zijn in het kader van evidence-based handelen (Hutschemaekers, Tiemens & Smit, 2006), is een valide en betrouwbaar diagnostisch instrument met indicatie voor behandeling binnen de psychomotorische therapie van belang. Wellicht kan een instrument ook een bijdrage leveren aan de effectiviteit van specifieke psychomotorische interventies (Emck, 2011).

In het kader van diagnostiek en indicatie voor psychomotorische behandeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) is in 2004 het Psychomotorisch Diagnostisch Construct (PMDC) ontwikkeld (Hammink, 2004). Echter, de gebruiksvriendelijkheid in de klinische praktijk en de betrouwbaarheid van het PMDC bleken onvoldoende te zijn. Het construct werd ingrijpend veranderd. Dit leidde tot de kindversie van de PsyMot: een diagnostisch instrument om het psychomotorisch functioneren van kinderen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar met psychosociale en/of psychiatrische problematiek op systematische wijze in kaart te brengen en tot passende behandeldoelstellingen te komen (Emck, Hammink, & Bosscher, 2007). De kindversie van de PsyMot bestaat uit een intake met een semigestructureerde vragenlijst, een individuele sessie en een groepsessie met twee tot vier kinderen. Het kind wordt ook geobserveerd in spel- en bewegingsactiviteiten die het samen met een leeftijdsgenoot uitvoert vanwege het belang van sociale interactie van bewegingsactiviteiten, een belang dat ook onderkend wordt binnen neurobiologisch ontwikkelingsperspectief (Johnson, 2011; Nelson en Luciana, 2008; Sheets-Johnstone, 2003; Smith, 2010 in Emck, 2010). Op het scoreformulier van de kindversie van de Psymot worden 63 items gescoord op een vijfpuntsschaal. Deze items worden omgezet in zeven clusterscores, te weten 'lichaamsacceptatie' (A), 'bewegingsplezier' (B), 'competentiebeleving' (C), 'motoriek' (D), 'zelfcontrole' (E), 'zelfvertrouwen' (F) en 'spel en interactie' (G). Daarnaast worden de items omgezet in twee domeinscores, namelijk 'functies' en 'activiteiten en participatie'. De afgelopen jaren is de kindversie van de PsyMot onderzocht op psychometrische

kwaliteiten, te weten interne consistentie, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) en concurrente validiteit (Berks & van Ooijen, 2007; Broekman & ten Tusscher, 2008; de Jong & Klinkenberg, 2009; van Ritbergen & Coenen, 2010; Sterk, 2011). De resultaten van deze onderzoeken zijn van belang om gebruik in de klinische praktijk te verantwoorden.

Uit onderzoek van Berks en van Ooijen (2007) bij kinderen van zes tot twaalf jaar oud met psychiatrische problemen blijkt de interne consistentie van de kindversie van de PsyMot op het niveau van de cluster- en domeinscores ruimschoots aan de norm te voldoen ($\alpha > 0,70$). Dit geldt tevens voor de alpha die werd berekend voor de totaalscore van de hele test. Sterk (2011) stelt op basis van de resultaten van haar onderzoek naar de kindversie van de PsyMot bij kinderen in de leeftijd van vijf tot dertien jaar met psychiatrische problemen dat de interne consistentie van de clusters volstaat ($\alpha > 0,78$) en dat de itemcorrelatie binnen de clusters ook voldoet aan de eisen ($r \geq 0,35$). De resultaten van deze onderzoeken naar de kindversie van de PsyMot suggereren dat de items over het algemeen beschouwd kunnen worden als relatief betrouwbare indicatoren van zowel de clusters, de domeinen als de totaalscore van de kwantitatieve gegevens van de hele test.

De Jong & Klinkenberg (2009) onderzochten de IBB van de kindversie van de PsyMot bij tien beoordelaars en tien kinderen met de 'Detection of Multiple Examiners Not in Consensus' (DOMENIC) methode (Cicchetti, Showalter & Rosenheck, 1997). Zij rapporteerden een totale gemiddelde overeenstemming per casus variërend van 'poor' (62%) tot 'excellent' (100%). De waarden per cluster varieerden van 'fair' (77.42%) tot 'excellent' (90.67%). De totaal gemiddelde clusterscore is 'good' (84.50%). In het onderzoek naar de IBB van de kindversie van de PsyMot bij licht verstandelijk beperkte jongeren tussen twaalf en zestien jaar bij veertien beoordelaars en twee casussen vonden van Ritbergen & Coenen (2010) een score van 'good' (88 % en 89%) voor de totale gemiddelde overeenstemming. De IBB voor de clusters apart bleek niet afhankelijk van het aantal jaren ervaring als psychomotorisch therapeut. De mate van overeenstemming leek wel beïnvloed te zijn door de werkervaring met de PsyMot, waarbij de therapeuten met ervaring 'good' (89%) en 'excellent' (94%) scoorden. De subgroep zonder ervaring scoort in beide gevallen 'good' (88%). Echter, deze tendens werd in één van de twee casussen gevonden. De onderzoeksresultaten met betrekking tot de IBB van de kindversie van de PsyMot zijn bevredigend.

Sterk (2011) onderzocht ook de concurrente validiteit van de kindversie van de PsyMot. De resultaten betreffen de concurrente validiteit tussen de PsyMot clusters en de subschalen van het Screeningsinstrument Psychische Stoornissen (SPsy) (van Oort, van 't Land & de Ruiter, 2006). Er werden matig tot sterke correlaties gevonden tussen de clusters B (bewegingsplezier), C (competentiebeleving), E (zelfcontrole), F (zelfvertrouwen) en G (spel en interactie) en de SPsy

subschalen hyperactiviteit/aandachtstekort, problemen met leeftijdsgenoten en zelfbeschadigend gedrag. Voor de clusters A (lichaamsacceptatie) en D (motoriek) kon de concurrente validiteit niet met de SPsy bepaald worden, omdat deze niet overeenkomen met subschalen van de SPsy. De resultaten suggereren enige concurrente validiteit van de kindversie van de PsyMot en de SPsy, waarbij aangetekend moet worden dat instrumenten enigszins verschillende fenomenen meten. Onderzoek naar concurrente validiteit met andere gevalideerde en betrouwbare screeningsinstrumenten is nodig om tot gefundeerde uitspraken over de concurrente validiteit van de kindversie van de PsyMot te komen.

Kort samengevat lijken de psychometrische kwaliteiten van de kindversie van de PsyMot op basis van bovenstaande onderzoeken bevredigend.

Onlangs is er ook een concept jeugdversie van de PsyMot (PsyMot-J) beschikbaar gekomen (Emck, 2011) (bijlage 1). Deze is ontwikkeld op basis van de kindversie van de PsyMot, literatuurstudie en overleg met een expertpanel. Vanwege de aanpassingen betreffende leeftijd, activiteiten, vragenlijst en items in de PsyMot-J is onderzoek naar psychometrische kwaliteiten noodzakelijk, zodat het klinisch gebruik verantwoord kan worden.

De 'Child Behavior Checklist' (CBCL) en de 'Youth Self Report' (YSR) zijn goed gevalideerde vragenlijsten over gedrags- en emotionele problemen (Nederlands Instituut van Psychologen, 1999; Nederlands Instituut van Psychologen & Boom test uitgevers, 2010), waarbij zowel naar rapportage door ouders als zelfrapportage gekeken wordt (Verhulst, Ende & Koot, 1996, 1997). Aangezien deze binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch werkveld dikwijls als screeningsinstrument gebruikt worden, lijkt het passend de concurrente validiteit van de PsyMot-J te onderzoeken met deze instrumenten. In de omschrijving van de clusters van de PsyMot staan namelijk 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM) – IV diagnoses omschreven die overkomen met de problematiek gemeten met de DSM- schalen van de CBCL en de YSR. Aangezien sociale problemen niet gemeten worden binnen de DSM- schalen, wordt hiervoor de probleemschaal 'sociale problemen' gebruikt.

De onderzoeksvragen voor dit onderzoek luiden als volgt: (1) Wat is de interne consistentie van de PsyMot-J op het niveau van de clusterscores en op het niveau van de hele test? (2) Wat is de IBB van de PsyMot-J voor de gemiddelde totale overeenstemming en de overeenstemming van de clusterscores? Deelvragen hierbij zijn: (a) Is de IBB afhankelijk van de ervaring met het werken met de kindversie van de PsyMot? en (b) is de IBB afhankelijk van meer of minder dan vijf jaar ervaring in het werken met jeugdigen? (3) Wat is de concurrente validiteit van de clusters van de PsyMot-J en de probleemschaal 'sociale problemen', DSM- schalen en brede band syndromen van de CBCL en YSR?

Aangezien de clusters van de PsyMot-J gelijk zijn aan de kindversie van de PsyMot wordt een adequate interne consistentie verwacht. Daarnaast geven Drenth en Sijsma (2006) aan dat items in een specifieke subset doorgaans een hoge correlatie hebben (Sterk, 2011). Voor de interne consistentie worden dan ook op het niveau van de clusterscores alsmede op de test in zijn geheel een hoge Cronbach's Alpha waarde ($\alpha > 0,70$) en een positieve itemcorrelatie ($r \geq 0,35$) binnen de clusters verwacht.

Voor de IBB wordt een score van 'good' voor de totale gemiddelde overeenstemming en voor de clusters verwacht. Er wordt een verschil verwacht tussen werkervaring met de kindversie van de PsyMot en de gemiddelde totale IBB, waarbij de gemiddelde totale IBB naar verwachting hoger is bij werkervaring met de kindversie van de PsyMot en lager bij geen ervaring. Er wordt geen verschil verwacht tussen het aantal jaren ervaring als psychomotorisch therapeut in het werken met jeugdigen en de gemiddelde totale IBB.

