

PDI-A

De ontwikkeling van een Psychomotorisch Diagnostisch Instrument met betrekking tot Agressieproblematiek

Moeneke Nijkamp

Marjet Ekhart

Pim Hoek

Barry Reijs

Opleiding : Master Psychomotorische Therapie
Begeleiding : drs. C. Emck
Datum : januari 2010

PDI-A

De ontwikkeling van een Psychomotorisch Diagnostisch Instrument met betrekking tot Agressieproblematiek

Moeneke Nijkamp, Marjet Ekhart, Pim Hoek & Barry Reijs

Samenvatting

In dit onderzoek werd een Psychomotorisch Diagnostisch Instrument met betrekking tot agressieproblematiek ontwikkeld, het PDI-A genaamd. Het onderzoek bestond uit drie opeenvolgende fasen.

In fase een werd literatuuronderzoek gedaan op het gebied van agressie, diagnostiek en psychomotorische therapie. Op basis hiervan werd een theoretisch kader geformuleerd en zijn door de onderzoeksleden, die fungeerden als expert-panel, drie clusters geformuleerd die een indicatie geven van mogelijke probleemgebieden bij agressieproblematiek, te weten; *Lichaamsbewustzijn*, *Regulatie vaardigheden*, en *Communicatie & interactie*. In fase twee werd middels mixed design onderzoek een hanteerbaar diagnostisch instrument ontwikkeld met passende activiteiten, scoringswijze, afname procedure, scoringsformulieren en behandelindicaties. Van dit instrument werd in fase 3 middels kwantitatief onderzoek de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nader bekeken. Tevens werd de concurrente validiteit van de clusters *Lichaamsbewustzijn* en *Communicatie & interactie* onderzocht met behulp van passende vragenlijsten.

Dit onderzoek heeft geleid tot een praktisch instrument voor de klinische praktijk wat richting kan geven aan de behandeling van agressieproblematiek. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd goed bevonden en de eerste resultaten op het gebied van de concurrente validiteit zijn hoopgevend. Kwantitatief onderzoek met een grotere onderzoekspopulatie wordt aanbevolen om meer zicht te krijgen op de psychometrische eigenschappen en de inhoud van het PDI-A.

Aanleiding en relevantie van het onderzoek

Binnen de forensische psychiatrie krijgen psychomotorisch therapeuten (PMT-ers) vaak te maken met patiënten met agressieproblematiek. Het beoogde doel van de behandeling binnen de forensische psychiatrie is naast het bewerken van de psychosociale en psychiatrische problematiek, het beschermen van de maatschappij (Expertise centrum Forensische Psychiatrie, 2002). De psychomotorische therapie (PMT) biedt bij uitstek mogelijkheden om patiënten op een ervaringsgerichte wijze zicht te laten krijgen op hun gedrag en te oefenen met gedragsalternatieven. Daarmee draagt de PMT bij aan de behandeling binnen de forensische psychiatrie.

PMT-ers worden vanwege hun vakspecifieke bijdrage vaak ingezet bij de behandeling van agressieproblematiek, maar ook steeds vaker bij de indicatiestelling, observatie en diagnostiek hiervan. Er is voorafgaand aan dit onderzoek een enquête gehouden onder 34 PMT-ers die werkzaam zijn binnen de forensische psychiatrie (Nijkamp 2008, bijlage 1). De uitkomsten hiervan geven een indicatie van de wijze waarop PMT-ers in het forensische werkveld diagnostiek verrichten. Dit is gebruikt als inspiratiebron voor het opzetten van een diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek.

In toenemende mate wordt van PMT-ers gevraagd om “evidence based” te handelen, zo ook op het gebied van de diagnostiek (Emck, 2007). Dit onderzoek wil tegemoet komen aan de wens van PMT-ers om op valide en betrouwbare wijze psychomotorisch diagnostisch onderzoek te verrichten op het

gebied van agressieproblematiek. Vanuit deze aanleiding is het idee ontstaan om te komen tot een Psychomotorisch Diagnostisch Instrument met betrekking tot Agressieproblematiek, het PDI-A.

Inleiding

In dit onderzoeksverslag wordt omschreven hoe het PDI-A middels multi-method onderzoek is ontwikkeld in 3 opeenvolgende fasen; literatuur-, mixed design- en kwantitatief onderzoek.

De onderzoeksvragen die centraal stonden waren:

1. Wat is volgens de literatuur relevant voor het ontwikkelen van een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek? (Fase 1, literatuur onderzoek)
2. Wat is volgens de literatuur relevant voor het beschrijven van clusters die binnen een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek zichtbaar en/of ervaarbaar gemaakt kunnen worden? (Fase 1, literatuur onderzoek)
3. Welke deelaspecten van agressie zijn relevant om op te nemen in het PDI-A? (Fase 2, mixed design onderzoek)
4. Hoe kunnen de gekozen items verwerkt worden in het PDI-A? (Fase 2, mixed design onderzoek)
5. In hoeverre levert het PDI-A scores op met een voldoende mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid? (Fase 3, kwantitatief onderzoek)
6. In hoeverre leveren de scores op het PDI-A een valide indicatie met betrekking tot agressieproblematiek op? (Fase 3, kwantitatief onderzoek)

In het eerste deel van dit verslag worden de resultaten van de literatuurstudie besproken in vier deelgebieden. Vanuit de gevonden literatuur zijn door de leden van de onderzoeksgroep, die hierbij fungeerden als expert-panel, drie clusters beschreven die gebruikt worden als pijlers binnen het Psychomotorisch Diagnostisch Instrument met betrekking tot Agressieproblematiek (PDI-A).

In het tweede deel wordt beschreven op welke wijze er een selectie is gemaakt van relevante items voor een psychomotorisch diagnostisch instrument.

Vervolgens wordt er beschreven op welke wijze de geselecteerde items geoperationaliseerd zijn en op welke manier deze items naar voren komen binnen het PDI-A.

In het derde deel wordt beschreven wat de eerste resultaten zijn van kwantitatief onderzoek naar dit instrument. Dit kan gezien worden als een eerste test naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en concurrente validiteit van het PDI-A.

Fase 1: Literatuur onderzoek

Inleiding

In de eerste fase van het onderzoek heeft zich gericht op het beantwoorden van de volgende vraag:

- Wat is volgens de literatuur relevant voor het ontwikkelen van een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek?
- Wat is volgens de literatuur relevant voor het beschrijven van clusters die binnen een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek zichtbaar en/of ervaarbaar gemaakt kunnen worden?

In de beschrijving wat volgens de literatuur relevant is voor de ontwikkeling van een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek (deelvraag 1), worden vier deelgebieden onderscheiden:

- Theoretisch kader van agressie
- Agressie en diagnostiek
- Agressie en PMT
- PMT en diagnostiek

Vanuit de literatuurstudie op deze vier deelgebieden zijn drie clusters geformuleerd die binnen een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek zichtbaar en/of ervaarbaar gemaakt kunnen worden (deelvraag 2). Naar deze onderstaande clusters is verdere gerichte literatuurstudie gedaan:

- Lichaamsbewustzijn
- Regulatie vaardigheden
- Communicatie & interactie

Methode

A. Deelvraag 1: Literatuur deelgebieden

Zoekstrategie

Er is een oriënterende literatuurstudie gedaan op de volgende vier deelgebieden:

- Theoretisch kader van agressie
- Agressie en diagnostiek
- Agressie en PMT
- PMT en diagnostiek

Gebruikte databases

- Digitale bibliotheek universiteit Leiden, digitale bibliotheek hogeschool Windesheim
- De Nederlandse onderzoeksdatabase (NOD), Google Scholar, Google Books, doc online, Pubmed, Science Direct, Psychinfo, Web of Science.

Gebruikte zoekwoorden

In het Engels: "aggression, violence, offenders, prisoners, anger, body-awareness, body-oriented, body, body-language, embodiment, regulation, impulsiveness, sense, social skills, forensic psychiatry, psycho-motor therapy, observation, test, questionnaire, measures, risk taxation, biopsychosocial, treatment, intervention".

In het Nederlands, aanvullingen op de Engelse zoekwoorden: “diagnostiek, PMT, Psychomotorische therapie, vaktherapie, lichaamsbeleving, lichaamsbewustzijn, lichaamstaal,”.

Periode waarover gezocht is

Er is gekozen om qua periode geen beperkingen te hanteren bij de literatuurstudie, aangezien voor het vormen van een theoretisch model van agressie, informatie over langere perioden relevant kan zijn. Echter is er wel kritisch gekeken naar de relevantie van literatuur daterend van voor 1990.

Inclusiecriteria

Literatuur is meegenomen in het onderzoek indien er sprake is van bruikbare informatie voor het vormen van een theoretisch kader van agressie, op het gebied van observatie diagnostiek en/of de koppeling tussen agressie en psychomotorische aspecten. Literatuur wordt gescreend op basis van titel en abstract.

Exclusiecriteria

Indien er vanuit een referentiekader wordt geschreven dat niet geïntegreerd kan worden met het biopsychosociaal model, wordt deze literatuur niet opgenomen.

Destructief gedrag gericht op het zelf wordt ook wel “naar binnen gerichte agressie” genoemd. Voorbeelden hiervan zijn automutilatie, suïcide en uithongeren (Bond, 1992). Hoewel dit aandachtsgebied van groot belang is, wordt het voor dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Tevens wordt literatuur op het gebied van constructieve agressie buiten beschouwing gelaten.

B. Deelvraag 2: Literatuur clusters

Vanuit de literatuur binnen de deelgebieden zijn er door de leden van de onderzoeksgroep, die hierbij fungeerden als expert-panel, drie clusters geformuleerd die deelaspecten van agressie binnen de PMT representeren.

Hierbij zijn de huidige speerpunten binnen PMT- behandelingen en modules voor agressieproblematiek die ondersteund worden door literatuur richtinggevend geweest. Tevens zijn de clusters zo vormgegeven dat thema's die vanuit de praktijk bij de observatie van agressieproblematiek belangrijk worden gevonden, terug komen binnen de clusters. Hiervoor is ook een enquête onder de forensische PMT-ers gebruikt.

Op basis van deze informatie en op de expert opinion van de onderzoeksleden zijn de volgende drie cluster geformuleerd voor de operationalisatie van een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek.

- Lichaamsbewustzijn
- Regulatie vaardigheden
- Communicatie & interactie

Zoekstrategie

Voor het selecteren van literatuur is er een link gelegd naar de betekenis voor de klinische praktijk om de relevantie te bepalen. Er is een gerichte literatuurstudie gedaan naar de drie bovenstaande clusters.

Gebruikte databases

- Digitale bibliotheek universiteit Leiden, digitale bibliotheek hogeschool Windesheim
- De Nederlandse onderzoeksdatabank (NOD), Google Scholar, Google Books, doc online, Pubmed, Science Direct, Psychinfo, Web of Science.

Gebruikte zoekwoorden

In het Engels: “aggression, body-awareness, body-oriented, body, body-language, perception, embodiment, regulation, impulsiveness, impulsivity, emotions, sense, social skills”

In het Nederlands, aanvullingen op de Engelse zoekwoorden: “lichaamsbeleving, lichaamsbewustzijn, lichaamstaal, spanningsregulatie, emotieregulatie”.

Er is gebruik gemaakt van de * functie voor het meenemen van verbasteringen en bovenstaande zoekwoorden zijn onderling met elkaar gecombineerd middels de AND/OF functie.

Periode waarover is gezocht

Er is gekozen om qua periode geen beperkingen te hanteren bij de literatuurstudie. Dit aangezien informatie met betrekking tot de clusters van agressie in de PMT over langere perioden relevant kan zijn. Echter is er wel kritisch gekeken naar de relevantie van literatuur daterend van voor 1990.

Inclusiecriteria

Literatuur is meegenomen indien het relevant was voor agressieproblematiek binnen de gevormde clusters lichaamsbewustzijn, regulatie vaardigheden en communicatie en interactie.

Exclusiecriteria

Indien de literatuur geen betrekking had tot de drie clusters, werd deze niet meegenomen.

Indien er vanuit een referentiekader wordt geschreven dat niet geïntegreerd kan worden met het biopsychosociaal model, wordt deze literatuur ook niet opgenomen.

Resultaten

A. Deelvraag 1: Literatuur deelgebieden

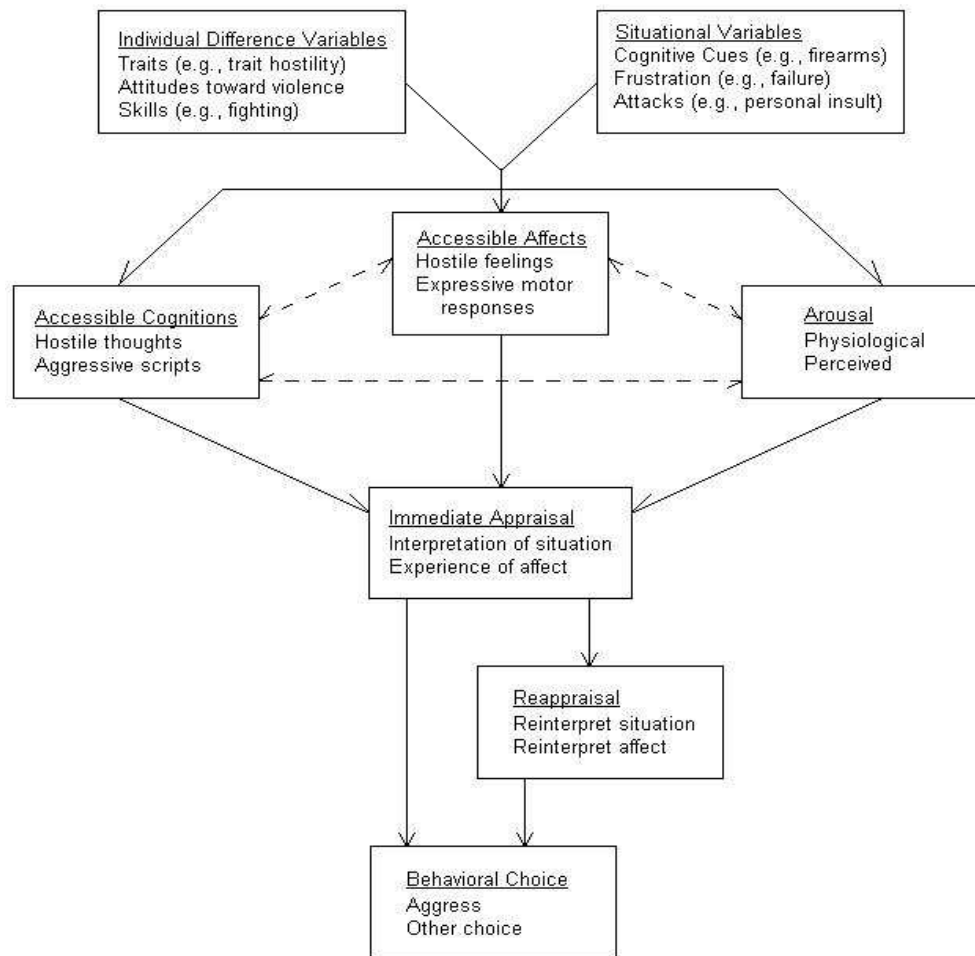
Er zijn 9 artikelen en/of boeken geselecteerd die relevant waren voor het theoretische kader van agressie. Er zijn 11 artikelen, vragenlijsten en/of boeken geselecteerd die relevant waren voor agressie en diagnostiek. Met betrekking tot agressie en PMT zijn 10 artikelen en/of boeken geselecteerd die relevant waren en er zijn 10 artikelen en/of boeken geselecteerd die relevant zijn voor PMT en diagnostiek.