Ten aanzien van de concurrente validiteit wordt een samenhang verwacht tussen de volgende PsyMot-J clusters en CBCL en YSR subschalen: Cluster A (lichaamsacceptatie) wordt verwacht samen te hangen met een hoge score op de DSM- schaal 'lichamelijke problemen'. De onderzoeker scoort voor cluster A onder andere de items: pijngevaarwording, ademhaling, prikkelverwerking, inspanningstolerantie, handhaving lichaamsgewicht en hanteren van lichaamssignalen. Dit zijn items die op basis van 'face-validity' te verbinden zijn met DSM- schaal lichamelijke problemen (onder andere duizeligheid, vermoeidheid, pijn, hoofdpijn, misselijkheid). Daarnaast wordt cluster A verwacht samen te hangen met de DSM- schaal 'angstproblemen', aangezien bij cluster A als potentiële doelgroep angststoornis wordt omschreven. Op basis van de omschrijving van de clusters (bijlage 2) wordt verwacht dat cluster B (bewegingsplezier) samenhangt met de DSM- schalen 'affectieve problemen' en 'angstproblemen'. Daarnaast hebben jongeren met angststoornissen over het algemeen weinig energie, voelen zich ongelukkig en hebben een negatief zelfbeeld (Breedveld et al., 2010) waardoor bewegingsplezier af kan nemen. Verder voelen jongeren met affectieve problemen zich vaak niet goed genoeg om aan bewegen deel te nemen en denken dat de anderen beter zijn dan zij (Breedveld et al., 2010) waarbij er een grote kans bestaat dat ze het bewegen als minder plezierig ervaren. Voor cluster C (competentiebeleving) wordt op basis hiervan ook een correlatie verwacht met de DSM- schalen 'affectieve problemen' en 'angstproblemen'. Deze correlatie is ook aannemelijk omdat kinderen en adolescenten met een laag zelfbeeld meer symptomen van depressie en angst vertonen (Dubois en Tevendale, 1999). Daarnaast wordt op basis van de omschrijving van de clusters dat cluster C ook samenhangt met de DSM- schalen 'aandachtstekort/ hyperactiviteitsproblemen', 'oppositieel-opstandige problemen' en 'gedragsproblemen'. De twee belangrijkste symptomen bij ADHD zijn namelijk een korte

spanningsboog en hyperactiviteit/impulsiviteit. Tijdens het bewegen kan dat problemen geven en kunnen ze inadequaat reageren op winst of verlies (Johnson & Rosén, 2000 uit Breedveld et al., 2010) en hebben ze minder goede fysieke coördinatie waardoor ze meer negatieve reacties krijgen. Daardoor is het te verwachten dat jongeren met ADHD meer frustratie zullen ondervinden, minder plezier beleven en een negatiever zelfbeeld kunnen ontwikkelen tijdens het bewegen. Bij een hoge score op cluster D (motoriek) wordt een hoge score op de DSM- schaal 'angstproblemen' verwacht, aangezien er een wederzijdse beïnvloeding van angst en motorische problemen is op het gedragsniveau bij kinderen (Emck, 2011). Tevens ontdekten Skinner & Piek (2001) dat adolescenten in de leeftijd van twaalf tot veertien jaar hogere angstniveaus hadden bij slechte motorische coördinatie. Ook worden problemen met motorische coördinatie sterk in verband gebracht met ADHD bij adolescenten (Fliers et al., 2007; Rommelse et al., 2009). Bij een hoge score op cluster D wordt daarom ook een hoge score op de DSM- schaal 'aandachtstekort/ hyperactiviteitsproblemen' verwacht. Jongeren met ADHD en 'oppositieel opstandige gedragsstoornis' (ODD) kunnen agressieve conflictoplossingstrategieën gebruiken en snel hun zelfbeheersing verliezen (Branje, Doorn, & Valk, 2005; Prins & Oord, 2008). Bij een hoge score op cluster E (zelfcontrole) wordt daarom een hoge score op de DSM- schalen 'aandachtstekort/ hyperactiviteitsproblemen', 'oppositieel opstandige problemen', 'gedragsproblemen' en het brede band syndroom 'externaliserende problematiek' (Verhulst et al., 1996) verwacht. De items behorend bij cluster F (zelfvertrouwen) komen overeen met internaliserende problematiek (Emck et al., 2007; Verhulst, van der Ende en Koot, 1996). Binnen het internaliserend spectrum gaat het om stemmings-, angst-, en somatiserende klachten en stoornissen (Clark & Treisman, 2004). Bij een hoge score op cluster F wordt daarom een hoge score op het brede band syndroom 'internaliserende problematiek' verwacht en de DSM- schalen 'affectieve problemen', 'angstproblemen' en 'lichamelijke problemen'. In navolging van de resultaten van Sterk (2011) wordt tevens een negatieve correlatie verwacht tussen cluster F en de DSM- schaal 'aandachtstekort/ hyperactiviteitsproblemen' en een positieve correlatie tussen cluster G (spel en interactie) en de probleemschaal 'sociale problemen'. Tevens wordt op basis van de omschrijving van de clusters verwacht dat cluster G samenhangt met de DSM- schalen 'aandachtstekort/ hyperactiviteitsproblemen', 'oppositieel opstandige problemen' en 'gedragsproblemen'. Ook volgens Breedveld et. al. (2010) hebben jongeren met ADHD een opvliegend gedrag, een korte spanningsboog en impulsiviteit wat de interactie negatief kan beïnvloeden. Daarnaast omschrijven zij dat jongeren met ODD en/ of CD vanuit hun egocentrisch gedrag snel conflicten krijgen met het gezag in sport en spel situaties wat problemen geeft in de interactie.

Methode

Onderzoeksgroep

Alle data voor de interne consistentie en de concurrente validiteit werden binnen twee psychiatrische instellingen verzameld: Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) te Utrecht en De Jutters, kinder- en jeugdpsychiatrie te Den Haag.

Voor het onderzoeken van de interne consistentie werden in totaal zesentwintig jeugdigen, in de leeftijd van twaalf tot twintig jaar geïnccludeerd. Zij waren allen aangemeld met psychiatrische problematiek voor (dag-)klinische diagnostiek en/of behandeling. In tabel 1 zijn de algemene gegevens van deze jeugdigen te zien.

Tabel 1. *Algemene gegevens van de jeugdigen (N=26)*

Geslacht		Leeftijd				Behandeling	
Man (%)	Vrouw (%)	Min	Max	Mean	SD	Klinisch (%)	Dagklinisch (%)
15 (57,7)	11 (42,3)	12	19	14,42	1,79	9 (34,6)	17 (65,4)

Voor de IBB werden elf psychomotorisch therapeuten (observatoren) geworven die werkzaam zijn in de kinder- en jeugdpsychiatrie bij verschillende geestelijke gezondheidszorginstellingen in Nederland. De observatoren waren deels bekend en deels onbekend met het afnemen van de kindversie van de PsyMot en verschilden in het aantal jaren werkervaring als psychomotorisch therapeut met jeugdigen. In tabel 2 zijn de algemene gegevens van de observatoren te zien.

Tabel 2. *Algemene gegevens van de observatoren van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij casus A (N=9) en casus B (N=8)*

Casus	Ervaring kindversie van de PsyMot		Werkervaring met jeugdigen	
	Wel	Geen	<5 jaar	≥5 jaar
A	7	2	6	3
B	5	3	5	3

Voor het onderzoeken van de concurrente validiteit werden in totaal twintig jeugdigen, in de leeftijd van twaalf tot twintig jaar geïnccludeerd. Deze jeugdigen waren afkomstig van de onderzoeksgroep die ook gebruikt werd voor het bepalen van de interne consistentie. In tabel 3 en tabel 4 zijn de

algemene gegevens van de jeugdigen te zien die deelnamen aan het deelonderzoek naar de concurrente validiteit.

Tabel 3. *Algemene gegevens van jeugdigen voor het deelonderzoek naar concurrente validiteit met behulp van de CBCL (N= 10)*

Geslacht		Leeftijd				Behandeling	
Man (%)	Vrouw (%)	Min	Max	Mean	SD	Klinisch (%)	Dagklinisch (%)
5 (50,0)	5 (50,0)	12	19	15,10	2,03	2 (80,0)	8(20,0)

Tabel 4. *Algemene gegevens van de jeugdigen voor het deelonderzoek naar concurrente validiteit met behulp van de YSR (N= 11)*

Geslacht		Leeftijd				Behandeling	
Man (%)	Vrouw (%)	Min	Max	Mean	SD	Klinisch (%)	Dagklinisch (%)
5 (45,5)	6 (54,5)	12	19	14,64	2,20	1 (9,1)	10 (90,9)

Meetinstrumenten

De PsyMot-J is bedoeld voor jongeren in de leeftijd van twaalf tot achttien jaar en op indicatie voor jongvolwassenen tot 23 jaar om tot diagnostiek en indicatiestelling voor psychomotorische behandeling te komen. De afnameprocedure bestaat uit een groepssessie van idealiter drie jeugdigen gevolgd door een individuele sessie. Na de groepssessie krijgt de jeugdige een vragenlijst mee die ingevuld en ingeleverd moet zijn voor de individuele sessie. Het aanbod van de activiteiten en de vragenlijst zijn aangepast aan de leeftijd van de jeugdigen. De PsyMot-J hanteert dezelfde clusters en wijze van scoren als de kindversie van de PsyMot. Er worden 63 items gescoord op een vijf puntsschaal, zoals weergegeven in tabel 5a. De weging en de verdeling van de items in de clusters zijn echter gewijzigd. De range van de clusterscores varieert per cluster. Deze clusterscores worden ook omgezet in categoriescores. Dit is weergegeven in tabel 5b. Daarnaast worden de items omgezet in twee domeinscores, namelijk 'functies' en 'activiteiten en participatie' (Emck, 2011).

Tabel 5a. *De scoringsmogelijkheden per item en categorie van de PsyMot-J* (Emck et al., 2007)

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

Tabel 5b. *De range van de clusterscores en bijbehorende categorieën van de PsyMot-J* (Emck, 2011)

Cluster	A	B	C	D	E	F	G
Minimaal	0	0	0	0	0	0	0
Categorie 1 licht	2	3	2	2	4	3	5
Categorie 2 matig	14	18	13	13	26	17	29
Categorie 3 ernstig	29	37	27	27	53	35	59
Categorie 4 zeer ernstig	57	72	53	53	103	68	114
Maximaal	60	76	56	56	108	72	120

De CBCL meet probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen, zoals door ouders gerapporteerd (Verhulst, van der Ende, & Koot, 1996). De YSR meet vaardigheden en probleemgedrag, zoals door de jeugdige zelf ervaren (Verhulst, van der Ende, & Koot, 1997). In 1999 zijn de betrouwbaarheid en validiteit van de CBCL en YSR onderzocht. De CBCL wordt op betrouwbaarheid en begripsvaliditeit als goed beoordeeld en op criteriumvaliditeit als voldoende. De YSR wordt op betrouwbaarheid als goed beoordeeld. Deze beoordeling goed betreft alleen de totaalscores internaliseren, externaliseren en totale probleemscore. De betrouwbaarheid van de overige schalen is wisselend en soms onvoldoende. De begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit van de YSR worden als voldoende beoordeeld (Nederlands Instituut van Psychologen, 1999; Nederlands Instituut van Psychologen & Boom test uitgevers, 2010).

De CBCL en de YSR maken gebruik van dezelfde schalen en bestaan grofweg uit twee delen, namelijk vaardigheden en gedrag. De vragen over vaardigheden vormen de vaardigheidsschalen: activiteiten, sociaal en school. Opgeteld vormen zij de schaal 'totale vaardigheden'. De vragen over gedrag vormen de probleemschalen: 'teruggetrokken / depressief', 'lichamelijke klachten', 'angstig / depressief', 'sociale problemen', 'denkproblemen', 'aandachtsproblemen', 'normafwijkend gedrag' en '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'. Voor zowel de CBCL als de YSR is het ook mogelijk om op basis van de items op de score op de DSM-schalen te

bepalen. Deze bestaan uit problemen die volgens psychologen en psychiaters uit 16 verschillende culturen als erg consistent gezien werden met diagnostische categorieën uit de DSM-IV. De DSM-schalen meten: 'affectieve problemen', 'angstproblemen', 'lichamelijke problemen', 'aandachtstekort en hyperactiviteits-problemen', 'oppositional opstandige problemen' en 'gedragsproblemen' (Verhulst, van der Ende, & Koot, 1996; Verhulst, van der Ende, & Koot, 1997). Voor het onderzoek naar de concurrente validiteit zal gebruik gemaakt worden van de totaalscores (T-scores), van de probleemschaal 'sociale problemen', alle DSM-schalen en van de beide brede band syndromen.

Procedure

Voor het bepalen van de interne consistentie en de concurrente validiteit werd bij zesentwintig jeugdigen de PsyMot-J afgenomen door psychomotorisch therapeuten. De betrokken therapeuten waren bekend met het afnemen van de kindversie van de PsyMot en PsyMot-J. Beide sessies van de PsyMot-J werden binnen drie weken van elkaar afgenomen om een groei-effect (Baarda & de Goede, 2006) zoveel mogelijk uit te sluiten. Om deze reden is de maximale tijdsduur tussen afname van de CBCL/YSR en de PsyMot-J beperkt tot zeven maanden. Hierdoor werd van tien jeugdigen de CBCL en van elf jeugdigen de YSR gebruikt. Alle jeugdigen ontvingen een informatiebrief met een 'informed consent' (bijlage 3) en gaven op deze manier toestemming om de PsyMot-J af te nemen en de gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Van twee jeugdigen werd tevens een video-opname van de afname van de PsyMot-J gemaakt ten behoeve van het deelonderzoek naar de IBB.

Binnen het UMCU en De Jutters werden alle jeugdigen en ouders/verzorgers uitgenodigd de CBCL en de YSR in te vullen tijdens de algemene intakeprocedure van de instelling. De CBCL en de YSR werd door jeugdige zelf en zijn of haar ouders/verzorgers thuis of op de instelling ingevuld. Van negentien jeugdigen is de CBCL ingevuld en veertien jeugdigen hebben de YSR ingevuld. Vanwege administratieve redenen en non-respons zijn niet alle vragenlijsten geretourneerd.

Voor het bepalen van de IBB werden zesentwintig observatoren elektronisch uitgenodigd om aan dit onderzoek mee te doen en voor deelname toestemming te verlenen (bijlage 4). Dertien observatoren hebben het toestemmingsformulier geretourneerd. Twee observatoren hebben in een later stadium van deelname afgezien vanwege de tijdsinvestering. De observatoren ontvingen vooraf de handleiding voor het scoren (bijlage 5) en vulden een gegevensformulier (bijlage 6) in. Vervolgens werd van twee cliënten een video-opname van de afname van de PsyMot-J door de observatoren bekeken in een beveiligde internetomgeving. De observatoren keken aaneensluitend één volledige sessie, waarna zij de PsyMot-J scoorden. Dit gold voor beide sessies. Voorafgaand aan het bekijken

van de tweede sessie lazen de observatoren de door de jeugdige ingevulde vragenlijst en namen dit mee in hun scoring. De observatoren bepaalden zelf waar ze deze video-opnamen bekeken. Zij mochten onderling niet overleggen en niet terugspoelen.

Dataverwerking en statistische analyse

Om de interne consistentie van de clusterscores en de totale test te bepalen werd Cronbach's alpha gebruikt. Een Cronbach's Alpha waarde van $\alpha > 0.70$ voldoet aan de norm, zoals die door Cronbach (1990) is gesteld. George en Mallery (2003) stellen de volgende vuistregels voor interpretatie van de Cronbach's alpha: $> .9$ – excellent, $> .8$ – good, $> .7$ – acceptable, $> .6$ – questionable, $> .5$ – poor en $< .5$ – unacceptable. Voor de itemcorrelatie binnen de clusters werd gebruik gemaakt van de 'Corrected Item-Total Correlation'. Bij $r > 0.350$ correleert een item duidelijk positief en kan het gehanteerd blijven in het betreffende cluster, waarbij $r > 0.200$ als ondergrens gehanteerd wordt als een item inhoudelijk niet gemist kan worden in een cluster. Daarnaast wordt bij een negatief verband aangeraden het item uit de totaalscore te verwijderen (Stokking, 1989).

Voor het berekenen van de IBB werd de DOMENIC methode (Cicchetti, Showalter, & Rosenheck, 1997) gebruikt. De DOMENIC methode kan worden gebruikt als één casus door meerdere beoordelaars beoordeeld wordt. Een kenmerk van deze methode is dat de totale gemiddelde overeenstemming en de gemiddelde overeenstemming tussen alle te vormen tweetallen berekend kunnen worden. Voor iedere mate van overeenstemming kan de statistische en klinische significantie worden vastgesteld, waarbij geldt dat de IBB tussen 90-100% 'excellent', tussen 80-89 % 'good', tussen 70-79% 'fair' en bij 70% en lager 'poor' is (Cicchetti, Showalter & Rosenheck, 1997). Binnen dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de berekeningstabel die Cicchetti gepubliceerd heeft voor beoordelingsschaal met een 0-punt (Cicchetti et al., 1997). Voor ieder tweetal werd voor iedere clusterscore de mate van overeenstemming berekend. De optelsom daarvan werd gedeeld door het aantal mogelijke combinaties waarna de totale gemiddelde overeenstemming vastgesteld werd. De IBB werd geanalyseerd voor vier subgroepen I tot en met IV. Subgroep I bestond uit observatoren zonder ervaring in het werken met de kindversie van de PsyMot, subgroep II bestond uit observatoren met ervaring in het werken met de kindversie van de PsyMot, subgroep III bestond uit observatoren tot vijf jaar ervaring in het werken met jeugdigen en subgroep IV bestond uit observatoren met vijf jaar of meer ervaring in het werken met jeugdigen.

Om de concurrente validiteit te bepalen werden eerst de clusters van de PsyMot-J en de probleemschaal 'sociale problemen', alle DSM – schalen en de brede band syndromen van de CBCL en YSR op normaalverdeling getoetst, om de correlatietoets te kunnen kiezen die nodig is om de

onderzoeksvraag naar concurrente validiteit te kunnen bepalen. Bij een kleinere steekproef ($N \geq 50$) heeft de 'Shapiro-Wilk' toets de voorkeur (Vocht, 2010). Tabel 6 geeft de p-waarden van de normaliteitstoetsen weer.

Tabel 6. *Normaliteitstoetsen van de clusters van de PsyMot-J en CBCL en YSR subschalen*

	P waarde	
	CBCL (N = 10)	YSR (N = 11)
Cluster A (lichaamsbeleving)	.942	.983
Cluster B (bewegingsplezier)	.038 *	.316
Cluster C (competentiebeleving)	.797	.461
Cluster D (motoriek)	.467	.761
Cluster E (zelfcontrole)	.001 *	.012 *
Cluster F (zelfvertrouwen)	.718	.923
Cluster G (samenspel & interactie)	.043	.044 *
Sociale problemen	.379	.916
Aandachtstekort & hyperactiviteitsproblemen	.706	.587
Affectieve problemen	.186	.286
Angstproblemen	.084	.031 *
Gedragsproblemen	.025 *	.057
Lichamelijke problemen	.057	.027 *
Oppositieel opstandige problemen	.475	.449
Externaliserende problematiek (brede band)	.669	.549
Internaliserende problematiek (brede band)	.519	.839

* $p \leq 0.05$

Bij p-waarden > 0.05 , werd parametrisch getoetst met de Pearson correlatie coëfficiënt (Vocht, 2007). Bij p-waarden van ≤ 0.05 werd non-parametrisch getoetst met de Spearman correlatie coëfficiënt (Vocht, 2007). Voor het verwerken van de data en de statistische analyse werd gebruik gemaakt van het statistische verwerkingsprogramma 'Statistical Package for the Social Sciences' (SPSS), versie 19.0.

Resultaten

Interne consistentie

De interne consistentie per cluster wordt weergegeven in tabel 7.

Tabel 7. Cronbach's alpha per cluster van de PsyMot-J (N = 26)

PsyMot clusters	Aantal items (n)	Cronbach's alpha (α)
A (lichaamsacceptatie)	14	.78
B (bewegingsplezier)	19	.86
C (competentiebeleving)	12	.77
D (motoriek)	11	.88
E (zelfcontrole)	22	.93
F (zelfvertrouwen)	14	.75
G (spel & interactie)	27	.95
Gemiddelde	17	.85

De waardes van de Cronbach's alpha variëren van $\alpha = .75$ tot $\alpha = .95$, met een gemiddelde $\alpha = .85$.

Tabel 8 tot en met tabel 14 geven een overzicht van de resultaten van de item correlatie analyse van de clusters van de PsyMot-J.