Theoretisch kader agressie

Het concept agressie omvat in het dagelijks taalgebruik veel overlappende aspecten als vijandigheid, boosheid, impulsiviteit en irritatie. Deze aspecten hebben vaak invloed op het ontstaan van agressief gedrag, maar dekken afzonderlijk niet de gehele lading van het begrip agressie. Hoewel het dus van elkaar te onderscheiden constructen zijn (Averill, 1982; Buss & Perry, 1992; Seroczynski, Bergman & Coracco, 1999), worden ze vaak onder dezelfde noemer gebruikt. Hierdoor ontstaat verwarring en tevens de noodzaak om begrippen af te kaderen. Zo is vijandigheid een attitude, boosheid en irritatie zijn emoties, impulsiviteit is de drive om te handelen en agressie is het eindproduct. Agressie wordt dus gezien als het eindproduct van een proces.

De stappen in dit proces worden helder uiteengezet in het *General Affective Aggression Model* van Anderson, Anderson en Deuser (Anderson, Anderson & Deuser, 1996). Hierin wordt duidelijk dat verschillende aspecten, zoals vijandigheid of boosheid, hun bijdrage leveren aan het ontstaansproces van agressie en tevens op elkaar inwerken. Het model gaat er vanuit dat persoonlijke en situationele factoren agressief gedrag beïnvloeden middels gedachten, gevoelens en fysiologische arousal. Dit is van invloed op het al dan niet vijandig interpreteren van informatie en de daarop volgende keuze om over te gaan tot agressie. Agressie wordt vanuit dit model gezien als gedrag dat een eindproduct is van een proces.

General Affective Aggression Model



Anderson, Anderson en Deuser (2006, p. 367)

Aansluitend op het General Affective Aggression Model wordt voor dit onderzoek de volgende definitie van agressie gehanteerd: *'Agressie is ieder gedrag richting een ander persoon of voorwerp met de directe intentie om schade te berokkenen'* naar Anderson & Bushman, 2001.

Vanuit het General Affective Aggression model wordt agressie gezien als een vrij breed psychologisch construct waarbij gedrag, gevolgen en psychologische processen op een geïntegreerde manier op elkaar inwerken. Agressief gedrag kan in dit model zelden monocausaal verklaard worden en sluit daarom nauw aan bij het biopsychosociale ontwikkelingsdenken.

Binnen het biopsychosociale model wordt het menselijke functioneren opgevat als een geheel waarin biologische,- psychologische,- en sociale dimensies zijn te onderscheiden (WHO FIC, 2002). Het is een model voor het kijken naar gezondheid en klachten wat stelt dat ziekte en gezondheid altijd het resultaat zijn van een complex samenspel van deze drie dimensies (Engel, 1977; Kaplan & Sadock 2007). De invloed van elk van die drie factoren is geen constante, maar kan per situatie en zelfs ook binnen individuen van het ene moment op het andere sterk fluctueren (Vingerhoets, 2004). Door agressie te bezien vanuit een biopsychosociaal model wordt recht gedaan aan de complexiteit en multicausaliteit van agressie (Berman M, 1997; Van Den Berghe PL, 1994).

Het biopsychosociaal model is tevens een basis voor internationaal gehanteerde diagnose- en classificatiesystemen, zoals de *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders* (APA, 1994) en de *International Classification of Functioning* (WHO, 2001) die in de multidisciplinaire (G)GZ gebruikt worden.

Agressie & diagnostiek

DSM-IV-TR (APA, 2000) verbindt agressie als fenomeen aan meerdere As I en As II stoornissen. Agressie is echter geen stoornis an-sich, maar kan een symptoom zijn van een van verschillende as I of as II stoornissen. Zo wordt agressie als mogelijk symptoom genoemd bij een dysthyme stoornis, periodiek explosieve stoornis, posttraumatische stress-stoornis en bij verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn verschillende voorbeelden uit de klinische praktijk waarbij agressie een symptoom is van een onderliggende stoornis. Een patiënt kan bijvoorbeeld agressief zijn door een gebrek aan impulscontrole vanuit een aandachtstekortstoornis (ADHD). Of een patiënt kan agressief zijn vanuit de overtuiging dat agressie een geaccepteerd middel is om dingen te bereiken, zoals bijvoorbeeld bij een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Een ander voorbeeld is dat een patiënt agressief kan zijn vanuit verhoogde prikkelbaarheid als gevolg van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS).

Binnen de forensische psychiatrie wordt veelal gebruik gemaakt van risicotaxatie-instrumenten, zoals de HCR-20, de HKT-30, de PCL-R, de SVR-20 en de START¹, om het recidiverisico van een patiënt in kaart te brengen. Hierbij worden verschillende aspecten die samenhangen met agressieproblematiek meegenomen. Daarbij gaat het om aspecten als impulsiviteit, gebrekkig inzicht, negatieve attitudes, vijandigheid, stresstolerantie, sociale en relationele vaardigheden en problemen met het hanteren van boosheid.

Er is een overlap tussen diagnostiek en risicotaxatie: risicotaxatie kan gezien worden als een vorm van diagnostiek en diagnostiek kan een bijdrage leveren aan de invulling van de risicotaxatie (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2009).

Hoewel er een overlap is met agressieproblematiek, zal er binnen dit onderzoek niet verder ingegaan worden op het onderwerp risicotaxatie.

Onderstaand worden verschillende diagnostische instrumenten benoemd op het gebied van agressieproblematiek; zowel zelfrapportage vragenlijsten als observatieschalen.

- de BDHI-D; Buss-Durkee Hostility Inventory – Dutch (Nederlandse versie: Lange, Hoogendoorn, Wiederspahn, 2004)
- de Agressie Vragenlijst (Buss & Perry, 1992); Nederlandse versie: Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving (1996)
- de Novaco Anger Scale (Novaco 1994)
- de ZAV: Zelf-Analyse Vragenlijst (Spielberger (1980); Nederlandse versie: Van der Ploeg, Defares, & Spiel-berger (1982))
- de IOA: Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (Van Dam-Baggen & Kraaimaat 2000)
- de OSAG: Observatieschaal voor Agressief Gedrag (Hornsveld, Nijman & Kraaimaat 2007)
- de OAS: Overt Aggression Scale (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott & Williams, 1986)
- de SDAS: Social Dysfunction and Aggression Scale (Wistedt et al., 1990)

¹ HCR-20 (Historical Clinical Risk Management-20, Webster e.a., 1997; Nederlandse versie: Philipse e.a., 2000), HKT-30 (Historisch Klinisch Toekomst-30, Ministerie van Justitie, 2000), PCL-R (Hare's Psychopathie Checklist-Revised, Hare, R. 1980 herzien in 1991; Nederlandse vertaling: Hare, Vertommen, vd Brink & de Ruiter), SVR-20 (Sexual Violence Risk-20, Boer Hart, Kropp & Webster, 1997) en START (*Short-Term Assessment of Risk and Treatability*, Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004)

- de SOAS: Staff Observation Aggression Scale (Palmstierna & Wistedt, 1987).
- de CGH (Calgary General Hospital) Aggression Scale: Arbole-da-Florez, Crisanti, Rose, & Holley, 1994)

Deze instrumenten meten veel verschillende aspecten op het gebied van agressie, zoals fysieke agressie, verbale agressie, agressief gedrag jegens anderen, vijandigheid, emoties als irritatie en boosheid, sociaal gedrag, sociale angst, sociale vaardigheden en aanleidingen voor agressie.

Agressie & PMT

PMT is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen gericht op lichaamservaring en het handelen in bewegingssituaties (NVPMT, 2008). De PMT onderscheidt zich van andere therapieën door gebruik te maken van bewegingsactiviteiten en activiteiten gericht op de lichaamservaring. De PMT biedt bij uitstek mogelijkheden om patiënten op een ervaringsgerichte wijze zicht te laten krijgen op hun gedrag en te oefenen met gedragsalternatieven. De ervaringsgerichte werkvormen binnen de psychomotorische therapie doen recht aan de lichamelijke drang tot handelen die vanaf de vroege ontwikkeling bij agressie hoort (Sturkenboom, 1986).

Het General Affective Aggression Model (Anderson, Anderson, Deuser, 1996) kent een substantiële rol toe aan het lichamelijke,- en fysiologische aspect van agressie en sluit hiermee ook goed aan bij de werkvormen binnen de PMT.

De belangrijkste uitgangspunten van de PMT zijn het relationele bewegingsconcept en het biopsychosociaal model (NVPMT, 2008).

Agressie wordt binnen de PMT beschouwd vanuit het relationele mensbeeld, zoals onder andere beschreven door Tamboer (1989). Er wordt er vanuit gegaan dat de mens geen lichaam 'heeft', maar een lichaam 'is' waarmee hij intentioneel, handelend betrokken is op een voor hem betekenisvolle wereld (Tamboer, 1989). De consequentie van dit mensbeeld is dat de mens in zijn bewegen laat zien hoe hij zich verhoudt tot de wereld om zich heen. Agressie wordt in dit licht een 'in-relation-to-phenomenon' (Roffman, 2004). Hiermee wordt bedoeld dat iemand geen agressie 'heeft', maar agressief handelt binnen een netwerk van voor hem betekenisvolle relaties (Boerhout & Van der Weele, 2007).

PMT-ers worden veelvuldig ingezet bij de behandeling van patiënten met agressieproblematiek. De behandeling richt zich hierbij vaak op een aantal terugkomende probleemgebieden

Een kwalitatieve gevalstudie naar de werkwijze van PMT-ers binnen de behandeling van agressieproblematiek in de forensische psychiatrie beschrijft dat PMT de mogelijkheid biedt om lichaamssignalen te leren herkennen, erkennen en hierover te communiceren. Teven kan worden gezocht naar activiteiten die ontspanning geven, en kan geleerd worden om impulsen en boosheid te controleren. Ook voor het verminderen van de negatieve waarneming van de ander biedt de PMT passende mogelijkheden (Smeijsters 2007).

Binnen de psychomotorische behandeling van plegers van huiselijk geweld (Dijk, 2005) wordt beschreven dat het ervaren en leren registreren van lijfelijke processen voorop staat binnen de behandeling om op een andere wijze om te kunnen gaan met zichzelf en/of de ander. De verschillende variaties, de psychomotorische interventies, zijn er op gericht de lichamelijke ervaringen aan te scherpen, te verhelderen of nieuwe leerervaringen te bieden.

Uijting (2004) beschrijft dat de behandeling van agressieproblematiek zich met name richt op het leren signaleren van lichaamssignalen. Deze kunnen als graadmeter dienen voor oplopende spanning, het vergroten van het probleemoplossend vermogen en het gevoeliger maken voor de (adequate) waarneming van zichzelf en van de ander.

Binnen een module PMT met betrekking tot impulsregulatieproblematiek beschrijft Kuin (2000) dat het in de behandeling vooral gaat om het leren doseren van kracht, het reguleren van impulsen en het doorbreken van de stimulus-respons-keten door te leren op tijd te stoppen.

Samenvattend zou gezegd kunnen worden dat de behandeling van agressieproblematiek binnen de PMT zich met name richt op het herkennen van (agressiegerelateerde) lichaamssignalen, op het vergroten van de mogelijkheden om adequaat met oplopende spanning, impulsen, emoties en gedachten om te leren gaan en op het veranderen van de waarneming en communicatie in relatie tot anderen.

PMT & diagnostiek

Psychomotorische diagnostiek biedt de mogelijkheid om middels ervaringsgerichte oefenvormen een appèl te doen op beleving en gedrag van de patiënt. Dit kan vervolgens als aangrijpingspunt genomen worden om een verband te leggen naar situaties buiten de PMT-context. Agressie kan binnen de PMT-context op een gecontroleerde manier opgeroepen worden. Binnen de PMT-context kan zichtbaar gemaakt worden hoe de patiënt met agressieproblematiek zich beweegt in relatie tot zijn omgeving. De PMT biedt hierdoor goede mogelijkheden om diagnostische informatie te verzamelen.

Verwetenschappelijking van diagnostiek en het gebruik van diagnostische modellen die het proces van besluitvorming sturen, kunnen zorgen voor verbetering van de kwaliteit van zorg (Hammink, 2003). Valide en betrouwbare meetinstrumenten voor onderzoek en diagnostiek zijn hierbij essentieel voor de professionalisering van de PMT (Emck, 2007). De laatste jaren is de PMT dan ook sterk in ontwikkeling op het gebied van de diagnostiek en zijn er diverse psychomotorische instrumenten ontwikkeld (Hammink, 2003; Spee, 2003; Emck, 2005; van der Veen, 2007; Zwart, 2008).

Waar de meeste zelfrapportage vragenlijsten op het gebied van agressie ‘top-down’ informatie verkrijgen door een appèl te doen op de cognitieve functies van de patient, is de diagnostische informatie vanuit een de psychomotorische therapie hoofdzakelijk ‘bottom-up’. Deze begrippen worden hier gebruikt volgens Ogden (Ogden, 2006) en geven de richting van informatieoverdracht aan. Top-down staat voor de dominantie van cognitieve functies over emotionele en sensomotorische functies. Bottom-up staat voor de dominantie van emotionele en sensomotorische functies over cognitieve functies.

Zelfrapportage vragenlijsten hebben als nadeel dat scores beïnvloed kunnen zijn door de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden (Bech & Mak, 1995; Baarda & de Goede, 2006). Tevens kan het beperkte inzicht van de respondenten in het eigen sociaal functioneren een nadeel zijn (Hollin & Palmer 2001; Baarda & de Goede 2006). Forensisch psychiatrische patiënten hebben vaak onvoldoende inzicht in hun gedrag en zijn geneigd op vragen sociaal wenselijke antwoorden te geven (Hornsveld, 2006). Voor meting van agressief en sociaal gedrag in een forensisch psychiatrische populatie dienen zowel zelfrapportage vragenlijsten als observatieschalen te worden gebruikt (Polaschek & Reynolds, 2001; Bech, 1994).