Tabel 8. Item correlatie van cluster A (lichaamsbeleving)

	Corrected Item-Total Correlation
Bewustzijn	.654
Oriëntatie in plaats	.000
Adequaatheid stemming	.685
Bereik van de stemming	.619
Lichaamsbewustzijn	.585
Lichaamswaardering	.533
Zelfbeeld	.441
Pijngewaarwording	.403
Prikkelverwerking	.253
Ademhaling	.396
Inspanningstolerantie	.251

Handhaving lichaamsgewicht - over	.116
Handhaving lichaamsgewicht - onder	.118
Hanteren van lichaamssignalen	.311

Tabel 9. *Item correlatie van cluster B (bewegingsplezier)*

	Corrected Item-Total Correlation
Exploratie	.646
Doorzettingsvermogen	.668
Lichaamsbewustzijn	.471
Realiteitstoetsing	.595
Prikkelverwerking	.334
Inspanningstolerantie	.275
Kracht	.371
Souplesse	.198
Bewegingstaak leren	.556
Maken van overgangen	.560
Lichaamsattitude / fysiek contact - ext	.591
Lichaamsattitude / fysiek contact - int	.196
Alleen spelen	.665
Omgaan met materiaal	.469
Variabiliteit in spelgedrag	.395
Omgaan met winnen en verliezen - ext	.555
Omgaan met winnen en verliezen - int	.540
Bewegingservaring op school	.375
Bewegingservaring vrije tijd	.540

Tabel 10. *Item correlatie van cluster C (competentiebeleving)*

	Corrected Item-Total Correlation
Lichaamsbeeld	.212
Lichaamswaardering	.385
Zelfbeeld	.428
Motorische competentiebeleving	.528
Realiteitstoetsing	.377
Hanteren van lichaamssignalen	.236
Omgaan met gevaar	.458
Omgaan met kritiek	.515
Omgaan met winnen en verliezen - ext	.404
Omgaan met winnen en verliezen - int	.359

Bewegingservaring op school	.485
Bewegingservaring vrije tijd	.518

Tabel 11. *Item correlatie van cluster D (motoriek)*

	Corrected Item-Total Correlation
Oriëntatie in plaats	.000
Exploratie	.618
Bewegingscoördinatie	.767
Inspanningstolerantie	.726
Kracht	.635
Souplesse	.406
Bewegingstaak leren	.298
Objectcontrole	.752
Locomotie	.774
Bewegingservaring op school	.542
Bewegingservaring vrije tijd	.812

Tabel 12. *Item correlatie van cluster E (zelfcontrole)*

	Corrected Item-Total Correlation
Bewustzijn	.639
Doorzettingsvermogen	.557
Driftbeheersing	.855
Aandacht	.834
Regulering stemming	.722
Prikkelverwerking	.737
Ademhaling	.183
Handhaving lichaamsgewicht - over	-.044
Bewegingsprobleem oplossen	.493
Bewegingstaak ondernemen	.502
Hanteren eigen mate van activiteit	.548
Hanteren van emoties – ext	.743
Omgaan met stress – ext	.831
Zelfzorg	.369
Zich kleden	.207
Omgaan met gevaar	.648
Lichaamsattitude / fysiek contact - ext	.723
Beurt nemen en afwachten	.826
Met elkaar samenspelen	.566

Omgaan met materiaal	.743
Omgaan met winnen en verliezen - ext	.598
Omgaan met (spel)regels – ext	.713

Tabel 13. *Item correlatie van cluster F (zelfvertrouwen)*

	Corrected Item-Total Correlation
Adequaatheid stemming	.599
Genderidentiteit	-.054
Zelfbeeld	.417
Pijngewaarwording	.230
Ademhaling	.344
Handhaving lichaamsgewicht - onder	.220
Kracht	.284
Souplesse	.061
Hanteren van emoties – int	.614
Omgaan met stress – int	.306
Lichaamsattitude / fysiek contact - int	.477
Tegen elkaar spelen	.549
Omgaan met winnen en verliezen - int	.419
Omgaan met (spel)regels – int	.469

Tabel 14. *Item correlatie van cluster G (spel & interactie)*

	Corrected Item-Total Correlation
Aandacht	.733
Inzicht	.628
Zelfbeeld	.109
Realiteitstoetsing	.713
Bewegingsprobleem oplossen	.462
Bewegingsstaak ondernemen	.575
Begrijpen van lichaamstaal	.378
Gebruiken van lichaamstaal	.480
Respect en warmte	.844
Tolerantie	.766
Omgaan met kritiek	.802
Afstemmen op de ander	.684
Lichaamsattitude / fysiek contact - ext	.795
Lichaamsattitude / fysiek contact - int	.202
Omgaan met hulp en vertrouwen	.646

Beurt nemen en afwachten	.791
Toekijken bij spel	.736
Naast elkaar spelen	.795
Met elkaar samenspelen	.670
Tegen elkaar spelen	.602
Variabiliteit in spelgedrag	.407
Omgaan met winnen en verliezen - ext	.634
Omgaan met winnen en verliezen - int	.489
Omgaan met (spel)regels – ext	.769
Omgaan met (spel)regels – int	.597
Omgaan met afstand en nabijheid	.772
Omgaan met groeps / spelgenoten	.829

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De resultaten van de berekening van de IBB met de DOMENIC voor casus A en casus B zijn weergegeven in tabel 15.

Tabel 15. *Gemiddelde overeenstemming per casus, voor cluster- en totale scores en voor subgroepen van observatoren*

Casus A (N=9)	Cluster A (%)	Cluster B (%)	Cluster C (%)	Cluster D (%)	Cluster E (%)	Cluster F (%)	Cluster G (%)	Totaal (%)
Totaal casus A	81,72	100,00	93,00	85,50	93,00	85,50	94,56	90,47
Subgroep I (N=2)	71,00	100,00	100,00	71,00	86,00	71,00	100,00	85,57
Subgroep II (N=7)	83,71	100,00	92,00	86,19	93,33	86,19	93,33	90,68
Subgroep III (N=6)	84,73	100,00	92,53	84,53	92,53	90,33	95,33	91,43
Subgroep IV (N=3)	66,67	100,00	90,67	80,67	90,67	80,67	90,67	85,71
Casus B (N=8)								
Totaal casus B	92,46	96,50	83,29	94,00	92,00	96,50	89,43	92,03
Subgroep I (N=3)	100,00	90,67	71,33	90,67	90,67	100,00	90,67	90,57
Subgroep II (N=5)	87,30	100,00	91,60	94,40	91,60	94,40	87,30	92,37
Subgroep III (N=5)	87,30	94,40	87,30	94,40	91,60	100,00	94,40	92,77
Subgroep IV (N=3)	100,00	100,00	71,33	90,67	90,67	90,67	76,33	88,52

- Subgroep I = geen ervaring in het werken met de kindversie van de PsyMot
- Subgroep II = wel ervaring in het werken met de kindversie van de PsyMot
- Subgroep III = tot vijf jaar ervaring in het werken met jeugdigen
- Subgroep IV = vijf jaar of meer ervaring in het werken met jeugdigen

Voor de IBB van de PsyMot-J geldt dat de gemiddelde totale overeenstemming voor zowel casus A als voor casus B ‘excellent’ is. De overeenstemming van de clusterscores afzonderlijk varieert bij zowel casus A als voor casus B van ‘good’ tot ‘excellent’. De gemiddelde totale IBB van de observatoren met ervaring met het werken met de kindversie van de PsyMot is zowel bij casus A als bij casus B ‘excellent’. De gemiddelde totale IBB van de observatoren zonder ervaring met de

kindversie is bij casus A 'excellent' en bij casus B 'good'. De gemiddelde totale IBB van de observatoren met vijf jaar of meer ervaring in het werken met jeugdigen als psychomotorisch therapeut is bij zowel casus A als bij casus B 'good'. De gemiddelde totale IBB van de observatoren met nul tot vijf jaar ervaring in het werken met jeugdigen als psychomotorisch therapeut is bij zowel casus A als bij casus B 'excellent'.

Concurrente validiteit

De correlaties van de clusters van de PsyMot-J met de probleemschaal 'sociale problemen', alle DSM - schalen en van de beide brede band syndromen van de CBCL en YSR worden weergegeven in tabel 16 en tabel 17.

Tabel 16. *Pearson & Spearman correlaties van de clusters van de PsyMot-J met de probleemschaal 'sociale problemen', alle DSM - schalen en de brede band syndromen van de CBCL (N=10)*

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Cluster D	Cluster E	Cluster F	Cluster G
	lichaams – acceptatie	bewegings- plezier	competentie -beleving	motoriek	zelf controle	zelf- vertrouwen	spel & interactie
Sociale problemen	-.118 ^a (p=.373)	-.178 ^b (p=.311)	-.191 ^a (p=.299)	.092 ^a (p=.400)	-.049 ^b (p=.446)	-.239 ^a (p=.253)	-.268 ^a (p=.227)
Aandachtstekort / hyperactiviteitsproblemen	-.541 ^a (p=.053)	-.200 ^b (p=.290)	-.375 ^a (p=.143)	-.300 ^a (p=.199)	.125 ^b (p=.366)	-.461 ^a (p=.090)	.071 ^a (p=.423)
Affectieve problemen	.232 ^a (p=.260)	-.061 ^b (p=.433)	.058 ^a (p=.437)	.123 ^a (p=.368)	-.358 ^b (p=.155)	.144 ^a (p=.346)	-.447 ^a (p=.098)
Angstproblemen	-.432 ^a (p=.106)	-.310 ^b (p=.192)	-.541 ^a (p=.053)	-.390 ^a (p=.132)	-.231 ^b (p=.260)	-.407 ^a (p=.121)	-.597 ^{a*} (p=.034)
Gedragsproblemen	.404 ^b (p=.124)	.172 ^b (p=.317)	.313 ^b (p=.189)	.224 ^b (p=.267)	.012 ^b (p=.487)	-.040 ^b (p=.456)	-.006 ^b (p=.493)
Lichamelijke problemen	-.473 ^a (p=.084)	-.731 ^{b**} (p=.008)	-.517 ^a (p=.063)	-.642 ^{a*} (p=.023)	-.623 ^{b*} (p=.027)	-.482 ^a (p=.079)	-.559 ^{a*} (p=.046)
Oppositieel opstandige problemen	.161 ^a (p=.329)	.120 ^b (p=.371)	.182 ^a (p=.307)	.156 ^a (p=.333)	-.089 ^b (p=.403)	.051 ^a (p=.444)	.080 ^a (p=.413)
Externaliserende problematiek (brede band)	.315 ^a (p=.188)	.263 ^b (p=.231)	.306 ^a (p=.195)	.141 ^a (p=.349)	.104 ^b (p=.388)	.108 ^a (p=.383)	.210 ^a (p=.280)
Internaliserende problematiek (brede band)	-.182 ^a (p=.307)	-.312 ^b (p=.190)	-.333 ^a (p=.174)	-.190 ^a (p=.299)	-.409 ^b (p=.121)	-.260 ^a (p=.234)	-.616 ^{a*} (p=.029)

* p < .05 (one-tailed)

** p < .01 (one-tailed)

^a = Pearson correlatie

^b = Spearman correlatie

Tabel 17. *Pearson & Spearman correlaties van de clusters van de PsyMot-J met de probleemschaal 'sociale problemen', alle DSM - schalen en de brede band syndromen van de YSR (N =11)*