Een voordeel van observatie is dat feitelijke gedrag vastgesteld kan worden (Baarda & de Goede 2006). Echter het isoleren van het feitelijke gedrag van de onderliggende emoties en impulsen, wat bij veel patiënten een onderdeel is van de pathologie, is als het kijken naar de top van een ijsberg (Mak & de Koning 1995). Binnen de PMT bestaat de mogelijkheid om feitelijk gedrag vast te stellen en van hieruit informatie te verzamelen over achterliggende motieven van dit gedrag.

De kans op subjectiviteit is hierbij aanwezig, wat de betrouwbaarheid nadelig kan beïnvloeden. Om enige waarde toe te kunnen kennen aan hetgeen binnen observatie zichtbaar wordt, worden eisen

gesteld van deskundigheid en onafhankelijkheid bij de beoordelaars (Bech & Mak 1995). Een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is hierbij van groot belang.

Samenvattend kan gezegd worden dat observatiediagnostiek middels PMT goeie diagnostische mogelijkheden biedt. Hoewel observatiediagnostiek deskundigheid en onafhankelijkheid vereist van de beoordelaars kan psychomotorische diagnostiek een waardevolle aanvulling zijn binnen de diagnostiek.

Resultaten

B. Deelvraag 2: Literatuur clusters

Er zijn 10 artikelen en/of boeken geselecteerd die relevant waren voor het cluster *Lichaamsbewustzijn*. Daarnaast zijn er 6 artikelen en/of boeken geselecteerd die relevant waren voor het cluster *Regulatie vaardigheden* en er zijn 8 artikelen en/of boeken geselecteerd die relevant zijn voor het cluster *Communicatie & interactie*.

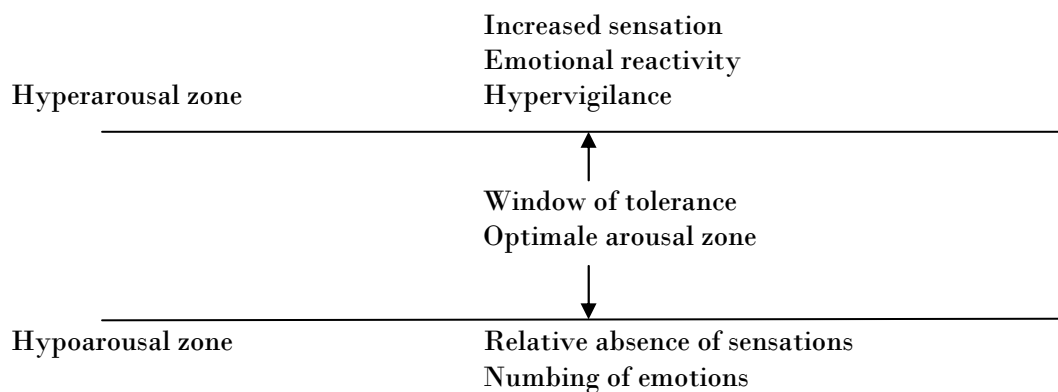
Lichaamsbewustzijn

Bij patiënten met agressieproblematiek wordt binnen de psychomotorische therapie vaak aandacht besteed aan het vergroten van het lichaamsbewustzijn. Lichaamsbewustzijn gaat gepaard met een groter zelfbewustzijn en regulerend vermogen. De gewaarwording van interne lichaamssensaties is van belang bij het kunnen signaleren van de eigen interne toestand (Bakal, 1999; Price & Thompson, 2007) en het leren voorkomen van agressie.

In de aanloop naar agressief gedrag is er vaak sprake van verhoogde spanning. Zo kunnen een verhoogde hartslag, psychomotorische onrust, een alerte lichaamshouding en gespannen spieren voorbodes zijn van agressie (Rueve, Welton, 2008). Dit resulteert in een algeheel hoger fysiek spanningsniveau bij mensen met agressieproblematiek (Siegman, Townsend, Civelek & Blumenthal, 2000). Tevens wordt deze verhoogde spanning door de patiënt niet altijd herkend waardoor een signalerende functie om agressie te voorkomen, verloren gaat.

Uit onderzoek blijkt dat er bij verschillende psychiatrische ziektebeelden een verandering optreedt in de waarneming. Zowel bij angst (Rachman, 2004), depressie (Pollatos, Traut-Mattausch & Schandry, 2009) als bij traumagerelateerde problematiek blijkt dat de waarneming van lichamelijke sensaties en externe stimuli verstoord raakt. Vanuit meerdere ziektebeelden die flinke comorbiditeit hebben met agressieproblematiek (Mc Elroy, Soutullo, Beckman, Taylor & Keck, 1998) is er sprake van een verstoorde waarneming. Het weinige onderzoek wat er op dit gebied bestaat met betrekking tot agressieproblematiek ondersteunt de aanwijzingen dat ook bij agressieproblematiek de lichaamswaarneming verstoord raakt (Kinzel, 1970; Curran, Blatchley & Hanlon, 1978).

Hoe gewaarwording precies verstoord kan raken wordt bij traumagerelateerde problematiek uitgelegd aan de hand van het 'window of tolerance' (Ogden e.a., 2006). Het window of tolerance is het gebied waarbinnen iemand accuraat kan waarnemen en deze waarnemingen kan integreren met cognitie en emoties. Iedereen heeft een eigen window of tolerance, een persoonlijk vermogen om accuraat waar te blijven nemen en om te gaan met spanning.



Uit: Ogden e.a., 2006, p. 27

Patiënten met trauma's zijn vaak of hypersensitief, of juist hyposensitief. Hun window of tolerance is smaller geworden door traumatische ervaringen waardoor ze gemakkelijk overspoeld raken door informatie die via de zintuigen op hen af komt (Ogden e.a., 2006). Wanneer gevraagd wordt daarop te focussen, bestaat de neiging om overweldigd te raken of juist te ontkennen ook maar iets te registreren (van der Kolk, 1994). Het is denkbaar dat er bij patiënten met agressieproblematiek iets vergelijkbaars gebeurt. Veelal rapporteren patiënten met agressieproblematiek weinig lichamelijke gewaarwording. Bij oplopende spanning wordt de hyperarousal zone echter zeer snel bereikt, wat zich kan uiten in agressief gedrag. Het window of tolerance lijkt dus ook bij agressieproblematiek smaller.

Bij trauma rapporteren vrouwen en meisjes meer internaliserende symptomen zoals depressie-, en angstklachten, terwijl mannen en jongens vaker externaliserende symptomen rapporteren, zoals agressie en gedragsstoornissen (Buckner, Beardslee, & Bassuk, 2004; Hanson, Borntrager & Self-Brown, 2008). Mannen en vrouwen die blootgesteld worden aan trauma zouden dus op dezelfde wijze een smaller window of tolerance kunnen ontwikkelen, maar dit op een verschillende manier uiten. De externaliserende symptomen, die meer bij mannen voorkomen, ziet men veelvuldig binnen de forensische psychiatrie.

Regulatie vaardigheden

Bij regulerende vaardigheden gaat het om gedrag buiten het contact met de ander. Van al het agressieve gedrag vindt 20% tot 25% plaats in de onpersoonlijke context (Coccaro 2004), bijvoorbeeld het gooien met gereedschap wanneer het klussen niet lukt, buitensporige woede bij een vertraagde trein of claxonneren in de file. Regulerende vaardigheden in het interpersoonlijke contact komen later terug in het cluster *Communicatie & interactie*.

Bij agressieproblematiek is er vaak een tekort aan regulerende vaardigheden op het gebied van spanning, impulsen en emoties (Coccaro, 2004) Het gaat hierbij om vaardigheden waarmee de patiënt invloed kan uitoefenen op het al dan niet ontstaan van agressief gedrag. Op tijd kunnen stoppen, grenzen hanteren en het reguleren van impulsen zijn hiervan enkele voorbeelden.

Bij agressieproblematiek is er vaak sprake van een stoornis in de impulsregulatie. Onder impulsief gedrag wordt verstaan dat iemand weinig planmatig en overdacht is. Impulsiviteit wordt onderverdeeld in drie componenten; a) *motorische impulsiviteit*, b) *cognitieve impulsiviteit*, c) *non-planning impulsiviteit*. Impulsiviteit gaat vaak samen met een beperkt bewustzijn van de mogelijke gevolgen van agressief gedrag waardoor de kans op agressie vergroot wordt (Barrat, 1994). Hoewel er bij agressief gedrag dus vaak sprake van een stoornis in de impulsregulatie, is impulsiviteit geen voorwaarde voor agressief gedrag.

Bij patiënten met agressieproblematiek is er vaak sprake van een verhoogd fysiek spanningsniveau (Siegman e.a., 2000). Spanningsregulerende vaardigheden zijn beperkt en dit kan verschillende spanningklachten veroorzaken. Er is veel onderzoek gedaan naar de behandeling van agressieproblematiek middels relaxatietechnieken waaruit blijkt dat dit een effectieve interventie is. Relaxatietechnieken blijken bij agressieproblematiek een net zo groot als-, of groter effect te hebben dan cognitieve-, en cognitieve gedragsinterventies (Deffenbacher & Stark, 1992; Schlichter & Horan, 1981; Nickel, Lahmann, Tritt, Loew & Rother, 2005). Een toename van het vermogen om spanning te reguleren heeft dus een vermindering van agressief gedrag tot gevolg.

Er zijn aanwijzingen dat agressief gedrag kan samenhangen met beperkte emotieregulatie vaardigheden met name bij persoonlijkheidsstoornissen uit het cluster B (Newhill & Mulvey, 2002). Agressie vindt vaak plaats wanneer een persoon in een verhoogde emotionele staat verkeerd. Iemand voelt zich bijvoorbeeld zeer onmachtig, gekleineerd of verkeerd begrepen. Het kenmerkende is dat zowel de ervaring van die emotie als de reactie hierop buitenproportioneel is ten opzichte van de stimulus. Een verstoorde emotieregulatie wordt dus gekenmerkt door 3 dimensies; a) een hoge sensitiviteit voor emotionele stimuli, b) een verhoogde emotionele respons en c) een vertraagd herstel naar de emotionele baseline. Patiënten met agressieproblematiek zijn vaak niet goed in staat om controle uit te oefenen op emoties en hun eigen reactie daarop. In combinatie met impulsiviteit leidt dit snel tot agressief gedrag (Krakowski, 2003).

Communicatie & interactie

Bij agressieproblematiek is er vaak sprake van verstoord interpersoonlijk contact. Zowel in het begrijpen als in het uiten van communicatieve boodschappen hebben patiënten met agressieproblematiek last van de “attributional bias” (Dodge, Price, Bachowski & Newman, 1990). Aan interpersoonlijke boodschappen wordt een negatievere en meer vijandige lading toegekend dan feitelijk het geval is (Akhtar & Bradley, 1991). De reactie op anderen is derhalve feller en agressiever dan nodig is waardoor patiënten met agressieproblematiek ook weer agressie oproepen. Deze neerwaartse spiraal is kenmerkend voor agressieproblematiek en zorgt voor beperkingen en handicaps in het interpersoonlijke contact (Dodge, Bates, & Petit, 1990).

Ook een gebrek aan sociale vaardigheden is een veel voorkomend probleem bij patiënten met agressieproblematiek (Freedman, 1978; Goldstein & Glick, 1987; Hollin, 1990). Juist deze sociale vaardigheden spelen een zeer belangrijke rol bij het vermogen om agressie te voorkomen. Het op een adequate manier grenzen aangeven, voor zichzelf op te komen, naar een ander zijn mening vragen en op een adequate manier een discussie aan gaan, kunnen problemen in de interactie verkleinen. Mensen met agressieproblematiek worden door anderen dan ook als minder sociaal competent ervaren. De eerder genoemde verminderde controle over emoties in het interpersoonlijke contact spelen hierbij een belangrijke rol (Conger, Conger & Edmondson, 2003) evenals het beperkte inzicht in eigen sociaal functioneren (Hollin & Palmer, 2001).

Mogelijk hangen slechte sociale vaardigheden ook samen met een beperkt vermogen om zich adequaat uit te drukken met behulp van taal. Indien iemand niet of beperkt in staat is zich uit te drukken naar zijn omgeving, neemt de kans op agressief uitageren toe. Uit recent onderzoek blijkt dat een laag niveau van taalvaardigheid sterk samenhangt met agressief gedrag (Miller, Collins & Kent, 2008; Harmon-Jones, Barrat & Wigg, 1997). Tevens vermindert het vermogen om zich adequaat uit te drukken door middel van taal nog extra wanneer emoties hoog oplopen. Mensen met agressieproblematiek gaan dan bewust of onbewust over tot een agressieve lichaamstaal (Straker, 2008). Aan het gezicht en de houding, maar ook door toenadering te zoeken, een ander aan te kijken, aan te raken of gebaren te maken, werkt de lichaamstaal mee aan agressieve interactie. Mensen met agressieproblematiek zijn zich niet altijd bewust van deze agressieve lichaamstaal en hebben bovendien vaak geen andere communicatievaardigheden in huis om zich uit te drukken.

Discussie en conclusie

A. Deelvraag 1: Literatuur deelgebieden

Vanuit de literatuur wordt er een meerwaarde gevonden voor het ontwikkelen van een psychomotorisch diagnostisch instrument voor agressieproblematiek. Ten opzichte van de bestaande diagnostiek op het gebied van agressie heeft de psychomotorische diagnostiek met name een meerwaarde doordat het ook gedrag in beeld brengt middels observatie. Daarmee kan een psychomotorisch diagnostisch instrument complementair zijn aan reeds bestaande mogelijkheden tot diagnostiek van agressieproblematiek.

Tevens lijkt het er op dat PMT-ers zich binnen de behandeling van agressieproblematiek met name richten op het herkennen van (agressiegerelateerde) lichaamssignalen, op het vergroten van de mogelijkheden om adequaat met oplopende spanning, impulsen, emoties en gedachten om te leren gaan en op het veranderen van de waarneming en communicatie in relatie tot anderen. Deze aspecten worden binnen de PMT zichtbaar en/of ervaarbaar gemaakt en kunnen dan ook gezien worden als waardevolle diagnostische informatie.

De bespreking van de literatuur zal gelezen moeten worden in het kader van de ontwikkeling van een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek. Daarmee pretendeert het niet een volledig overzicht te geven van alle actuele literatuur met betrekking tot agressie. Vanwege de omvang en tijdsduur van dit onderzoek is de uiteenzetting van de literatuur beperkt gebleven tot wat relevant werd geacht door de onderzoeksgroep. Een systematische literatuurstudie op het gebied van agressie en diagnostiek zou de meerwaarde van de ontwikkeling van een psychomotorisch instrument steviger kunnen onderbouwen.

B. Deelvraag 2: Literatuur clusters

In vervolg op de gevonden literatuur binnen de deelgebieden zijn er door de leden van de onderzoeksgroep, die hierbij fungeerden als expert-panel, drie clusters geformuleerd als deelaspecten van agressie die binnen de PMT zichtbaar en/ of ervaarbaar kunnen worden gemaakt, te weten:

- Lichaamsbewustzijn
- Regulatie vaardigheden
- Communicatie en interactie

Dit om te komen tot operationalisering voor een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek.

De clusters vormen gezamenlijk de aspecten van agressieproblematiek die voor psychomotorisch therapeuten relevant zijn om diagnostische informatie te verzamelen. Tevens zijn deze clusters passend als indicatiegebieden of aanknopingspunten voor de in te zetten behandeling. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de clusters goed lijken aan te sluiten bij de beroepspraktijk van de psychomotorisch therapeut.

Hieronder enkele mogelijkheden om de relevantie voor de klinische praktijk te verduidelijken.

Binnen het cluster *Lichaamsbewustzijn* kan de behandeling zich richten op het accuraat leren waarnemen van (agressiegerelateerde) lichaamssignalen, het vergroten van het lichaamsbewustzijn en het zelfbewustzijn.

Binnen het cluster *Regulatie vaardigheden* kan de behandeling zich richten op het vergroten van de zelfcontrole, door het leren reguleren van emoties en impulsen of het leren onderbreken van oplopende spanning.

Binnen het cluster *Communicatie & interactie* kan de behandeling zich richten op het zichtbaar en/ of inzichtelijk maken van (agressiegerelateerde) patronen in de interpersoonlijke communicatie, het adequaat om leren gaan met afstand en nabijheid, het vergroten van de sociale vaardigheden en het adequaat leren communiceren met de omgeving.

Het is gebleken dat gevonden literatuur met betrekking tot agressieproblematiek passend was bij de gevormde clusters. Dit kan onderschrijven dat de clusters passend geformuleerd zijn. Het kan echter ook zijn dat er vanuit een beperkte blik is gezocht en geselecteerd aangezien de clusters reeds waren geformuleerd.

Daarbij pretendeert dit onderzoek niet een volledig overzicht te geven van alle actuele literatuur met betrekking tot de clusters *Lichaamsbewustzijn, Regulatie vaardigheden en Communicatie & interactie*. Vanwege de omvang en tijdsduur van dit onderzoek is de uiteenzetting van de literatuur beperkt gebleven tot wat relevant werd geacht door de onderzoeksgroep.

Een systematische literatuurstudie waarbij de bestaande literatuur met betrekking tot een cluster wordt besproken op overeenkomsten en tegenstrijdigheden kan er aan bijdragen dat er een vollediger overzicht komt van relevante literatuur per cluster.

Het vormen van de clusters is gedaan op basis van expert opinion van de leden van de onderzoeksgroep. Nader onderzoek naar de relevantie en houdbaarheid van de clusters zou wenselijk zijn. Dit aangezien de expert opinion wetenschappelijk gezien van een laag bewijsniveau ('level of evidence') is. Ook kan er onderzocht worden of de clusters wel voldoende van elkaar verschillen of dat er meer of juist minder clusters gevormd zouden kunnen worden. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om een clusteranalyse of factoranalyse te doen.

Verdere operationalisering van deze clusters tot items die zichtbaar en/of ervaarbaar kunnen worden binnen de PMT-context komt de toepasbaarheid ervan binnen een psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot agressieproblematiek ten goede. Dit is dan ook gebeurd in de tweede fase van dit onderzoek.

Fase twee: mixed design onderzoek

Inleiding

Op basis van het literatuur onderzoek in fase 1 is een passend theoretisch kader geformuleerd en zijn er door de leden van de onderzoeksgroep, die hierbij fungeerden als expert-panel, drie psychomotorische deelclusters van agressie vorm gegeven. Daarna is een start gemaakt met fase 2, het middels kwantitatieve en kwalitatieve methoden ontwikkelen van een psychomotorisch diagnostisch instrument. Met behulp van een expertpanel is onderzocht welke items relevant waren om op te nemen in het PDI-A. Daarna zijn de relevant bevonden items verwerkt tot een hanteerbaar diagnostisch instrument.

In het mixed design onderzoek in fase twee stonden de volgende vragen centraal:

- Welke aspecten van agressie zijn als items relevant om op te nemen in het PDI-A?
- Hoe kunnen de gekozen items verwerkt worden in het PDI-A?

Voor de ontwikkeling van het PDI-A is gezocht naar een model waarmee onder de drie clusters uit het literatuuronderzoek verschillende subitems met betrekking tot agressieproblematiek geobserveerd kunnen worden.

De International Classification of Functioning (ICF) is een gestandaardiseerd classificatiemodel voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. Het doel van de ICF is om door middel van het in kaart brengen van begrippen een basis te leggen voor een gemeenschappelijke standaardtaal. Aspecten van het menselijk functioneren die gerelateerd kunnen zijn aan een gezondheidsprobleem, worden in de ICF op systematische wijze geordend. Het is daarmee een hulpmiddel in het vastleggen van diagnostische informatie over het menselijk functioneren als een belangrijk aspect van de gezondheid en kan als basis dienen voor het ontwikkelen van onderzoeksinstrumenten (WHO, 2009).

De ICF beschrijft het menselijk functioneren vanuit drie verschillende perspectieven.

1. het perspectief van het menselijk organisme
2. het perspectief van het menselijk handelen
3. het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Voor de PDI-A is gebruik gemaakt van de begrippen op het gebied van het menselijk handelen (Functie) en op het gebied van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (Activiteit & participatie). De ICF is gebaseerd op het biopsychosociale ontwikkelings-denken en sluit daarmee aan bij het eerder genoemde theoretische referentiekader. Voor de formulering en definiëring van de items van het PDI-A is gebruik gemaakt van het ICF model (WHO, 2009).

Methode

A. Deelvraag 1: Relevantiebepaling items

Onderzoeksgroep

Voor de relevantie bepaling van de items zijn verschillende professionals met ruime kennis en ervaring op het gebied van agressie benaderd met de vraag of ze mee wilden werken aan het ontwikkelen van het PDI-A. Getracht werd om een gelijke verdeling van PMT-ers en niet PMT-ers (o.a. klinisch psychologen, psychotherapeuten en onderzoekers) te realiseren met een totaal aantal deelnemers van 30. Dit vanwege het belang van de verschillende visies op agressieproblematiek vanuit diverse disciplines.

Het inclusiecriteria voor PMT-ers was het hebben, of binnen 6 maanden zicht hebben op de Master titel. Het inclusiecriteria voor andere professionals was het hebben van de titel GZ-psycholoog enerzijds, of het hebben van ruime ervaring op het gebied van onderzoek naar agressie anderzijds. Van de 30 aangeschreven personen reageerden er 24 positief. Gezien de respons onder de niet PMT-ers lager lag, zijn er nog 3 extra personen in die categorie aangeschreven. Het definitieve expertpanel waarvan uiteindelijk ook data is ontvangen, bestond uit 12 PMT-ers en 10 niet PMT-ers, in bijlage 2 is de samenstelling van het gehele expertpanel te zien.

Procedure

De onderzoeksgroep

Om de relevantie van de items te bepalen is eerst door de onderzoeksgroep een zeer globale selectie gemaakt van de ICF items om de hoeveelheid te score items terug te brengen naar een hanteerbaar aantal voor het expertpanel. Hierbij was de relevantie van de ICF items voor een psychomotorisch diagnostisch onderzoek naar agressieproblematiek de richtlijn. Bij deze schifting door de onderzoeksgroep werd de volgende scoring gehanteerd:

0= niet of nauwelijks relevant

1= redelijk of een beetje relevant

2= relevant of zeer relevant

De leden van de onderzoeksgroep hebben de ICF items afzonderlijk van elkaar gescoord waarna de scores via de mail zijn verzameld. Indien de somscore van de vier onderzoeksleden per item 1 of lager was, werd dit item in principe niet meegenomen in het vervolg van het onderzoek. Minimaal twee personen moesten het item dus redelijk relevant vinden, of minimaal een persoon zeer relevant. Alle items met een somscores van 2 of hoger werden zo dus meegenomen naar de volgende selectie door het expertpanel. Deze items zijn daarna een voor een gescand om te voorkomen dat eventueel bruikbare informatie verloren zou gaan. Wijzigingen ten opzichte van de richtlijn zijn bijgehouden in bijlage 3. Bij de ICF items is indien nodig een korte omschrijving toegevoegd over hoe de items terug te zien zijn binnen de PMT context. Deze lijst met gekozen items is gebruikt voor de volgende selectie door het expertpanel.

Het expertpanel

Middels e-mail zijn verschillende professionals benaderd om mee te werken aan het onderzoek (zie bijlage 4). Wanneer er een positieve reactie werd ontvangen, kregen de expertpanel leden vervolginstructies (zie bijlage 5) voor het scoren van de relevantie per ICF item. De leden van het expertpanel hadden een week de tijd om de gescoorde relevantie per item via de mail terug te sturen.

Er werd voor het expertpanel een zelfde scoringswijze gehanteerd als eerder omschreven bij het selecteren door de onderzoeksgroep. De relevantie kon weer worden aangegeven middels scoren van een 0, 1 of 2. Per item werd nu echter een gemiddelde berekend van alle scores van de expertpanel leden. Vooraf was als norm gesteld dat 75 % van de maximum gemiddelde score per item behaald moest worden om opgenomen te worden in het PDI-A. Een item moest een gemiddelde score van minimaal 1,5 hebben voor opname in het PDI-A (75% van 2). Deze norm bleek echter te hoog gesteld, er zouden dan te weinig items overblijven. Tevens waren er inhoudelijke bezwaren, omdat er belangrijke aandachtsgebieden zouden wegvallen, met name uit het cluster *Communicatie & interactie*. De grenswaarde van 75% bleek achteraf dus te hoog gekozen en is verlegd naar 60%, wat overeenkomt met een gemiddelde van 1,2 per item (60% van 2).

Wijzigingen ten opzichte van deze richtlijn zijn bijgehouden in bijlage 6. Wijzigingen ten opzichte van deze richtlijn konden gemaakt worden op basis van opmerkingen die leden van het expertpanel per item konden plaatsten. Zo was bijvoorbeeld het item kracht (B730) niet voldoende gescoord door het expertpanel. Echter, er waren meerdere opmerkingen geplaatst bij dit item. Namelijk dat de mate van spierkracht niet relevant werd bevonden, maar de manier waarop iemand kracht inzet juist wel.

Om die reden is het item toch opgenomen en inhoudelijk aangepast richting het adequaat kunnen inzetten van kracht in de plaats van het hebben van spierkracht.

Tevens konden significante verschillen tussen de beide groepen reden zijn om af te wijken van de richtlijn. Wanneer PMT-ers en niet PMT-ers sterk verschilden over de relevantie van een item werd dit meegenomen in de inhoudelijke discussie over het al dan niet opnemen van het betreffende item.

Data-analyse

Met scores van het expertpanel zijn de volgende statistische bewerkingen uitgevoerd. Per item werden de gemiddelden berekend. De data werd geëxploreerd door middel van weergave van de gemiddelde scores per item in een boxplot. Outliers werden verwijderd. Tevens werden de verschillen per groepsgemiddelde vergeleken (PMT, versus niet-PMT, onafhankelijke t-toets). Voor de analyse is gebruik gemaakt van SPSS 14. Een p van .05 of lager werd als significant beschouwd.

B. Deelvraag 2: Verwerking van de items in het PDI-A

Bij het verwerken van de ICF items, is de selectie items van het expertpanel gebruikt voor de verdere ontwikkeling van het PDI-A. Om te komen tot een hanteerbaar diagnostisch instrument zijn opeenvolgend de volgende stappen gezet.

1. Activiteiten ontwerpen en selecteren
2. ICF items indelen in clusters
3. Scoringswijze bepalen
4. Afnameprocedure formuleren
5. Behandelindicaties formuleren

Onderzoeksgroep

Voor het verwerken van de gekozen ICF items tot het uiteindelijke ICF zijn bij alle bovenstaande stappen de 4 leden van de onderzoeksgroep gebruikt.

Procedure

1. Activiteiten

Er zijn 6 activiteiten per cluster geformuleerd door de leden van de onderzoeksgroep. Van deze activiteiten zijn uitgeschreven: het materiaal, de uitleg aan de patiënt, de interventies voor de therapeut en de aandachtspunten voor de therapeut. In de activiteiten werd beoogd dat de daarbij behorende items observeerbaar en/of waarneembaar zouden kunnen worden gemaakt.

Bij de totaal 18 activiteiten is door de onderzoeksgroep gescoord in hoeverre de beoogde items terug zouden komen in de activiteiten. Er werd niets gescoord indien een item niet terug te zien was binnen de activiteit. Wanneer een item wel teruggezien werd, is door de onderzoeksleden afzonderlijk een kruisje geplaatst. Hierbij is de regel gehanteerd dat minimaal 2 van de 4 onderzoeksleden het item terug konden zien binnen de activiteit. Van deze scores is een overzicht gemaakt en op basis van deze gegevens is een keuze gemaakt voor een combinatie van activiteiten waarin de meeste items geobserveerd konden worden.

2. Clusters

De ICF items zijn eerst globaal ingedeeld per cluster op basis van een inhoudsanalyse door de onderzoeksgroep. In sommige gevallen is de keuze gemaakt om een item in meerdere clusters te laten vallen wanneer deze relevant geacht werd voor meerdere clusters. Na de globale indeling heeft een proefafname van een patiënt plaatsgevonden. Op basis hiervan zijn enkele items toegevoegd en verschoven per cluster.

3. Scoringswijze

Voor het bepalen van de scoringswijze is gezocht naar scoringsschalen passend bij observatiediagnostiek. Hiervoor zijn scoringswijzen bij reeds bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten sturend geweest.

4. Afnameprocedure

Voor het bepalen van de afnameprocedure is gekeken naar de meest praktische methode qua tijd, ruimte en inzetbaarheid van de therapeut. Hiervoor zijn afnameprocedures bij reeds bestaande psychomotorische diagnostische instrumenten sturend geweest.

5. Behandelindicaties

Voor het bepalen van de mogelijke behandelindicaties is uitgegaan van het literatuuronderzoek, bestaande PMT modules en de onder forensische PMT-ers afgenomen enquête op het gebied van diagnostiek. Het al dan niet formuleren van een behandelindicatie is afhankelijk van scoringswijze. De behandelindicaties zijn dan ook zoveel mogelijk afgestemd op de scoringswijze.

Alle vijf stappen van het verwerken van de items in het PDI-A zijn genomen op basis van analyse en discussie tussen de vier leden van de onderzoeksgroep. Alle besluiten zijn uiteindelijk genomen op basis van consensus.