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Cluster D	Cluster E	Cluster F	Cluster G
	lichaams – acceptatie	bewegings- plezier	competentie- beleving	motoriek	zelf controle	zelf- vertrouwen	spel & interactie
Sociale problemen	.240 ^a (p=.239)	.151 ^a (p=.329)	.338 ^a (p=.154)	.258 ^a (p=.221)	-.023 ^b (p=.473)	.121 ^a (p=.362)	-.260 ^b (p=.220)
Aandachtstekort / hyperactiviteitsproblemen	-.019 ^a (p=.478)	.375 ^a (p=.128)	.017 ^a (p=.480)	.017 ^a (p=.480)	.180 ^b (p=.298)	.003 ^a (p=.497)	-.111 ^b (p=.372)
Affectieve problemen	.431 ^a (p=.093)	.171 ^a (p=.308)	.558 ^{a*} (p=.037)	.129 ^a (p=.353)	-.674 ^{b*} (p=.011)	.275 ^a (p=.207)	-.347 ^b (p=.148)
Angstproblemen	-.341 ^b (p=.152)	-.507 ^b (p=.056)	-.487 ^b (p=.064)	-.297 ^b (p=.187)	-.315 ^b (p=.173)	-.453 ^b (p=.081)	-.478 ^b (p=.068)
Gedragsproblemen	.445 ^a (p=.085)	.398 ^a (p=.112)	.383 ^a (p=.123)	.139 ^a (p=.342)	.074 ^b (p=.414)	.435 ^a (p=.091)	.198 ^b (p=.280)
Lichamelijke problemen	-.257 ^b (p=.223)	-.711 ^{b**} (p=.007)	-.413 ^b (p=.103)	-.510 ^b (p=.055)	-.626 ^{b*} (p=.020)	-.444 ^b (p=.086)	-.668 ^{b*} (p=.012)
Oppositieel opstandige problemen	.159 ^a (p=.320)	.078 ^a (p=.410)	.015 ^a (p=.482)	.120 ^a (p=.363)	-.146 ^b (p=.334)	.009 ^a (p=.490)	.014 ^b (p=.484)
Externaliserende problematiek (brede band)	.382 ^a (p=.123)	.300 ^a (p=.185)	.290 ^a (p=.194)	.134 ^a (p=.348)	-.100 ^b (p=.384)	.294 ^a (p=.190)	.112 ^b (p=.371)
Internaliserende problematiek (brede band)	.205 ^a (p=.273)	-.092 ^a (p=.394)	.322 ^a (p=.167)	.044 ^a (p=.449)	-.679 ^{b*} (p=.011)	.162 ^a (p=.317)	-.575 ^{b*} (p=.032)

* p < .05 (one-tailed)

** p < .01 (one-tailed)

^a = Pearson correlatie

^b = Spearman correlatie

Discussie

Binnen dit onderzoek zijn de psychometrische eigenschappen van de PsyMot-J onderzocht te weten de interne consistentie, de IBB en de concurrente validiteit. Eerst werd de interne consistentie op het niveau van de clusterscores en op het niveau van de hele test geanalyseerd. Daarna werd voor de IBB per casus de gemiddelde totale overeenstemming, de overeenstemming van de clusterscores afzonderlijk berekend en voor de subgroepen van observatoren berekend. Tenslotte werd de concurrente validiteit van de clusters van de PsyMot-J en de probleemschaal 'sociale problemen', DSM- schalen en brede band syndromen van de CBCL en YSR geanalyseerd.

Interne consistentie

De waarden van de Cronbach's alpha van de clusters van de PsyMot-J variëren van $\alpha = .75$ tot $\alpha = .95$, met een gemiddelde alpha van 0.85. De interne consistentie van de PsyMot-J op het niveau van de clusterscores en op het niveau van de hele test voldoet daarmee ruimschoots aan de norm ($\alpha > 0,70$), zoals die door Cronbach (1990) is gesteld. Volgens de in de methode paragraaf vermelde normen van George en Mallery (2003) is de interne consistentie op clusterniveau 'acceptable' tot 'excellent' te noemen en voor de test in zijn geheel 'good'. Echter, volgens Bland & Altman (1997), is voor het gebruik in een klinische omgeving een alpha van minimaal 0.90 wenselijk. In dat geval voldoen alleen cluster E (zelfcontrole) en cluster G (spel en interactie) aan de eis voor klinisch gebruik. De andere clusters van de PsyMot-J zijn echter wel van belang in het kader van diagnostiek en indicatiestelling. De waarde van de alpha kan echter ook beïnvloed worden door het aantal items binnen de clusters, aangezien Cronbach's alpha groter wordt naarmate het aantal items in een cluster toeneemt (Streiner & Norman, 1989). Daarnaast stelt Stokking (1989) dat vanuit psychometrisch oogpunt een schaal idealiter uit vijf tot tien items bestaat, waarbij het van belang is de inhoudsvaliditeit van de clusters te behouden. Vanuit deze bevindingen is het aan te raden het aantal items van de clusters van de PsyMot-J te verminderen, zonder hiermee de inhoudsvaliditeit negatief te beïnvloeden. Tevens is voor doeltreffend en efficiënt klinisch gebruik een inkorting van de PsyMot-J wenselijk. Daarom is het relevant te kijken naar de Corrected Item-Total Correlations om het aantal items te beperken en de Cronbach's alpha te vergroten. Op basis van de door Stokking (1989) aanbevolen waarden (zie methode) suggereren we daarom de volgende items te verwijderen:

- cluster A (lichaamsacceptatie): oriëntatie in plaats ($r = .000$), handhaving lichaamsgewicht-overgewicht ($r = .116$) en handhaving lichaamsgewicht- ondergewicht ($r = .118$)
- cluster B (bewegingsplezier): souplesse ($r = .198$), lichaamsattitude/ fysiekcontact- internaliserend ($r = .196$)
- cluster D (motoriek): oriëntatie in plaats ($r = .000$)
- cluster E (zelfcontrole) ademhaling ($r = .183$) en handhaving lichaamsgewicht- overweight ($r = -.044$).
- cluster F (zelfvertrouwen) genderidentiteit ($r = -.054$) en souplesse ($r = .061$)
- cluster G (spel en interactie) zelfbeeld ($r = .109$).

Vanuit deze redenering kan het scoreformulier aangepast worden door bovenstaande items uit de berekening van de betreffende clusterscores te halen. Daarnaast kunnen de items oriëntatie in plaats, handhaving lichaamsgewicht- overweight en genderidentiteit uit de itemlijst verwijderd worden. Daarmee zou de PsyMot-J uit 60 items bestaan. Echter, voor de klinische relevantie is het beschrijven van deze items te overwegen, aangezien deze items een relevante bijdrage kunnen hebben voor diagnostiek.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Bij de statistische analyse werd een fout in het Excel scoreformulier van de PsyMot-J ontdekt. Deze fout had betrekking op de afkapwaarden voor de ruwe scores om tot categoriescores te komen, hetgeen geen invloed heeft gehad op de bepaling van de interne consistentie, maar wel voor de IBB. Daarom is de fout hersteld en is de IBB vervolgens berekend op basis van de goede afkapwaarden. De IBB voor de gemiddelde totale overeenstemming is voor beide casussen 'excellent' (90,47% voor casus A en 92,03% voor casus B) en deze is daarmee hoger dan verwacht. De IBB van de clusterscores afzonderlijk is 'good' tot 'excellent' (81,72% tot 100%) en is daarmee ook hoger dan verwacht. Daarnaast is IBB voor de gemiddelde totale overeenstemming van de observatoren met werkervaring met de kindversie van de PsyMot (90,68% voor casus A en 92,37% voor casus B) hoger dan die van de observatoren zonder deze ervaring (85,57% voor casus A en 90,57% voor casus B), zoals verwacht. Een verklaring hiervoor is dat deze observatoren bekend zijn met het instrument en de betekenis van de items en daardoor adequater scoren. Aangezien de IBB hoger is bij observatoren met ervaring met de kindversie van de PsyMot en de opzet en de items hiervan grotendeels overeenkomen met de PsyMot-J, lijkt het opdoen van ervaring met het werken met de PsyMot aan te bevelen ten behoeve van de klinische betrouwbaarheid. In tegenstelling tot de verwachting is de IBB van de observatoren met vijf jaar of meer ervaring in het werken met jeugdigen bij beide casussen lager dan die van observatoren met minder werkervaring. Een verklaring hiervoor is dat meer ervaren observatoren gedrag als minder ernstig scoren omdat gewenning aan het probleemgedrag vertekening van de norm kan veroorzaken.

Concurrente validiteit

Voor de hypothesen betreffende de concurrente validiteit van de PsyMot-J en de probleemschaal 'sociale problemen', alle DSM – schalen en de beide brede band syndromen van de CBCL / YSR werden één significante correlatie gevonden. Cluster C (competentiebeleving) correleert namelijk positief met de DSM-schaal 'affectieve problemen'. Een mogelijke verklaring voor het niet uitkomen van de overige hypothesen zou de geringe grootte van de onderzoeksgroep kunnen zijn. Daarnaast zijn de resultaten van de afname van de PsyMot-J wellicht beïnvloed door de videocamera opnames. Hierdoor neemt de kans op sociaal wenselijk gedrag toe, het zogenaamde Hawthorne effect (Olsen, Verley, Santos & Salas, 2004). Daardoor zouden jeugdigen tijdens de afname van de PsyMot-J met videocamera opnames minder probleemgedrag kunnen laten zien dan het probleemgedrag gescoord met de CBCL en de YSR. De gestructureerde afname van de PsyMot-J kan er eveneens aan bijdragen dat er minder probleemgedrag zichtbaar is en dus minder overeenkomt met probleemgedrag zoals

door ouders, leerkrachten en jeugdigen wordt gerapporteerd . Ten aanzien van de concurrente validiteit wordt dan ook aanbevolen nader onderzoek te doen met een grotere onderzoeksgroep. Tevens kan overwogen worden de concurrente validiteit van de PsyMot-J met andere meetinstrumenten - die de concepten beter representeren - te onderzoeken. Ondanks bovenstaande bevindingen zijn er voor de concurrente validiteit met de CBCL negatieve correlaties gevonden die significant zijn. Cluster B (bewegingsplezier) correleert negatief met de DSM-schaal 'lichamelijke problemen'. Daarnaast correleert cluster D (motoriek) negatief met de DSM-schaal 'lichamelijke problemen'. Een mogelijke verklaring voor bovenstaande bevindingen kan zijn dat ouders minder lichamelijke problemen rapporteren dan gescoord wordt binnen de afname van de PsyMot-J, aangezien de therapeuten die de PsyMot-J afnamen geschoold zijn in het observeren van lichamelijke problemen. Ook cluster E (zelfcontrole) correleert negatief met de DSM-schaal 'lichamelijke problemen'. Gezien het feit dat er bij externaliserende problematiek juist sprake is van een beperkte zelfcontrole (Branje, Doorn, & Valk, 2005; Prins & Oord, 2008), is het niet verrassend dat bij jeugdigen met internaliserende problematiek, waarbij vaak lichamelijke problemen gerapporteerd worden, geen gebrekkige zelfcontrole gezien wordt. Ook wordt bij kinderen met internaliserende problematiek vaak een overmatige zelfcontrole gezien (van der Harten & van Rijn, 2003). Tenslotte correleert cluster G (spel en interactie) negatief met de DSM-schalen 'angstproblemen' en 'lichamelijke problemen' en met het brede band syndroom 'internaliseren'. Gezien het feit dat er bij jeugdigen met externaliserende problematiek juist sprake is van negatieve interactie binnen sport en spel (Breedveld et. al., 2010) valt te verwachten dat de interactie bij jongeren met internaliserende problematiek adequater is. Tevens zijn er significante correlaties gevonden tussen de clusters van de PsyMot-J en de DSM- schalen en brede band syndromen van de YSR. Cluster B (bewegingsplezier) correleert negatief met de DSM-schaal 'lichamelijke problemen'. Een mogelijke verklaring kan zijn dat jeugdigen minder lichamelijke problemen rapporteren en ervaren dan gescoord wordt binnen de afname van de PsyMot-J. Verder correleert cluster E (zelfcontrole) negatief met de DSM-schalen 'affectieve problemen' en 'lichamelijke problemen' en met het brede band syndroom 'internaliseren'. Cluster G (spel en interactie) correleert negatief met de DSM-schaal 'lichamelijke problemen' en met het brede band syndroom 'internaliseren'. Bij beide clusters kunnen dezelfde verklaringen gelden, zoals omschreven bij de correlaties van de clusters met de CBCL.