Voor het selecteren van de activiteiten hebben de leden afzonderlijk gescoord welke items terug te zien zijn per activiteit om elkaar zo min mogelijk te beïnvloeden. Deze verzamelde gegevens en de omschreven onderzoeksprocedure voor het selecteren van de passende activiteiten zijn bij het volgende overleg uitgangspunt geweest. Ook op dit punt is vervolgens consensus bereikt over de keuze.

Resultaten

A. Deelvraag 1: relevantiebepaling items

Na de selectie door de onderzoeksgroep zijn de totaal 1125 ICF items gereduceerd tot 73 items, allen van meer of mindere mate van belang voor agressieproblematiek. ICF items vanuit het perspectief van het menselijk organisme (Anatomische eigenschappen) zijn hierbij niet meegenomen wegens beperkte relevantie voor de ontwikkeling van het PDI-A. ICF items vanuit het perspectief van het menselijk handelen (Functies) en het functioneren van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (Activiteit & participatie) zijn juist meer geselecteerd en opgenomen voor verdere selectie. In bijlage 7 zijn de scores van de leden van de onderzoeksgroep weergegeven met een totaalscore van 1 of hoger. In bijlage 8 is de lijst met overgebleven items en hun omschrijving binnen de PMT context weergegeven. Deze lijst is gebruikt voor verdere selectie door het expertpanel.

Van de 24 deelnemers aan het expertpanel zijn de gegevens van één persoon verwijderd. De scores van deze persoon gaven sterke aanleiding om te vermoeden dat de items niet op de juiste wijze geïnterpreteerd zijn, omdat ze allen met dezelfde relevantie werden gewaardeerd.

In tabel 1 zijn de gerangschikte gemiddelden en significante verschillen van het expertpanel per item weergegeven. Na de selectie door het expertpanel zijn er 46 ICF items overgebleven. De rood aangegeven items vervallen op basis van deze scores. De zwart gedrukte items worden relevant genoeg bevonden om op te nemen in het PDI-A. In bijlage 9 staat de volledige lijst van deze ICF items met hun omschrijving. Dit is de lijst die is gebruikt voor de verdere operationalisering van het PDI-A.

Tabel 1: Gerangschikte gemiddelden van relevantie per item

Item	N	μ
B1471 Kwaliteit psychomotorische functies	20	.25
B530 Handhaving lichaamsgewicht	21	.29
D5 Zelfverzorging	21	.57
B730 Spiersterkte	21	.62
B640 Seksuele functies	21	.67
B1300 Energieniveau	21	.71
B765 Onwillekeurige bewegingen	20	.80
B1265 Optimisme	20	.85
D7101 Waardering in relaties	21	.86
B2701 Waarneming van trillingen	21	.86
D350 Converseren	20	.90
D2303 Indelen van activiteitsniveau	21	.90
B1260 Extraversie	21	.90
B1264 Ontvankelijkheid voor nieuwe ervaringen	21	.90
D177 Besluiten	20	.95
B2700 Temperatuurwaarneming	21	.95
B2702 Waarneming van druk	21	.95
D7201 Beëindigen van relaties	21	.95
B1641 Organisatie en planning	21	1.00
B280 Pijngevoel	21	1.00
B760 Controle van willekeurige bewegingen	21	1.00
D355 Bespreken	21	1.10
D7200 Aangaan van relaties	21	1.10
D7402 Omgaan met sociaal gelijken	21	1.14
D115 Luisteren	21	1.14
B1402 Verdelen van aandacht	20	1.15*
B11420 Oriëntatie in eigen persoon	21	1.19
E410 t/m E455 Attitudes	21	1.24
D7401 Omgaan met ondergeschikten	21	1.24
B1266 Vertrouwen	21	1.29
B1401 Veranderen van aandachtsgebied	21	1.29*
E465 Sociale normen, gewoonten en ideologieën	21	1.29*
B1801 Lichaamsbeeld	21	1.33*
D310 Begrijpen van gesproken boodschappen	21	1.33
D110 Gadeslaan	21	1.33
D155 Ontwikkelen vaardigheden	20	1.35

B1263 Psychische stabiliteit	20	1.35
B160/B163 Denken	21	1.38
B1400 Vasthouden aandacht	21	1.38
B1643 Cognitieve flexibiliteit	21	1.38
B1645 Beoordelingsvermogen	21	1.38
B735 Spiertonus	21	1.38
D7105 Fysiek contact in relaties	21	1.38
B1301 Motivatie	21	1.38
B1261 Inschikkelijkheid	21	1.43
D7400 Omgaan met meerderen	21	1.43
B11421 Oriëntatie in andere personen	21	1.48
B1520 Adequaatheid van stemming	21	1.52
D3350 Gebruiken lichaamstaal	21	1.52
B110 Bewustzijn functies	21	1.52
B3 Stem en spraak	21	1.52
B156 Perceptie	21	1.57
B1644 Inzicht	21	1.57
D7100 Respect en warmte in relaties	21	1.57
D7104 Afstemmen op de ander	21	1.57
B1800 Ervaren zelf	21	1.62
B1267 Betrouwbaarheid	21	1.62
B4100 Hartslag	21	1.62
B460 Gewaarwordingen cardiovasculaire en respiratoire functies	21	1.62
B122 Globale psychosociale functies	21	1.67
D7203 Omgaan met regels	21	1.67
B1521 Regulering van stemming	21	1.71
D3150 Begrijpen lichaamstaal	21	1.71
D175 / B1646 Oplossen van problemen	21	1.76
B440 Ademhaling	21	1.76
D7103 Kritiek in relaties	21	1.76
D7204 Omgaan met afstand & nabijheid	21	1.76
B780 Gewaarwordingen spieren en bewegingsfuncties	21	1.76
B1522 Bereik van stemming	21	1.81
D7102 Tolerantie in relaties	21	1.81
D240 Omgaan met stress en andere mentale eisen	21	1.81
B1304 Driftbeheersing	21	2.00
D7202 Reguleren gedrag in gezelschap	21	2.00

Toelichting tabel 1: * verschil tussen beroepsgroepen, $p < .05$

Er worden weinig significante verschillen gevonden tussen de beroepsgroepen. Over het algemeen zijn de beide groepen eensgezind over de relevantie van de verschillende items voor het PDI-A. De items waarop significante verschillen tussen de beide groepen gevonden werden waren, *lichaamsbeeld, het verdelen van aandacht, het veranderen van aandachtsgebied en sociale normen waarden en ideologieën*.

B. Deelvraag 2: Verwerking van de items in het PDI-A

1. Activiteiten

De scores van de onderzoeksgroep per activiteit zijn terug te vinden in bijlage 10. Van de 18 activiteiten zijn er 8 overgebleven waarin alle items geobserveerd kunnen worden; 3 in het cluster *Lichaamsbewustzijn*, 2 in het cluster *Regulatie vaardigheden* en 3 in het cluster *Communicatie & interactie*. De volledig uitgeschreven activiteiten zijn terug te vinden in bijlage 11. Hoewel de activiteiten ingedeeld zijn per cluster, zijn er binnen de activiteiten enkele items die ook onder een ander cluster vallen. De activiteiten en de daarbij te scoren items zijn terug te vinden in het item-scoreformulier (zie hieronder bij kopje 'het PDI-A') dat ingevuld wordt na het afnemen van het PDI-A.

2. Clusters

De 46 overgebleven relevante ICF items zijn na een inhoudsanalyse door de onderzoeksgroep verdeeld in de drie clusters uit het literatuuronderzoek. Dit is te zien in het cluster-scoreformulier (zie hieronder bij het kopje 'het PDI-A') voor de drie clusters dat ingevuld wordt na het scoren en optellen van de afzonderlijke items van het PDI-A. Zie hiervoor ook de scoringswijze.

3. Scoringswijze

Het PDI-A wordt gescoord met behulp van een 5-punts schaal, welke aansluit bij het ICF (WHO, 2009). Deze schaal is gevoelig voor veranderingsprocessen en biedt goede mogelijkheden voor evaluatie en effectmetingen (Emck, 2007). Per item dient de mate van probleemgedrag gescoord te worden in overeenstemming met de scoringstabel, zie tabel 2.

De afnemer dient achteraf per item te scoren en niet per activiteit. Zo wordt over het gehele instrument een beeld gevormd van het betreffende item. Zo kan het item driftbeheersing 4 keer gescoord worden binnen verschillende activiteiten en kunnen deze scores verschillen omdat het probleemgedrag niet in iedere activiteit even sterk naar voren zal komen. Er wordt bij de berekening van de itemscores en de clusterscores gebruik gemaakt van de hoogste itemscore omdat het PDI-A probleemgedrag wil uitlichten. Hierbij wordt uitgegaan van het *contrast-effect* (Stapel, Winkelman, 1998). Dit houdt in dat wanneer een agressieve patiënt wordt beoordeeld ten opzichte van andere vergelijkbare agressieve patiënten, dat de beoordeling waarschijnlijk lager uitvalt. Er ontstaat een bias naar beneden omdat de agressieve patiënt, afgezet tegen de gehele forensische populatie "wel meevalt" terwijl deze patiënt afgezet tegen de 'normale' populatie als agressief aangemerkt kan worden.

Uit een pilotonderzoek naar de betrouwbaarheid van de PsyMot (Emck & Sleenwenhoek, 2006) blijkt dat er een zelfde bias naar beneden plaatsvindt bij de scoring van bewegingsgedrag bij kinderen. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat PMT-ers gewend zijn aan het kijken naar probleemgedrag. Verondersteld wordt dat dit niet anders is binnen de forensische psychiatrie.

Na het overnemen van de hoogste scores wordt de totaalscore per cluster berekend. Het gaat hierbij om het percentage van de maximale score per cluster. De score "niet van toepassing" wordt hierin niet meegenomen.

Tabel 2: Scoring van het PDI-A

Categorie	Kwalificatie	Indicatie voor behandeling	Percentage max. score per items
0	Geen probleem op dit gebied	Geen indicatie voor behandeling	0 - 4 %
1	Gering probleem op dit gebied	Geen indicatie voor behandeling, tenzij specifieke itemscores een aanleiding vormen voor behandeling	5 - 24 %
2	Matig probleem op dit gebied	Indicatie voor behandeling en behandel doelstellingen overwegen	25 - 49 %
3	Ernstig probleem op dit gebied	Indicatie voor behandeling	50 - 95 %
4	Volledig probleem op dit gebied	Indicatie voor behandeling, indien verandering/ verbetering (deels) mogelijk geacht wordt	96 - 100 %
9	Niet van toepassing		

4. Afnameprocedure

De patiënt dient vooraf kort kennisgemaakt te hebben met de afnemer en dient op de hoogte te zijn van het onderzoek. De patiënten doen op vrijwillige basis mee aan het onderzoek en dienen hiervoor een informed consent te tekenen. Naar schatting duurt de afname 1,5 uur en dit kan dus in één keer worden gedaan. Vanzelfsprekend wordt hierbij rekening gehouden met de mentale en fysieke draagkracht van de patiënt. De scores worden toegekend direct na afloop van de volledige afname van het PDI-A.

5. Behandelindicaties

In tabel 2 zijn op basis van de scores ook de behandelindicaties weergegeven. De clusterscores worden uitgedrukt in de percentage scores en geven zo een beeld van de mogelijke probleemgebieden en behandelindicaties. Voor de formulering van de behandelrichting zijn de clusterscores leidend. De afnemer kan bij de bepaling van meer specifieke doelstellingen echter altijd de itemscores in het klinische redeneerproces betrekken. De afzonderlijke itemscores binnen deze gebieden kunnen helpend zijn om te bepalen waar men zich specifiek op gaat richten binnen de behandeling en in welke volgorde dit gebeurt.

Het PDI-A

Na het selecteren van relevante items, het indelen van de items per cluster, het selecteren van passende activiteiten, het bepalen van een passend scoringssysteem en afnameprocedure, kon uiteindelijk het PDI-A gerealiseerd worden. In tabel 3 wordt het item-scoreformulier van het PDI-A weergegeven en in tabel 4 wordt het cluster-scoreformulier van het PDI-A met het daarbij behorende percentage van de totaalscore per cluster weergegeven. Dit zijn de scoreformulieren van het PDI-A. Hiermee is voor dit mixed design onderzoek de ontwikkeling van het PDI-A tot stand gekomen. Dit instrument is gebruikt voor de verdere kwantitatieve fase van het onderzoek.

Tabel 3: Item scoreformulier PDI-A

	Lichaams- bewustzijn			Regulatie vaardig- heden		Interactie en com- municatie					
	Lopen richting de muur	Inspanningcircuit	Gewaarwording	Opbouwen van kracht	Ballen in beweging houden	Gecontroleerde toenadering	Stok verwisselen	Plek verwisselen		Maximale score	Algemeen
Alertheid											
Perceptie											
Lichaamsbeeld											
Hartslag											
Ademhaling											
Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties											
Reguleren van energieniveau											
Bereik van stemming											
Stemgebruik											
Spierspanning											
Adequaatheid van stemming											
Zelfbeeld											
Kracht											
Motivatie											
Driftbeheersing											
Vasthouden van aandacht											
Veranderen van aandachtsgebied											
Regulering van stemming											
Vaardigheden aanleren											
Inschikkelijkheid											
Psychische stabiliteit											
Vertrouwen											
Betrouwbaarheid											
Cognitieve flexibiliteit											
Oplossen van problemen											

Omgaan met stress en andere mentale eisen												
Reguleren van gedrag in gezelschap												
Omgaan met regels												
Beoordelingsvermogen												
Oriëntatie in andere personen												
Basale sociale vaardigheden												
Visueel waarnemen												
Auditief waarnemen												
Begrijpen van lichaamstaal												
Gebruiken van lichaamstaal												
Respect en warmte in relaties												
Tolerantie in relaties												
Kritiek in relaties												
Afstemmen op de ander												
Fysiek contact in relaties												
Omgaan met afstand en nabijheid												
Omgaan met meerderen												
Omgaan met ondergeschikten												
Denken												
Inzicht												
Sociale normen, gewoonten en ideologieën												

Tabel 4: Cluster scoreformulier PDI-A

Naam item	Maximale score	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Alertheid				
Perceptie				
Lichaamsbeeld				
Hartslag				
Ademhaling				
Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties				
Reguleren van energieniveau				
Bereik van stemming				
Stemgebruik				
Spierspanning				
Adequaatheid van stemming				
Zelfbeeld				
Kracht				
Motivatie				
Driftbeheersing				
Vasthouden van aandacht				
Veranderen van aandachtsgebied				
Regulering van stemming				
Vaardigheden aanleren				
Inschikkelijkheid				
Psychische stabiliteit				
Vertrouwen				
Betrouwbaarheid				
Cognitieve flexibiliteit				
Oplossen van problemen				
Omgaan met stress en andere mentale eisen				
Reguleren van gedrag in gezelschap				
Omgaan met regels				
Beoordelingsvermogen				
Oriëntatie in andere personen				
Basale sociale vaardigheden				
Visueel waarnemen				
Auditief waarnemen				
Begrijpen van lichaamstaal				
Gebruiken van lichaamstaal				
Respect en warmte in relaties				
Tolerantie in relaties				
Kritiek in relaties				
Afstemmen op de ander				
Fysiek contact in relaties				
Omgaan met afstand en nabijheid				
Omgaan met meerderen				

Omgaan met ondergeschikten				
Denken				
Inzicht				
Sociale normen, gewoonten en ideologieën				
Totaalscore cluster:				
Percentage van totaalscore op cluster:				
Categorie:	0 (0 - 4 %)			
	1 (5 - 24%)			
	2 (25-49%)			
	3 (50 - 95%)			
	4 (96 - 100%)			

Discussie en conclusies

A. Deelvraag 1: Relevantiebepaling items

Middels het expertpanel is bepaald welke items relevant werden bevonden om op te nemen in het PDI-A. De overgebleven ICF items sluiten inhoudelijk goed aan bij de literatuurfase en komen overeen met de informatie uit de eerder afgenomen enquête over diagnostiek bij agressieproblematiek binnen de PMT. Onder de drie clusters *Lichaamsbewustzijn*, *Regulatie vaardigheden* en *Communicatie & interactie* komen bij ieder voldoende ICF items terug die de lading van de afzonderlijke clusters dekken. Na de selectie door het expertpanel waren er verder weinig inhoudelijke wijzigingen of aanpassingen door de onderzoeksleden nodig. Het aantal items is gereduceerd tot 46 wat een hanteerbaar aantal is voor de klinische praktijk. Zowel praktisch als inhoudelijk is tot een geschikte selectie van relevante items gekomen.

Veel leden uit het expertpanel lieten weten het lastig te vinden om de items te scoren. Met name door de niet-PMT groep werd dit vaak benoemd. Het onderscheid tussen relevantie voor agressieproblematiek in het algemeen en relevantie voor agressieproblematiek binnen de PMT-context werd meerdere keren benoemd als lastig te beoordelen. Een expertpanel lid had zelfs twee scores ingevuld per item om dit onderscheid aan te geven. Op basis van de opmerkingen bij de scores konden de juiste scores gebruikt worden.

Deze feedback lijkt logisch gezien het voor niet-PMT-ers moeilijker is zich te verplaatsen in een PMT-context om de relevantie per item te bepalen. Uit de opmerkingen per item kon worden opgemaakt dat de scores echter wel op de juiste manier zijn ingevuld. Tevens blijkt uit de data dat er weinig significante verschillen worden gevonden tussen de twee groepen. Dit ondersteunt het idee dat de beide groepen op dezelfde wijze gescoord hebben.

B. Deelvraag 2: Operationalisatie

Het operationaliseren in de verschillende opeenvolgende stappen heeft geleid tot een psychomotorisch diagnostisch instrument met passende activiteiten, scoringswijze, afname procedure, scoringsformulieren en behandelindicaties.

Hoewel in het onderzoeksvoorstel was omschreven dat het selecteren van de activiteiten en de daarbij te scoren items met behulp van een tweede expertpanel van PMT-ers zou gebeuren, is hier vanaf geweken in verband met het beperkte tijdsbestek. Wanneer er wel gebruik was gemaakt van een expertpanel, was dit ten koste gegaan van het later uit te voeren kwantitatieve onderzoek. Bij het gebruik van een tweede expertpanel was de keuze voor de verschillende activiteiten en de daarbij te scoren items breder gedragen geweest. Ook was de verantwoording voor de indeling van de items per cluster steviger geweest.

Er is nu gekozen om een aantal items in alle drie de clusters mee te laten tellen aangezien ze niet specifiek onder een van de drie clusters vielen. Verder is er voor gekozen om elk item binnen een cluster even zwaar mee te laten wegen in de clusterscore. Er zijn echter ook andere scoringswijzen denkbaar die wellicht meer passend zijn, zoals het extra gewicht toekennen aan duidelijk onderscheidende items. Mogelijk kan in de toekomst door een expertpanel van PMT-ers aan de hand van toetsing in de praktijk nader bekeken worden wat de voorkeur verdient.

Door af te wijken van het onderzoeksvoorstel is de keuze voor de verschillende activiteiten en de daarbij te scoren items nu gebaseerd op de expertise van de 4 leden van de onderzoeksgroep.

De inschatting is dat de leden van de onderzoeksgroep voldoende methodische ervaring en actuele kennis hebben met betrekking tot het uitschrijven en onderbouwen van passende activiteiten. Om toch de grootst mogelijke zorgvuldigheid te betrachten zijn de activiteiten 2 keer getoetst in de praktijk. De praktische hanteerbaarheid van de activiteiten en de te scoren items zijn hierbij nogmaals nader bekeken. Op basis van deze afname zijn nog enkele kleine aanpassingen gedaan in

de omschrijving van de activiteiten en items die daarbij observeerbaar/ervaarbaar bleken. Het verdient een aanbeveling in de toekomst nader te onderzoeken of de activiteiten en de te scoren items per activiteit in de praktijk voldoende ondersteund worden door PMT-ers.

Voor de scoringwijze en het meenemen van de hoogste score per item is uitgegaan van het contrast-effect (Stapel, Winkielman, 1998) en eerder onderzoek naar psychomotorische diagnostiek (Emck & Sleenwenhoek, 2006). De veronderstelling hierbij is dat psychomotorisch therapeuten binnen de forensische psychiatrie in zekere mate ongevoeliger worden voor afwijkend probleemgedrag omdat ze hier dagelijks in forse mate mee te maken hebben. Dit zou een bias naar beneden kunnen veroorzaken. Er zou in de toekomst onderzoek gedaan kunnen worden naar de aanname die in dit onderzoek gedaan wordt.

Fase 3: Kwantitatief onderzoek

Inleiding

In het mixed design onderzoek is een item selectie gemaakt en zijn de gekozen items verwerkt tot het PDI-A. Dit ontwikkelde PDI-A is gebruikt voor het kwalitatieve onderzoek. Hierin werd de interbeoordelaars betrouwbaarheid en de concurrente validiteit nader onderzocht.

In het kwantitatieve onderzoek stonden de volgende vragen centraal.

- In hoeverre levert het PDI-A scores op met een voldoende mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid?
- In hoeverre leveren de scores op het PDI-A een valide indicatie met betrekking tot agressieproblematiek op?

Methode

A. Deelvraag 1: De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Onderzoekspopulatie

Voor het testen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het PDI-A werd er gebruik gemaakt van de vier leden van de onderzoeksgroep. Het inclusie criterium was het binnen 6 maanden zicht hebben op de titel Master psychomotorisch therapeut en het beschikken over ruime ervaring op het gebied van agressieproblematiek.

Onderzoeksprocedure

Er werd een patiënt benaderd uit de klinische forensische psychiatrie met actuele of dreigende externaliserende agressieproblematiek. De patiënt werd vooraf ingelicht dat het testen van het PDI-A werd gedaan voor een onderzoek naar diagnostiek bij agressieproblematiek. Hij heeft het informed consent (bijlage 12) getekend en verklaard vrijwillig mee te willen doen aan het onderzoek. Tevens is er een toestemmingsformulier getekend om het onderzoek op video op te nemen (bijlage 13).

Het PDI-A is volgens de handleiding van de uitgeschreven activiteiten in bijlage 11 afgenomen door één van de leden van de onderzoeksgroep. De patiënt heeft de 8 activiteiten uitgevoerd en dit is opgenomen op video. Deze opname is een dag later bekeken door de 4 leden van de onderzoeksgroep. Direct na afloop van het bekijken van de video is er afzonderlijk gescoord volgens de scoringsformulieren van het PDI-A (tabel 3 en 4). Tijdens de scoring mocht uiteraard niet overlegd worden door de onderzoekers. Het toekennen van een score op het scoreformulier is niet per activiteit, maar per item gebeurd.

Data-analyse

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de scores van de vier onderzoekers is per item berekend volgens de Domenic methode. (Baca-Garcia, Blanco, Sáiz-Ruiz, Rico, Diaz-Sastre & Cicchetti, 2001). De Domenic methode is geschikt voor het verwerken van ordinale gegevens en kan gebruikt worden bij meerdere beoordelaars die een klein aantal casussen moeten beoordelen. Dit in tegenstelling tot andere methoden die niet toepasbaar zijn voor ordinale gegevens of niet toepasbaar zijn voor gegevens die zijn verkregen door meer beoordelaars dan casussen (Broekman & ten Tusscher, 2008). Deze methode is even betrouwbaar bevonden als de *Kappa coëfficiënt* (Baca-Garcia e.a., 2001).

Bij het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt de volgende waardering van de mate van overeenstemming tussen de onderzoeksleden gehanteerd (Tabel 5).

Tabel 5: Mate van overeenstemming volgens de Domenic methode

Percentage van overeenstemming	Mate van overeenstemming
90-100 %	Excellent
80-89 %	Goed
70-79 %	Redelijk
< 70 %	Onvoldoende

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is handmatig door een van de onderzoeksleden berekend middels de Domenic methode. Dit is herhaald door een tweede onderzoeks lid om eventuele fouten in de berekening op te sporen en te verbeteren

Voor het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de 3 clusters zijn de ruwe scores omgezet in categoriescores. (zie mixed design onderzoek, tabel 4) Met deze categoriescores is opnieuw volgens de Domenic methode de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend.

B. Deelvraag 2: Validiteit

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van het kwantitatieve onderzoek van het PDI-A bestaat uit patiënten binnen de forensische psychiatrie met actuele of dreigende externaliserende agressieproblematiek tussen de 18 en 65 jaar. Voor het onderzoek wordt een patiënt gebruikt uit een klinische setting met een T.B.S. maatregel (F.P.C. Veldzicht) of uit een ambulante setting (Pompestichting, Kairos Arnhem en Apeldoorn).

Selectiemethoden

Patiënten die passen binnen de bovenstaande omschrijving, komen in aanmerking om mee te doen aan het onderzoek. Dit wordt bepaald door de onderzoekers in samenspraak met het multidisciplinaire behandelteam. Patiënten kunnen deelnemen nadat ze toestemming hebben gegeven middels een informed consent. Bij het selecteren van patiënten worden de volgende uitsluitingscriteria gehanteerd.

- Er wordt ingeschat dat er onvoldoende draagkracht is voor participatie aan het onderzoek door behandelteam en/of onderzoeker.
- Er is sprake van een acuut psychotisch beeld.
- Er is een sterke indruk van de onderzoeker dat de patiënt actueel onder invloed van middelen (alcohol en/of drugs).
- De patiënt en onderzoeker hebben een therapeutische werkrelatie of zijn anderszins met elkaar bekend.

Deelnemers

- Voor dit onderzoek is een patiënt geselecteerd die voldeed aan de bovenstaande voorwaarden. Er was bij deze patiënt geen sprake van een van de uitsluitingscriteria. Het ging om een man van 35 met een TBS maatregel, verblijvend in F.P.C. Veldzicht.

Onderzoeksmethode

Voor het bepalen van de concurrente validiteit zijn de clusterscores van het PDI-A vergeleken met drie vragenlijsten. De drie vragenlijsten zijn geselecteerd op grond van de volgende criteria;

- Relevantie voor meting van de aspecten van agressief gedrag
- Inhoudelijke overlap met een van de drie clusters
- Optimale psychometrische eigenschappen (Cotan- beoordeling, afnameprocedure etc.).

- Gangbaar binnen de forensische psychiatrie
- Aanwezigheid binnen de instelling

De score op het cluster lichaamsbewustzijn is vergeleken met de Sensory Awareness Questionnaire (SAQ) en de Body Sensations Questionnaire (BSQ). De score op het cluster Communicatie & interactie is vergeleken met de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA).

Voor dit onderzoek is het cluster Regulatie vaardigheden niet meegenomen in het bepalen van de concurrente validiteit. Een geschikte vragenlijst voor dit cluster werd binnen het tijdsbestek van het onderzoek niet gevonden. Daarom is de keuze gemaakt om dit cluster voor dit deel van het onderzoek buiten beschouwing te laten.

Onderzoeksprocedure

Er is een patiënt uit de klinische psychiatrie benaderd om mee te doen aan het onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van het PDI-A. Deze patiënt is vooraf ingelicht dat het testen van het PDI-A werd gedaan voor een onderzoek naar diagnostiek bij agressieproblematiek. Hij heeft het informed consent getekend en verklaard vrijwillig mee te willen doen aan het onderzoek. Tevens is er een toestemmingsformulier getekend om het onderzoek op video op te nemen.

Het afnemen van het onderzoek heeft in 1,5 uur plaatsgevonden in de PMT-ruimte van het F.P.C. Veldzicht. De 8 activiteiten zoals uitgeschreven in bijlage 11 zijn door de patient uitgevoerd. Na afloop heeft patiënt de IOA, de BSQ en de SAQ ingevuld onder begeleiding van de PMT-er die ook het onderzoek in de zaal heeft afgenomen. De afname tijd per lijst was ongeveer 10 tot 15 minuten.

Meetinstrumenten

Voor het cluster *Communicatie & interactie* is gebruik gemaakt van de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA) van Dam-Baggen & Kraaimat (Dam-Baggen & Kraaimat, 2000). Dit is een betrouwbaar, valide en genormeerd instrument met 5 subschalen, te weten; Kritiek geven, aandacht vragen voor eigen mening, waardering uitspreken voor de ander, initiatief nemen tot contact en jezelf waarderen. Tevens is er een schaal waarin de hoeveelheid spanning wordt gemeten die de patiënt aangeeft te ervaren bij deze aspecten van het omgaan met anderen. In een rest subschaal wordt gecontroleerd voor sociale wenselijkheid.

Voor het cluster *Lichaamsbewustzijn* werd de Nederlandse vertaling van de Sensory Awareness Questionnaire (SAQ) van Shields gebruikt (Shields, Mallory & Simon, 1989). Deze zelfrapportage vragenlijst richt zich op de mate waarin mensen zich bewust zijn van innerlijke lichamelijke sensaties. Het is een valide en betrouwbaar meetinstrument met 4 subschalen, te weten; bemerken van verschillen bij lichamelijke processen, voorspellen van lichamelijke reacties, slaap-waak ritme en het bemerken van ziek worden. Er zijn momenteel nog geen normgegevens bekend.

Tevens is voor dit cluster gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de Body Sensations Questionnaire (BSQ) van Bouwman (Bouman, 1998). De BSQ meet bewustzijn van-, en angst voor lichamelijke sensaties, die kunnen optreden wanneer men gespannen of angstig is. De lijst bestaat uit 17 psychische,- en somatische symptomen en is ingedeeld in 4 clusters te weten, cardiale-, en respiratoire systeem, gastro-intestinaal, perifere zenuwstelsel en psychische symptomen. De interne consistentie van de schaal is goed evenals de test - hertest betrouwbaarheid van de totaalscore.