Over het geheel genomen zijn de psychometrische kwaliteiten van de conceptversie van de PsyMot-J, hoewel niet optimaal, toch hoopgevend. De interne consistentie op clusterniveau is 'acceptable' tot 'excellent' en voor de test in zijn geheel goed. De IBB is voor beide casussen voor zowel de totale gemiddelde overeenstemming als voor de clusterscores afzonderlijk 'good' tot 'excellent'. Meer onderzoek is nodig om betrouwbare uitspraken te doen over de concurrente validiteit tussen de clusters van de PsyMot-J en andere betrouwbare en valide meetinstrumenten die de clusters van de PsyMot-J beter representeren.

Literatuurlijst

- Baarda, D. B. & Goede, P. de (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Houten: Wolters-Noordhoff
- Bartko, W. T., & Eccles, J. S. (2003). Adolescent participation in structured and unstructured activities: A person-oriented analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 233–241.
- Berks, D., & Ooijen, S. van (2007). *Betrouwbaarheid van psychomotorische diagnostiek bij kinderen met psychiatrische problemen*. Amsterdam: Faculty of Human Movement Science, VU University & Master Psychomotorische Therapie, Windesheim.
- Bland, J.M., & Altman D.G. (1997) Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* ;314:572
- Branje, S. J. T., Doorn, M. & Valk, I. (2005). Conflicten in de ouder-adolescentrelatie, conflictoplossing en aanpassing van adolescenten. *Netherlands journal of psychology*, 60(5), 141-152. doi:10.1007/BF03062352
- Breedveld, K., Bruining, J.W., Dorsselaer, S. van, Mombarg, R., & Nootebos W. (2010). *Kinderen met gedragsproblemen en sport*. 's-Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut.
- Broekman, H. & Tusscher, M. ten (2008). *The PsyMot. An investigation of the reliability by using new and specific measures*. Amsterdam: Faculty of Human Movement Science, VU University.
- Cicchetti, D. V., Showalter, D. & Rosenheck, R. (1997). A new method for assessing interexaminer agreement when multiple ratings are made on a single subject: applications to the assessment of neuropsychiatric symptomatology. *Psychiatry research*, 72(1), 51–63.
- Clark, M. R. & Treisman, G. J. (2004). *Pain and depression: an interdisciplinary patient-centered approach*. Karger Publishers.
- Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper Collins.
- Drenth, P. J. D. & Sijsma, K. (2006). *Testtheorie: inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Emck, C. (2011). *Gross motor performance in children with psychiatric conditions*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Emck, C. (2011). *Psymot Addendum Jeugdigen*. Utrecht
- Emck, C., Hammink, M. N. & Bosscher, R. J. (2007). *PsyMot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. 't Web.
- Emck, C. & Sleenwenhoek, J.C. (2005). Beweging in Fomhese. *Symposium, wetenschappelijk tijdschrift Symfona Groep*, 6(2), 5-13.
- Fliers, E., Rommelse, N., Vermeulen, S. H. H. M., Altink, M., Buschgens, C. J. M., Faraone, S. V., Sergeant, J. A., et al. (2007). Motor coordination problems in children and adolescents with ADHD rated by parents and teachers: effects of age and gender. *Journal of Neural Transmission*, 115(2), 211-220. doi:10.1007/s00702-007-0827-0
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Harten, M., van der Rijn, E., van (2003). *Behandelend opvoeden. Groepswork in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Dubois, D. L., & Tevendale, H. D. (1999). Self-esteem in childhood and adolescence: Vaccine or epiphenomenon? *Applied and Preventive Psychology*, 8, 103-117.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48(12), 936–937.
- Jong, Y. de & Klinkenberg, M. (2009). *Reliability of the PsyMot in trained therapists*. Amsterdam: Faculty of Human Movement Science, VU University.
- Kievit, T., Tak, J. A. & Bosch, J. D. (2002). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Centraal Boekhuis.
- Nederlands Instituut van Psychologen. (1999). *YOUTH SELF REPORT, YSR, 1997* *Bewerking van de Youth Self-Report van T.M. Achenbach (1991)*. Cota. Verkregen van <https://www.cotadocumentatie.nl>
- Nederlands Instituut van Psychologen, & Boom test uitgevers. (2010). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland, researchbeschrijving, gedragsvragenlijst voor kinderen, CBCL 4-18*.

- Amsterdam: Cotaan. Verkregen van <https://www.cotandocumentatie.nl>
- Olsen, R., Verley, J., Santos, L. & Salas, C. (2004). What We Teach Students About the Hawthorne Studies: A Review of Content Within a Sample of Introductory I-O and OB Textbooks. *The Industrial-Organizational Psychologist*, 41(3), 23-39.
- Oort, M. van, van 't Land, H. & de Ruiter, C. (2006). *Handleiding voor het gebruik van het screeningsinstrument psychische stoornissen (SPsy) binnen Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Prins, P. & Oord, S. (2008). Stoornissen in de aandacht en impulsregulatie. In P. Prins & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 325-351). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Verkregen van <http://www.springerlink.com/content/m3j630488q43n377/>
- Ritbergen, B. van & Coenen, M. (2010). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de PsyMot bij Licht Verstandelijk Beperkte jongeren*. Zwolle: Master Psychomotorische Therapie, Windesheim.
- Rommelse, N. N. J., Altink, M. E., Fliers, E. A., Martin, N. C., Buschgens, Cathelijne J. M., Hartman, C. A., Buitelaar, Jan K., et al. (2009). Comorbid Problems in ADHD: Degree of Association, Shared Endophenotypes, and Formation of Distinct Subtypes. Implications for a Future DSM. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(6), 793-804. doi:10.1007/s10802-009-9312-6
- Skinner, R. A. & Piek, J. P. (2001). Psychosocial implications of poor motor coordination in children and adolescents. *Human Movement Science*, 20(1-2), 73-94. doi:16/S0167-9457(01)00029-X
- Sijtsma, K. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74, 107-120
- Sterk, M. L. (2011). *Concurrent validity and internal consistency of the Psymot*. Amsterdam: Faculty of Human Movement Science, VU University.
- Streiner D.L. & Norman G.R. (1989) *From Health Measurement Scales A Practical Guide to Their Development and Use*. New York: Oxford University Press (pages 64-65)
- Stokking, K.M. (1989). *Schaalmethoden in gebruik: Likert, Mokken, Rasch*. Utrecht: ISOR.
- University of New England (2000) *Testing the significance of Pearson's r*. Armidale: University of New England. Verkregen van: http://www.une.edu.au/WebStat/unit_materials/c6_common_statistical_tests/test_signif_pearson.html
- Verhulst, F. C., van der Ende, J. & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Afdeling Kinder-en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J. & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder-en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vocht, A. de (2010). *Basishandboek SPSS 18 / druk 1: IBM SPSS Statistics 18*. Utrecht: Bijleveld Press.

Bijlage 1: Jeugdversie van de PsyMot

PSYMot ADDENDUM JEUGDIGEN

CONCEPTVERSIE JULI 2011

De PsyMot jeugdversie is ontwikkeld door de werkveldgroep kinder- en jeugdpsychiatrie van de Nederlandse vereniging voor Psychomotorische therapie, te weten:
Claudia Emck (eindredactie), Caroline Houben, Mienke Norder, Hanneke Sleeuwenhoek, Charlotte Smit, Maurits Uijting, & Rene de Weerd.

Deze versie mag alleen gebruikt worden met toestemming van de auteurs.

Correspondentie en informatie: Claudia Emck, email c.emck@vu.nl , GSM 0613962599

Bijlage 2: Omschrijving van de clusters behandeldoelstellingen (Emck, C., Hammink, M. N. & Bosscher, R. J., 2007)

A: Lichaamsacceptatie

Het ontwikkelen van positieve lichaamsbeleving, het bevorderen van contact met het eigen lichaam, het versterken van het lichaamsgevoel en het lichaamsbewustzijn, het tegengaan van somatisering. Hierbij gaat het vooral om het gevoelsmatige contact met het eigen lichaam, dat mogelijk niet goed tot ontwikkeling is gekomen of dat, bijvoorbeeld door negatieve ervaringen, moeilijk toegankelijk is voor de jeugdige. Ook kan het zijn dat de jeugdige lichamelijke gevoelens en sensaties verkeerd interpreteert of moeilijk kan verdragen. Het stilstaan bij lichamelijke gevoelens, het waarnemen en bewust worden hiervan, evenals het accepteren en interpreteren van dit gevoel, behoren alle tot dit cluster.

Potentiële doelgroepen: angststoornis, somatoforme stoornis, eetstoornis.

B Bewegingsplezier

Het motiveren tot actieve deelname, het verminderen van angstgevoelens, het stimuleren van het gevoel van veiligheid en ontspanning. Dit cluster behandeldoelstelling is erop gericht de jeugdige (weer) te laten deelnemen aan bewegingssituaties, zodat positieve lichaams- en bewegingservaring opgedaan kunnen worden. Er wordt beoogd vermijding van bewegingssituaties te doorbreken, bewegingsangst te reduceren, lichaamsspanning te verminderen en bewegingsplezier te bevorderen. Daarmee kan tevens de basis gelegd worden voor het ontwikkelen van een adequate, positieve motorische competentiebeleving (zie cluster C).