Statistische tests of kwalitatieve analysemethoden

De concurrente validiteit werd nader bekeken op basis van een vergelijking tussen de clusterscores van het PDI-A en de drie vragenlijsten; de IOA, BSQ en SAQ.

Van de IOA en de BSQ waren normeringen aanwezig, van de SAQ nog niet. Voor deze n=1 studie werden geen statistische toetsen uitgevoerd maar werd gekozen voor een descriptieve analyse.

Resultaten

Deelvraag A: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

In tabel 6 is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid per item weergegeven. Van de 46 items werden er 45 gescoord; een item werd door alle vier de beoordelaars gescoord met een 9 (niet van toepassing). Dit item (lichaamsbewustzijn) kon niet gescoord worden omdat door de afnemer vergeten werd dit uit te vragen.

Tabel 6: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid per item

Naam	A	B	C	D	IRR	Overeenstemming
Alertheid	2	3	2	1	83,5	goed
Perceptie	2	2	2	2	100	excellent
Lichaamsbeeld	9	9	9	9	9	missing value
Hartslag	3	1	1	1	78,5	redelijk
Ademhaling	3	2	1	1	78,7	redelijk
Gewaarwordingen verband houdend met spieren en	2	2	2	2	100	excellent
Reguleren van energieniveau	2	3	2	3	90,7	excellent
Bereik van stemming	1	3	2	2	83,5	goed
Stemgebruik	1	0	2	2	71,5	redelijk
Spierspanning	1	2	2	1	90,7	excellent
Adequaatheid van stemming	2	2	2	3	93	excellent
Zelfbeeld	1	3	3	4	69,2	onvoldoende
Kracht	1	3	1	3	71,3	redelijk
Motivatatie	1	0	1	0	80,7	goed
Driftbeheersing	1	1	1	3	78,5	Redelijk
Vasthouden van aandacht	1	1	1	2	93	Excellent
Veranderen van aandachtsgebied	1	1	2	1	93	Excellent
Regulering van stemming	1	2	1	2	90,7	Excellent
Vaardigheden aanleren	1	3	1	1	78,5	Redelijk
Inschikkelijkheid	1	0	2	3	59,5	Onvoldoende
Psychische stabiliteit	0	0	1	1	80,7	Goed
Vertrouwen	1	3	2	3	78,7	Redelijk
Betrouwbaarheid	0	1	1	1	85,5	Goed
Cognitieve flexibiliteit	1	3	3	3	78,5	Redelijk
Oplossen van problemen	1	4	1	2	64,5	Onvoldoende
Omgaan met stress en andere	2	3	2	3	90,7	Excellent
Reguleren van gedrag in gezelschap	1	1	1	1	100	Excellent
Omgaan met regels	0	0	1	0	85,5	Goed
Beoordelingsvermogen	2	4	2	2	78,5	Redelijk
Oriëntatie in andere personen	2	3	3	1	78,7	Redelijk
Basale sociale vaardigheden	1	4	3	1	59,7	Onvoldoende
Visueel waarnemen	1	1	2	1	93	Excellent
Auditief waarnemen	0	1	1	2	76,2	Redelijk
Begrijpen van lichaamstaal	0	1	2	1	76,2	Redelijk
Gebruiken van lichaamstaal	2	3	2	2	93	Excellent
Respect en warmte in relaties	1	1	3	2	78,7	Redelijk
Tolerantie in relaties	2	2	2	1	93	Excellent

Kritiek in relaties	1	4	2	2	69,2	Onvoldoende
Afstemmen op de ander	1	2	3	3	78,7	Redelijk
Fysiek contact in relaties	1	1	1	2	93	Excellent
Omgaan met afstand en nabijheid	3	3	2	4	83,5	Goed
Omgaan met meerderen	1	0	1	2	76,2	Redelijk
Omgaan met ondergeschikten	0	1	2	4	47,7	Onvoldoende
Denken	2	1	2	3	83,5	Goed
Inzicht	3	4	2	2	78,7	Redelijk
Sociale normen, gewoonten en	3	3	2	3	93	Excellent
Totaalscore	60	88	80	87	3679,1	
Totaal percentage					81,75	Goed

Bij het overgrote deel van de items (86,7 %) wordt een redelijke tot excellente interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gevonden. Het percentage items waarop een onvoldoende hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt gevonden is 13,3 %, zie tabel 7

Tabel 7: Percentages mate van overeenstemming

IRR	Aantal items	Percentage items
Excellent	15	33,3
Goed	8	17,8
Redelijk	16	35,6
Onvoldoende	6	13,3

In tabel 8 is de score van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op de verschillende clusters weergegeven. Voor alle drie de clusters wordt een excellente mate van overeenstemming gevonden tussen de 4 scoorders.

Tabel 8: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid per cluster

	Ruwe scores				Categorie					
Percentage van totaalscore	A	B	C	D	A	B	C	D	IRR	Overeenstemming
Lichaamsbewustzijn	50	50	46	50	3	3	2	3	93,0	Excellent
Regulatie vaardigheden	32	48	40	49	2	2	2	2	100,0	Excellent
Communicatie & interactie	31	50	48	50	2	3	2	3	90,7	Excellent

Op het cluster lichaamsbewustzijn wordt volgens de scores van het PDI-A het meeste probleemgedrag geobserveerd. Daarna in iets mindere mate op het cluster communicatie & interactie. Er is een trend zichtbaar dat er laag is gescoord op het cluster regulerende vaardigheden.

Deelvraag B: Concurrente validiteit

In tabel 9 zijn de clusterscores van de onderzoeksleden van het PDI-A weergegeven.

Tabel 9: Clusterscores PDI-A

Percentage van totaalscore per cluster van het PDI-A	Ruwe scores				Categorie			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Lichaamsbewustzijn	50	50	46	50	3	3	2	3
Regulatie vaardigheden	32	48	40	49	2	2	2	2
Communicatie & interactie	31	50	48	50	2	3	2	3

In tabel 10 worden de scores van de patiënt op de IOA weergegeven. Deze scores zijn afgezet tegen de normgroep “normaal volwassenen” tussen de 25 en 35 jaar en vergeleken met de scores op het cluster Communicatie & interactie van het PDI-A.

Tabel 10: Scores Inventarisatielijst omgaan met anderen

	Totaalscores Spanning	Kritiek	Aandacht	Waardering	Initiatief	Zelf- waardering	Rest categorie
Spanning <i>Kwalificatie</i>	87 <i>Hoog</i>	20 <i>Gemiddeld</i>	16 <i>Hoog</i>	12 <i>Zeer hoog</i>	10 <i>Gemiddeld</i>	9 <i>Boven Gemiddeld</i>	20
Frequentie <i>Kwalificatie</i>	119 <i>Boven gemiddeld</i>	23 <i>Hoog</i>	16 <i>Beneden gemiddeld</i>	16 <i>Gemiddeld</i>	18 <i>Hoog</i>	13 <i>Boven gemiddeld</i>	33

Vanuit de resultaten van de IOA wordt geconstateerd dat de patiënt over het algemeen boven gemiddeld tot hoog scoort op de ervaren spanning in het omgaan met anderen. De mate waarin hij de verschillende interactievormen aangaat is over het algemeen bovengemiddeld. Hij lijkt voor hem spanningsvolle interacties dus niet te vermijden. Alleen het waardering uitspreken voor anderen doet patiënt in benedengemiddelde mate en hierbij ervaart hij zeer hoge spanning.

Over de score van het PDI-A kan gezegd worden dat er binnen het cluster communicatie & interactie overwegend hoog gescoord wordt. Door twee van de vier onderzoeksleden worden ernstige problemen op dit gebied geobserveerd. Dat er problemen zijn op dit gebied is in overeenstemming met de scores op de IOA.

In tabel 11 zijn de scores van de patiënt op de BSQ weergegeven. De scores zijn afgezet tegen de normgroep normaal volwassen mannen.

Tabel 11: Scores Body Sensations Questionnaire

	Cardiale en respiratoire systeem	Gastro- intestinaal	Perifere zenuwstelsel	Psychische symptomen
Gemiddelde score	2,8 Zeer hoog	2,3 Hoog	1,9 Hoog	1 Laag

De patiënt scoort bij de BSQ over het algemeen hoog op het zich bewustzijn van-, en de angst voor lichamelijke sensaties. Uit de subschalen komt naar voren dat hij het hoogst scoort op de cardiale en respiratoire symptomen. Hij scoort juist laag op het zich bewustzijn van psychische symptomen.

De resultaten van de SAQ laten zien dat patiënt zich vrij goed bewust is van lichamelijke sensaties. Hij bemerkt specifieke reacties als honger, moeheid, veranderingen in lichaamstemperatuur in zijn lichaam goed op. Waarnemingen rondom het slaap-waak ritme van patiënt zijn niet verstoord. Alleen veranderingen in energieniveau worden nauwelijks opgemerkt.

Vanuit het PDI-A komt naar voren dat er matige tot ernstige problemen zijn op het gebied van het lichaamsbewustzijn. Drie van de vier onderzoeksleden scoren op dit cluster ernstige problemen. Op cluster niveau van het PDI-A is er dus weinig overeenstemming met de BSQ en de SAQ. De patiënt scoort echter juist vrij laag (geringe tot matige problemen) op de items ademhaling, hartslag en gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties. Hij herkent basale spanningssignalen als hartkloppingen, kortademigheid en spanning in spieren adequaat en kan deze gewaarwordingen ook benoemen. Op itemniveau wordt dus wel enige overeenstemming gevonden tussen het PDI-A, BSQ en SAQ.

Discussie en conclusies

A. Deelvraag 1: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Op basis van de resultaten van dit onderzoek werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de afzonderlijke items van het PDI-A goed bevonden. Bij slechts 13,3 % van alle items bleek de onderlinge overeenstemming tussen de onderzoeksleden onvoldoende. Tevens bleek de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de clusters op basis van dit onderzoek excellent. Het ontwikkelde PDI-A blijkt onder de leden van de onderzoeksgroep tot eenduidige resultaten op item en cluster niveau te leiden.

Voor het gebruik van de Domenic methode dient er idealiter echter een groter aantal beoordelaars te zijn. Hoewel het onderzoek hoopgevende resultaten oplevert, dienen ze dus met enige voorzichtigheid en bescheidenheid te worden bekeken.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is bepaald op basis van scoring van de 4 leden van de onderzoeksgroep. Aangenomen mag worden dat zij door het ontwikkelen van het PDI-A zeer goed op de hoogte zijn van de inhoud van de items. Wellicht geeft dit een vertekend beeld en zou de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid lager uitvallen bij PMT-ers die nog minder bekend zijn met het PDI-A. Enerzijds pleit dit voor het scholen van gebruikers van het PDI-A. Anderzijds verdient dit een aanbeveling voor verder onderzoek met een andere onderzoekspopulatie.

Na het berekenen van de percentages van de totaalscores per cluster, lijkt het erop dat de clusters nog te weinig onderscheidend vermogen hebben. Hoewel alle vier de onderzoeksleden het grootste probleem zagen op het cluster *Communicatie & interactie*, komt deze observatie maar in beperkte mate terug in de scores. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de constructen die gemeten worden

met de verschillende clusters verschillen qua omvang. Zo wordt met het cluster *Communicatie & interactie* wellicht een veel breder construct gemeten dan met het cluster *Lichaamsbewustzijn*. Items waarop probleemgedrag geobserveerd wordt en een hogere score hebben, zouden in een groot cluster makkelijker kunnen wegvallen dan in een kleiner cluster. Dit zou mogelijk ook kunnen verklaren waarom de score van onderzoekslid A op het cluster *Communicatie & interactie* duidelijk lager uitvalt dan de scores op dit cluster voor onderzoeksliden B, C en D. Onderzoekslid A heeft over het algemeen sowieso lagere scores gegeven. Dit komt dan mogelijk sterker tot uiting in het grootste cluster.

Bij het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werden er soms grote verschillen gevonden per item. Hoewel de meeste items (86,7 %) een redelijke, goede of excellente mate van overeenstemming hadden, waren er ook items (13,3 %) waar bij de scoring weinig overeenstemming werd gevonden. Voor een vervolg onderzoek met een grotere N zou het interessant kunnen zijn om te kijken of dit zich bij dezelfde items herhaalt. Wellicht zijn deze items dan nog niet eenduidig genoeg omschreven en zou dit richting gevend kunnen zijn voor de mogelijke verbetering van de omschrijvingen per item.

B. Deelvraag 2: Concurrente validiteit

Op basis van de vergelijking van de scores van het PDI-A met de IOA, BSQ en SAQ blijkt dat er sprake is van verschillen in concurrente validiteit per cluster.

Overlap wordt met name op het cluster *Communicatie & interactie* geconstateerd. Vanuit de IOA en het PDI-A blijkt dat er ernstige problemen zijn in de interactie met anderen. De concurrente validiteit van dit cluster kwam ook op item niveau goed overeen. Patiënt scoort hoog op items als het omgaan met afstand en nabijheid, het afstemmen op de ander en het zich oriënteren in anderen.

Hoewel patiënt zich bij de afname van het PDI-A coöperatief opstelde, werd geobserveerd dat de spanningen regelmatig duidelijk opliepen. Ondanks dat er binnen diverse activiteiten een opbouw van spanning te zien was, bleef de patiënt netjes en beleefd. Hij liet weinig tot niets merken van eventuele irritaties of ongenoegen en maakt deze op geen enkele wijze bespreekbaar. Dit komt overeen met de resultaten op de IOA. Hij gaat de interacties met anderen niet uit de weg, maar loopt hieraan wel veel spanning op en vraagt hierbij geen aandacht voor zijn eigen mening.

Op het cluster *Lichaamsbewustzijn* worden minder overeenkomsten gevonden. Zowel uit de BSQ als de SAQ komt naar voren dat patiënt weinig problemen heeft op het gebied van het lichaamsbewustzijn. Hij geeft aan de meeste lichamelijke sensaties te herkennen en zich hier bewust van te zijn. Op het PDI-A scoren drie van de vier onderzoeksliden echter dat er sprake is van ernstig probleemgedrag binnen dit cluster. Vanuit de klinische blik werden echter minder problemen gesignaleerd dan in de score van het PDI-A tot uitdrukking kwam.

Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat het cluster *Lichaamsbewustzijn* een breder construct meet dan de beide vragenlijsten. Op de items die nauw overeenkomen met de SAQ en BSQ, zoals de ademhaling, hartslag en gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties scoort patiënt laag. Deze scores komen dus wel overeen met de vragenlijsten. Items als alertheid, bereik van stemming en zelfbeeld vallen echter ook onder dit cluster en lijken minder verband te houden met inhoud van de BSQ en SAQ. Op deze items is de score van het PDI-A beduidend hoger en aangezien het hier om het kleinste cluster gaat, kunnen deze scores het gemiddelde duidelijk beïnvloeden. Hoewel de scores op item niveau dus wel goed overeenkomen met de vragenlijsten, is dit wellicht hierdoor op clusterniveau minder het geval. Hieruit zou de conclusie getrokken kunnen worden dat er voor vervolgonderzoek nader gekeken moet worden naar de concurrente validiteit van het cluster *Lichaamsbewustzijn*. Hiervoor kan geprobeerd worden om andere, meer overlappende vragenlijsten te gebruiken. Tevens moet ook kritisch gekeken worden naar de inhoud van het cluster *Lichaamsbewustzijn*.