Potentiële doelgroepen: angststoornis, depressie/ dystymie, eetstoornis, hechtingsstoornis, pervasieve ontwikkelingsstoornis (PDD), coördinatie ontwikkelingsstoornis (DCD), psychotische stoornis.

C Competentiebeleving

Het ontdekken van de eigen motorische mogelijkheden en verbeteren van de kennis hiervan. De doelstelling behorende bij dit cluster zijn erop gericht de jeugdige een adequaat beeld van zijn eigen bewegingsmogelijkheden te laten ontwikkelen en dragen hiermee bij aan het ontwikkelen van een realistisch zelfbeeld. Het kan ook gaan om het bijstellen of het corrigeren van een onrealistisch beeld van het eigen lichaam en bewegingsmogelijkheden, zoals bij een onrealistisch hoge of juist lage motorische competentiebeleving.

Potentiële doelgroepen: PDD, DCD, aandachtstekort/ hyperactiviteit stoornis (ADHD), oppositionele stoornis (ODD), gedragsstoornis (CD), stemmingsstoornis, angststoornis, eetstoornis, psychotische stoornis.

D Motoriek

Het verbeteren van de grofmotorische vaardigheid (te onderscheiden in verplaatsings- en objectcontrole vaardigheden), het ontwikkelen van ruimtelijke en lichaam oriëntatie en stimuleren van sensomotorische ontwikkeling. Dit indicatiegebied wordt ook door fysiotherapeuten, ergotherapeuten en motorisch remedial teachers verzorgd. Wanneer de motorische achterstand echter sterk verbonden is met doelstelling in een van de andere clusters is dit een reden om dit in PMT op te nemen. In andere gevallen ligt het meer voor de hand te verwijzen naar fysio- of ergotherapie of de jeugdige aan te melden voor motorische remedial teaching of speciale bewegingsprojecten zoals ClubExtra van de Nederlandse Bond voor Aangepaste Sporten.

Potentiële doelgroepen: PDD, DCD, ADHD, hechtingsstoornis, angststoornis.

E Zelfcontrole

Grip krijgen op de impulsiviteit, reguleren van de energie, verbeteren van de zelfbeheersing, bevorderen van het concentratievermogen, versterken van de frustratietolerantie en de zelfstandigheid. In dit cluster staat de zelf- en gedragsregulatie van de jeugdige centraal. Het gaat er hierbij om dat de jeugdige grip krijgt op zijn impulsen, gevoelens en gedrag, meer sturing aan zichzelf en zijn handelingen kan geven en leeftijdsadequate coping-strategieën leert hanteren. Daarmee wordt beoogd dat het kind minder in botsing komt met zijn omgeving. Op concreet niveau kan het hierbij gaan om het beter leren omgaan met lukken en mislukken, winnen en verliezen en dergelijke.

Potentiële doelgroepen: PDD (MCDD), ADHD, ODD, CD, psychotische stoornis.

F Zelfvertrouwen

Aanleren van assertiviteit, stimuleren van expressiviteit en spontaniteit en het leren uiten van emoties. De doelstelling in dit cluster zijn erop gericht om jeugdigen die neigen naar internaliserend gedrag c.q. geremd zijn in gedrag en beweging, te helpen om meer naar buiten te treden. Daarbij kan het gaan om het aanleren van vaardigheden op gedragsniveau, zoals het voor zichzelf opkomen en weerbaarheid ontwikkelen. Ook het zich zekerder gaan voelen en zich vrijer gaan bewegen kan hier een onderdeel van zijn, evenals het ontwikkelen van een positieve lichaamsattitude.

Potentiële doelgroepen: depressie/ dysthymie, angststoornis, somatoforme stoornis, eetstoornis.

G Spel en interactie

Stimuleren van sociaal gedrag, leren aangaan en onderhouden van interacties met leeftijdgenoten en volwassenen. In dit cluster gaat het primair om het ontwikkelen van adequaat (bewegings-) gedrag in interactie met leeftijdgenoten. Onderdelen daarvan kunnen bijvoorbeeld zijn het leren afstemmen op andere jeugdigen, coöperatief samenspelen, sportief tegenspel bieden waarbij ook rekening wordt gehouden met anderen.

Daarnaast kunnen ook doelstelling geformuleerd worden waarbij de interactie met volwassenen centraal staat.

Potentiële doelgroepen: PDD, ADHD, ODD, CD.

Bijlage 3: Informatiebrief jeugdigen met 'informed consent'

Aan: Ouders / verzorgers van de jongeren die aangemeld zijn voor diagnostiek bij de psychomotorische therapie.

Betreft: Informatie over het onderzoek naar psychomotorisch functioneren van kinderen en het geven van toestemming middels een informed consent.

Informatie onderzoek:

Op het UMC Utrecht, afdeling kinder- & jeugdpsychiatrie, afdeling Acut en Algemeenvindt een onderzoek plaats naar psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling bij jeugdigen van 12-18 jaar met het instrument PsyMot voor jeugdigen. Dit gebeurt in samenwerking met de opleiding Master Psychomotorische Therapie (PMT) van Hogeschool Windesheim in Zwolle.

Het doel van het onderzoek is het vaststellen of de PsyMot goede en betrouwbare gegevensverschafft.

Voor dit onderzoek worden er bij jeugdigen van 12-18 jaar psychomotorische observaties gedaan met dit instrument. Deze observatiemethode stoelt op het instrument voor kinderen van 6-12 jaar dat reeds gebruikt wordt in de praktijk en de ervaring van psychomotorisch therapeuten. De afname van dit instrument bevat een groepsessie, een vragenlijst en een individuele sessie. Na afname zullen de observatiegegevens van uw kind verwerkt worden en in een verslag beschreven worden.

Voor het onderzoek worden er tevens video-opnames gemaakt van de afname van PsyMot. Deze video-opnames en de vragenlijsten worden door, in de PsyMot getrainde, psychomotorisch therapeuten bekeken en beoordeeld. Daarna worden deze en de observatiegegevens verwerkt en gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en kan er een uitspraak gedaan worden over de kwaliteit van het instrument.

Alle ingevoerde gegevens binnen het onderzoek zullen anoniem genoteerd worden. Dit om de privacy van uw kind te waarborgen. Bovenstaande observatoren hebben geheimhoudingsplicht. Van het videomateriaal worden geen kopieën gemaakt. De video van uw kind wordt tot het einde van het onderzoek bewaard en daarna vernietigd.

U kunt op het toestemmingsformulier, het informed consent, aangeven of u akkoord gaat. Uw beslissing zal in geen geval invloed hebben op de diagnostiek en behandeling van uw kind.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u terecht bij Albertine de Haan, psychomotorisch therapeut.

Met vriendelijke groet,

Albertine de Haan
UMC Utrecht
Kinder- & Jeugdpsychiatrie, zorglijn Acut en Algemeen
Telefoonnummer: 088-7556018
e-mail: a.haan-3@umcutrecht.nl

Informed consent:

Hierbij bevestig ik dat ik de informatiebrief over het onderzoek heb ontvangen en gelezen.

In het kader van de behandeling van mijn kind, ga ik, als wettelijke vertegenwoordiger, ermee akkoord dat de psychomotorisch therapeut van het UMC Utrecht, afdeling kinder- & jeugdpsychiatrie, de observatiegegevens verzamelt op een voor psychomotorische therapie ontwikkelde vragenlijst en dat de psychomotorisch therapeut video-opnamen maakt van de observatiebijeenkomsten. Ik geef tevens toestemming om de gegevens te verwerken voor de doelen zoals beschreven in de informatiebrief.

Mocht u zich tussentijds willen terugtrekken uit het onderzoek, dan kunt u dat aangeven. Het verzamelde materiaal wordt dan direct vernietigd.

Hierbij verklaart ondergetekende het bovenstaande te hebben begrepen en in te stemmen met het gestelde.

Naam ouder(s)/ verzorger(s) :
Naam jeugdige :
Datum :
Plaats :

Handtekening :

Aan: Ouders / verzorgers van de jongeren die aangemeld zijn voor diagnostiek bij de psychomotorische therapie.

Betreft: Informatie over het onderzoek naar psychomotorisch functioneren van kinderen en het geven van toestemming middels een informed consent.

Informatie onderzoek:

Op De Jutters, kinder- & jeugdpsychiatrie te Den Haag vindt een onderzoek plaats naar psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling bij jeugdigen van 12-18 jaar met het instrument PsyMot voor jeugdigen. Dit gebeurt in samenwerking met de opleiding Master Psychomotorische Therapie (PMT) van Hogeschool Windesheim in Zwolle.

Het doel van het onderzoek is het vaststellen of de PsyMot goede en betrouwbare gegevensverschaft.

Voor dit onderzoek worden er bij jeugdigen van 12-18 jaar psychomotorische observaties gedaan met dit instrument. Deze observatiemethode stoelt op het instrument voor kinderen van 6-12 jaar dat reeds gebruikt wordt in de praktijk en de ervaring van psychomotorisch therapeuten. De afname van dit instrument bevat een groepssessie, een vragenlijst en een individuele sessie. Na afname zullen de observatiegegevens van uw kind verwerkt worden en in een verslag beschreven worden.

Voor het onderzoek worden er tevens video-opnames gemaakt van de afname van PsyMot. Deze video-opnames en de vragenlijsten worden door, in de PsyMot getrainde, psychomotorisch therapeuten bekeken en beoordeeld. Daarna worden deze en de observatiegegevens verwerkt en gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en kan er een uitspraak gedaan worden over de kwaliteit van het instrument.

Alle ingevoerde gegevens binnen het onderzoek zullen anoniem genoteerd worden. Dit om de privacy van uw kind te waarborgen. Bovenstaande observatoren hebben geheimhoudingsplicht. Van het videomateriaal worden geen kopieën gemaakt. De video van uw kind wordt tot het einde van het onderzoek bewaard en daarna vernietigd.

U kunt op het toestemmingsformulier, het informed consent, aangeven of u akkoord gaat. Uw beslissing zal in geen geval invloed hebben op de diagnostiek en behandeling van uw kind.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u terecht bij Edwin van der Does, psychomotorisch therapeut.

Met vriendelijke groet,

Edwin van der Does
De Jutters, Kinder- & Jeugdpsychiatrie
Telefoonnummer: 070 - 8507947
e-mail: e.vanderdoes@dejutters.com

Informed consent:

Hierbij bevestig ik dat ik de informatiebrief over het onderzoek heb ontvangen en gelezen.

In het kader van de behandeling van mijn kind, ga ik, als wettelijke vertegenwoordiger, ermee akkoord dat de psychomotorisch therapeut van De Jutters, kinder- & jeugdpsychiatrie, de observatiegegevens verzamelt op een voor psychomotorische therapie ontwikkelde vragenlijst en dat de psychomotorisch therapeut video-opnamen maakt van de observatiebijeenkomsten. Ik geef tevens toestemming om de gegevens te verwerken voor de doelen zoals beschreven in de informatiebrief.

Mocht u zich tussentijds willen terugtrekken uit het onderzoek, dan kunt u dat aangeven. Het verzamelde materiaal wordt dan direct vernietigd.

Hierbij verklaart ondergetekende het bovenstaande te hebben begrepen en in te stemmen met hetgestelde.

Naam ouder(s)/ verzorger(s) :
Naam jeugdige :
Datum :
Plaats :

Handtekening :

Bijlage 4: Uitnodiging deelname interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met toestemmingsformulier

20 september 2011

Betreft: Onderzoek naar de PsyMot-J.

Geachte collegae,

Middels deze brief informeren wij u graag over ons onderzoek naar de PsyMot-J. Wij nodigen u uit om aan dit onderzoek deel te nemen.

In het kader van onze opleiding Master Psychomotorische therapie doen wij onderzoek naar de interne consistentie, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de concurrent validiteit van de PsyMot-J. Voor het onderzoeken van deze psychometrische eigenschappen is het van belang dat meerdere PMT-ers de PsyMot bij dezelfde cliënten scoren. Met deze scoringsgegevens onderzoeken wij in hoeverre de scores van de verschillende beoordelaars met elkaar overeenkomen en kunnen wij uitspraken doen over de betrouwbaarheid van het instrument. Hiermee willen wij het gebruik van dit instrument in de klinische praktijk verantwoorden.

Wat vragen wij van u?

Wij vragen u de dvd van twee afnamen van de PsyMot te bekijken, deze te scoren en het gegevensformulier in te vullen. Hiertoe zullen wij de materialen die hiervoor nodig zijn naar u toe sturen. De totale tijdsinvestering van uw kant zal ongeveer 6 uur zijn. Vanzelfsprekend worden alle gegevens geanonimiseerd om zo de privacy te garanderen.

Hoe doet u mee?

Indien u uw medewerking wilt verlenen aan ons onderzoek, kunt u het bijgevoegde toestemmingsformulier invullen en ondertekend naar ons retourneren. Na ontvangst sturen wij u het nodige testmateriaal begeleid met een informatiebrief waarin nadere uitleg over de procedure zal worden gegeven. Zou u het toestemmingsformulier binnen één week aan ons willen retourneren? Dit kan ingescand per e-mail, of per post naar het volgende adres: barbaravermeulen@yahoo.co.uk

Barbara Vermeulen, F.C. Dondersstraat 44 bis, 3572 JK, Utrecht

Wij hopen op uw medewerking in ons onderzoek. Indien u opmerkingen of vragen heeft, neemt u dan gerust contact met ons op via onderstaande contactgegevens.

Met vriendelijk groet,

Edwin van der Does: edwinvanderdoes@hotmail.com

Barbara Vermeulen: barbaravermeulen@yahoo.co.uk

Albertine de Haan: albertinedehaan@gmail.com

TOESTEMMINGSFORMULIER

Hierbij verklaart ondergetekende de informatie over het onderzoekte hebben begrepen. Eventuele vragen over het onderzoek zijn naar tevredenheid beantwoord. Ondergetekende stemt in met het gebruik van descoringgegevens van de PsyMot ten behoeve van het onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de PsyMot-J.

IK GEEF **WEL / GEEN** TOESTEMMING VOOR DEELNAME AAN HET ONDERZOEK NAAR DE JEUGDVERSIE VAN DE PSYMOT.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 5: Handleiding scoren observatoren

01 november 2011-11-01

Betreft: Onderzoek naar de PsyMot-J.

Geachte collegae,

Middels deze brief willen wij u hartelijk bedanken dat u toestemming heeft gegeven voor deelname aan ons onderzoek naar de PsyMot-J.

Wij sturen u zoals eerder aangegeven de testmaterialen met uitleg. Mocht u hierover nog vragen hebben dan horen wij dat graag,

Vriendelijke groeten,

Albertine de Haan, Edwin van der Does en Barbara Vermeulen.

Het instrument

De PsyMot-J(Emck, 2011) is ontwikkeld op basis van de kindversie van de PsyMot, literatuurstudie en overleg met een expertpanel. De PsyMot-J is bedoeld voor jongeren in de leeftijd van twaalf tot achttien jaar en bestaat uit een groepsessie van idealiter drie jeugdigen gevolgd door een individuele sessie. Na de groepsessie krijgt de jeugdige een vragenlijst mee die ingevuld en ingeleverd moet zijn voor de individuele sessie.

De scoring

Er zal worden gescoord op een scoringsformulier volgens de procedure van de jeugdversie van de Psymot die bestaat uit 67 items, verdeeld over zeven clusters (A-G). Deze scoring zal plaatsvinden middels een score op een vijfpuntsschaal. Waarbij score 0 staat voor geen problemen, en score 4 voor het feit dat de problemen zo groot zijn dat ze het functioneren van het kind volledig bepalen. Er wordt gescoord op de items aan de hand van videobeelden gemaakt tijdens de afnameprocedure.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB)procedure

Na toestemming observator middels toestemmingsformulier worden de volgende testmaterialen naar de betreffende observator digitaal verzonden:

- Link: [Google Docs](#) waar u het beeldmateriaal vindt. Gebruikersnaam: psymotjeugd@gmail.com, Wachtwoord: wordt in aparte mail verstuurd.
- Bijlage 1: scoringsformuliervoor casus A
- Bijlage 2: scoringsformuliervoor casus B

- Bijlage 3: vragenlijst van casus A
- Bijlage 4: vragenlijst van casus B
- Bijlage 5: Gegevensformulierobservator IBB
- Bijlage 6: Uitleg items

De observatoren zullen van twee cliënten een video-opname van de afname van de PsyMot-J bekijken. Deze sessies zijn door een psychomotorisch therapeut die bekend is met de kind- en PsyMot-J afgenomen zoals de handleiding dit voorschrijft. Voorafgaand aan het bekijken van de tweede sessie zullen de observatoren de door de jeugdige ingevulde vragenlijst lezen en meenemen in hun scoring. De observatoren zullen aaneensluitend één volledige sessie kijken, waarna zij de PsyMot Jeugd zullen scoren. Dit geldt voor beide sessies. De observatoren zullen zelf bepalen waar ze deze video-opnamen gaan bekijken. Zij mogen onderling niet overleggen. Voorafgaand aan de video-opname hebben zowel de therapeuten als de twee cliënten toestemming verleent voor deelname aan het onderzoek middels een 'informed consent'.

STAPPENPLAN VOOR OBSERVATOREN BIJ IBB PROCEDURE

- **U opent de via de link de toegestuurde video online.** Het is absoluut niet toegestaan dit video materiaal te downloaden of te gebruiken voor andere doeleinden.
- **U krijgt video materiaal van twee casussen te zien; cliënt A en cliënt B.**
- **Gemiddeld duurt een casus 2 uur.**
- **Het digitaal scoren neemt per casus normaliter 20 minuten in beslag.**
- **U mag zelf bepalen waar u deze casus kijkt en met wie.** Het is niet toegestaan onderling te overleggen.
- **U opent de videobeelden van de individuele sessie van cliënt A zodat u ziet wie u tijdens de groepssessie moet scoren.**
- **U begint met het kijken van sessie 1 (de groepssessie).**
- **Na de groepssessie leest u de vragenlijst, deze informatie neemt u mee bij de scoring na de tweede sessie.**

- De vragenlijst mag u nogmaals bekijken.
- U kijkt de sessies aaneengesloten, na elke sessie zet u het beeld stop en scoort u de items digitaal in het bijgevoegde Excel bestand.
- U vult op het scoreformulier een 0, 1, 2, 3 of een 4 in bij de betreffende items.

Daarbij geldt dat:

0= Geen stoornis of beperking (geen, afwezig, verwaarloosbaar)

1= Lichte stoornis of beperking (gering, laag)

2= Matige stoornis of beperking (tamelijk)

3= Ernstige stoornis of beperking (aanzienlijk, hoog)

4= Volledige stoornis of beperking (totaal)

Bij de items 32, 33, 47, 58 en 59 moet u scoren of het om internaliserende dan wel externaliserende problematiek gaat.

De Items 64 t/m 67 hoeft u niet te scoren zij vallen buiten ons onderzoek.

Bij item 24 moet u scoren of het gaat om overgewicht dan wel ondergewicht.

- Voor het bekijken van het videomateriaal van de afname van de PsyMot-J van cliënt B volgt u dezelfde procedure zoals hierboven omschreven betreft cliënt A.
- Na invullen slaat u het Excel scoringsformulier op zodat u het als bijlage kunt terugsturen.
- U vult op het gegevensformulier observator IBB uw eigen gegevens in en slaat ook dit op.
- U retourneert de 3 ingevulde documenten binnen drie weken na ontvangst naar mail adres: vermeulenbarbara@yahoo.co.uk
- Bij het toekennen van een score mag u, Bijlage 6: Uitleg items, raadplegen.

Gegevensformulier beoordelaar

Naam beoordelaar : _____

Geboortedatum : _____

☐ Man

☐ Vrouw

Jaren ervaring als psychomotorisch therapeut (PMTer) *:

☐ tot 2,5 jaar ervaring

☐ 2,5 tot 5 jaar ervaring

☐ 5 tot 7,5 jaar ervaring

☐ 7,5 tot 10 jaar ervaring

☐ Meer dan 10 jaar ervaring

Jaren ervaring als PMTer in het werken met jeugdigen (leeftijd 12-18 jaar) *:

☐ tot 2,5 jaar ervaring

☐ 2,5 tot 5 jaar ervaring

☐ 5 tot 7,5 jaar ervaring

☐ 7,5 tot 10 jaar ervaring

☐ Meer dan 10 jaar ervaring

Genoten opleiding **:

☐ HBO Psychomotorische Therapie (PMT)

☐ HBO Academie lichamelijke opvoeding

☐ HBO Fysiotherapie

☐ Psychomotorische Kindertherapie

- ☐ Danstherapie
- ☐ WO PMT (Faculteit Bewegingswetenschappen)
- ☐ VO PMT
- ☐ Master PMT
- ☐ Andere Opleiding, namelijk: _____

Ervaring in het werken met de kindversie van de PsyMot *:

- ☐ Geen ervaring
- ☐ Geringe ervaring (tot 1 jaar ervaring)
- ☐ Redelijke ervaring (1 tot 3 jaar ervaring)
- ☐ Veel ervaring (3 of meer jaren ervaring)

* Graag aankruisen wat van toepassing is.

** Meerdere opties mogelijk.