In dit deel van het onderzoek is het cluster *Regulatie vaardigheden* niet meegenomen. Dit aangezien een geschikte vragenlijst voor dit cluster binnen het tijdsbestek van het onderzoek niet werd gevonden. In een vervolgonderzoek kan dit cluster wel meegenomen worden om de concurrente validiteit van dit cluster te kunnen bepalen.

Hoewel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op de drie clusters excellent was, liggen de afzonderlijke clusters qua scores vrij dicht bij elkaar in de buurt. Hierin waren verschillen merkbaar met de klinische blik van de vier onderzoeksleden. Na afloop van het scoren werden er de grootste problemen gezien op het cluster *Communicatie & interactie*. De minste problemen werden gezien op het cluster *Regulatie vaardigheden*. Met name op het cluster *Lichaamsbewustzijn* zijn de scores van het PDI-A dus hoger uitgevallen dan verwacht op basis van de klinische blik. En op dit cluster worden dus ook qua concurrente validiteit de grootste verschillen gevonden.

Om te onderzoeken of dit een eenmalig verschijnsel is passend bij de gekozen patiënt, zou verder onderzoek nodig zijn waarbij het PDI-A bij meerdere patiënten wordt afgenomen.

Het ontwikkelen van het PDI-A is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid gedaan. Het maken van een praktisch hanteerbaar psychomotorisch diagnostisch instrument heeft met name in het mixed design onderzoek veel tijd in beslag genomen. Hierdoor is de kwantitatieve fase minder uitgebreid gedaan dan vooraf gepland was en is het aantal proefpersonen lager uitgevallen dan oorspronkelijk de bedoeling was. Hoewel de resultaten, met name voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zeer gunstig en hoopgevend zijn, kunnen er nog weinig conclusies aan verbonden worden. De kwantitatieve fase kan gezien worden als een aanzet voor verder onderzoek.

In de toekomst is verder onderzoek met een grotere N noodzakelijk om meer zicht te krijgen op de betrouwbaarheid en validiteit van het PDI-A. Mogelijk zou er ook nog een vragenlijst gezocht kunnen worden die passend is voor het cluster *Regulatie vaardigheden*. De huidige kwantitatieve onderzoeksopzet kan hierbij als richtinggevend worden gehanteerd.

Teven is het interessant om hier het gebied van de risicotaxatie in mee te nemen. Binnen de forensische psychiatrie is diagnostiek nauw verbonden met risicotaxatie. Verschillende aspecten van risicotaxatie lijken ook terug te komen in het PDI-A. Impulsiviteit, inzicht en frustratietolerantie zijn bijvoorbeeld belangrijke pijlers in risicotaxatie instrumenten. Hoewel het PDI-A niet is ontwikkeld voor risicotaxatie, zou in de toekomst ook gekeken kunnen worden naar de bijdrage van het PDI-A op dit gebied.

Literatuur

- Akhtar, N., & Bradley, E.J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: present findings and implication for social skills training. Clinical Psychology Review, 11, 621-644.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, C.A., Anderson, K.B. & Deuser, W.E. (1996). Examining an affective aggression framework weapon and temperature effects on aggressive thoughts, affect, and attitudes. Personality and social psychology bulletin, 22 (4) 366-376.
- Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2001). Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A Meta-Analytic Review of the Scientific Literature, Iowa State University, Psychological Science, Vol. 12, No. 5.
- Arboleda-Florez, J., Crisanti, A., Rose, S., & Holley, H. (1994). Measuring aggression on psychiatric inpatient units: development and testing of the Calgary General Hospital Aggression Scale. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 38 (3), 183–203.
- Averill, J.R. (1982). Anger and aggression: an essay on emotion. New York : Springer-Veslag.
- Baarda, D.B. & de Goede, M.P.M. (2006). Basisboek Methoden en Technieken,handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek, vierde druk, Wolters-Noordhoff bv. Groningen/ Houten, The Netherlands.
- Baca-García E., Blanco C., Sáiz-Ruiz J., Rico F., Diaz-Sastre C. & Cicchetti D.V. (2001). Assessment of reliability in the clinical evaluation of depressive symptoms among multiple investigators in a multicenter clinical trial. Psychiatry Research, 102, 63-173.
- Bakal, D. (1999). Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness. New York: The Guilford Press.
- Barrat, E.S. (1994). Impulsiveness and aggression. In Monoham, J., Steadman, H.J. Violence and mental disorders: developments in risk assessment. (p 61-79) Chicago: University of Chicago press.
- Bartels, A.A.J., Blondelle, G., Mulder, J. & Timmer, J. (2003), Agressiebehandeling in de Van Mesdag kliniek. GGz Wetenschappelijk, p.3-14.
- Bech, P., & Mak, M. (1995). Measurements of impulsivity and aggression. In E. Hollander & D.J. Stein (Red.), Impulsivity and aggression (pp. 25-42). Chichester: John Wiley & Sons.
- Berghe van den, P.L. (1974). Bringing beasts back in: toward a biosocial theory of aggression. American sociological Review (39), 777-788.
- Berman, M. (1997). Biopsychosocial conceptualizations of aggression: the first thirty years. Clinical psychology Review (17) 585-588.
- Boer, Hart, Kropp & Webster (1997). Sexual Violence Risk – 20. British Columbia: Simon Fraser University.
- Boerhout, C.& van der Weele, K. (2007). Psychomotorische therapie en agressieregulatie: een pilotonderzoek. Tijdschrift voor vaktherapie 2, 11-18.
- Bond, A.J. (1992). Pharmacological manipulation of aggressiveness and impulsiveness in healthy volunteers. Progress in Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry 16, (1), 1-7.
- Bouman, T. K. (1998). De Body Sensations Questionnaire (BSQ). Gedragstherapie 31, 165–168.
- Broekman, H. & ten Tusscher, M. (2008). The PsyMot. An investigation of the reliability by using new and specific measures. Onderzoeksverslag. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- Buckner, J.C., Beardslee, W.R. & Bassuk, E.L. (2004). Exposure to violence and low-income children's mental health: Direct, moderated, and mediated relations. American journal of orthopsychiatry 74, (4) 413-423.

- Buss, A. & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology 63, (3), 452-459.
- Canton, W.J., van der Veer, T.S., van Panhuis, P.J.A., e.a. (2004). De betrouwbaarheid van risicotaxatie in de pro Justitia rapportage, een onderzoek met behulp van de hkt-30. Tijdschrift voor psychiatrie 46, 8, 537-542
- Canton, W.J., van der Veer, T.S., van Panhuis, P.J.A., e.a. (2004). De voorspellende waarde van risicotaxatie bij de rapportage pro Justitia. Onderzoek naar de hkt-30 en de klinische inschatting. Tijdschrift voor Psychiatrie, 46, 525-535.
- Cocarro, E.F. (2004). Aggression: psychiatric assessment and treatment. New York: Marcel Dekker, inc.
- Conger, J.C., Conger, A.J. & Edmondson, C. (2003). The relationship of anger and social skills to psychological symptoms. Assessment, 10, (3) 248-258.
- Curran S.F., Blatchley, R.J. & Hanlon, T.E. (1978). The Relationship Between Body Buffer Zone and Violence as Assessed By Subjective and Objective Techniques. Criminal Justice and Behavior 5, (1): 53-62.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (2000). Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (ioa). Handleiding (2de, geheel herziene druk). Lisse: Swets Test Publishers.
- Deffenbacher, J.L. & Stark, R.S. (1992). Relaxation and cognitive-relaxation treatments of general anger. Journal of counseling psychology, 39, (2) 158-167.
- Dijk, A.C.J. (2005). Handen thuis? Handen thuis! Psychomotorische behandeling bij plegers van huiselijk geweld. In: J. de Lange & R.J. Bosscher (red). Psychomotorische therapie in de praktijk. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J. & Newman, J.P. Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. Abnormal psychology, 99, 385-392.
- Dodge, K.A., Bates, J.E. & Petit, G.S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. Science, 250, 1678-1683.
- Emck, C., Hammink, M.N. & Bosscher, R.J. (2005). PsyMot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar. Amersfoort: 't Web
- Emck, C. (2007). Scoren en erbij blijven! Deel 1: de ontwikkeling van de PsyMot als diagnostisch instrument. Tijdschrift voor vaktherapie (3) 41-47.
- Emck, C. & Sleuwhoeck, J. C. (2006). Proefballon bij Fornhese. Een pilotonderzoek naar bewegen in de kinderpsychiatrie. Tijdschrift voor vaktherapie, 2 (2), 3-11
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model, Science 196, pag. 129-136
- Freedman, B.J., Rosenthal, R., Donahoe, C.P., Schbundy, D.G. & Mc Fall, R.M. (1978). A social behavioral analysis of skill deficits in delinquent en non-delinquent adolescent boys. Journal of consulting and clinical psychology, 46, 1448-1462.
- Goldstein, A.P. & Glick, B. (1987). Aggression replacement training. Journal of counseling and development, 65, 356-362.
- Hammink, M.N. (2003). Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct. Maastricht: Shaker Publishing BV.
- Hanson, R.F., Borntrager, C. & Self-Brown, S. (2008). Relations Among Gender, Violence Exposure, and Mental Health: The National Survey of Adolescents. American journal of orthopsychiatry 78, (3) 313-321.
- Hare, R.D. (1991). The Revised Psychopathy Checklist. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harmon-Jones, E., Barrat, E.S. & Wigg, S. (1997). Impulsiveness, aggression, reading, and de P300 of the event related potential. Personal and individual differences, 22, (4) 439-445.
- Hart, S.D., Ruiter, C. de, Hildebrand, M. & Vogel, V. de (2001). SVR-20 codeerblad. Uitgebreide versie. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Stichting.

- Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Beek, D. van (2001). SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag. Utrecht: Forum Educatief.
- Hollin, C.R. (1990). Social skills training with delinquents: a look at the evidence and some recommendations for practice. British Journal of Social Work, 20, 483-493.
- Hollin, C.R., & Palmer, E.J. (2001). Skills training. In C.R. Hollin (Red.), Handbook of Offender Assessment and Treatment (pp. 269- 280). Chichester: John Wiley & Sons.
- Hornsveld, R.H.J., Nijman, H.L.I., Clive, R., & Kraaimaat, F.W. (2007). Development of the Observation Scale for Aggressive Behavior (OSAB) for Dutch forensic psychiatric in patients with an antisocial personality disorder, International Journal of Law and Psychiatry, 30, 480 – 491.
- Hornsveld, R.H.J. (2006). Ontwikkeling en evaluatie van de Agressiehanteringstherapie voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten, deel I. Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Medische psychologie, FPI De Kijvelanden, poli- en dagklinik Het Dok.
- Hornsveld, R.H.J., van Dam-Baggen, C.M.J., Lammers, S.M.M., Nijman, H.L.I. & Kraaimaat, H.I. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag. Tijdschrift voor psychiatrie 46, (3) 133-143.
- Kinzel, A.F. (1970). Body-buffer zone in violent prisoners. American Journal of Psychiatry 127, (1) 131-139.
- Kolk, B.A. van der (1994). The body keeps the score: memory and evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard review of psychiatry (1) 253-265.
- Krakowski, M.(2003). Violence and serotonin: Influence of impulse control, affect regulation, and social functioning. Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 15, (3) 294-305.
- Kuin, F.M.B. (2000). Impulscontroleproblematiek. Module Psychomotorische Therapie, NVPMT.
- Kuin, F.M.B. (2005). Op tijd stoppen. Behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. In Lange, J. & Bosscher, R. Psychomotorische therapie in de praktijk. Nijmegen: Cure & care publishers.
- Lam, 't K. & Lancel, M. (2008). Cursusboek voor de basiscursus START, risico-inventarisatie. GGZ Drenthe, geestelijke gezondheidszorg & ouderenzorg.
- Lange, A., Hoogendoorn, M. & Wiederspahn, A. (2004). Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch (BDHI-D). Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee-agressievragenlijst. Bohn Stafleu van Loghum.
- Mak, M., de Koning, P. (1995). Clinical research in aggressive patients, pitfalls in study design and measurement of aggression. Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiat. Vol 19, pp. 993-1017. Copyright 1995, Elsevier Science Inc.
- Mc Elroy S.I., Soutullo, C.A., Beckman, D.A., Taylor, P. & Keck, P.E. (1998). DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. Journal of Clinical psychiatry 59, (1) 203-110.
- Meester, C., Muris, P., Bosman, H., Schouten, E., & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the aggression questionnaire. Behavior Research and Therapy, 34, 839-845.
- Miller, L.A., Collins, R.L. & Kent, T.A. (2008). Language and the modulation of impulsive aggression. Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, 20, (3) 261-273.
- Newhill, C.E. & Mulvey, E.P. (2002). Emotion dysregulation: the key to a treatment approach for violent mentally ill individuals. Clinical Social Work Journal, 30, (2) 157-171.
- Nickel, C., Lahmann, C., Tritt, K., Loew, T.H. & Rother, W.K. (2005). Stressed aggressive adolescents benefit from progressive muscle relaxation: A random, prospective, controlled trial. Stress and Health 21 169–175.
- Nijkamp, M.N. (2008). Enquête: Diagnostiek bij agressieproblematiek binnen de psychomotorische therapie. Ongepubliceerd rapport. Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Novaco, R. W. (2003). The Novaco Anger scale and Provocation Inventory (NAS-PI). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ogden, P., Minton, K., Paun, C. (2006). Trauma and the body, a sensorimotor approach to psychotherapy. New York: W.W Norton & Company, inc.

- Palmstierna, T., & Wistedt, B. (1987). Staff Observation Aggression Scale, SOAS: presentation and evaluation. Acta Psychiatrica Scandinavica, 76, 657–663.
- Philipse, M., Ruiter, de, C., Hildebrand, M., e.a. (2000). HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. (Nederlandse vertaling/Handleiding). Enschede: febodruk.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B., & Spielberger, C.D. (1982). Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, zav. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Pollatos, O., Traut-Mattusch, E. & Schandry, R. (2009). Differential effects of anxiety and depression on interoceptive accuracy. Depression and Anxiety 26, (2) 167-173.
- Price C.J.D., Thompson E.A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. Journal of alternative and complementary medicine 13, (9) 945-953.
- Rachman, S. (2004). Anxiety, second edition. New York: Psychology press, Taylor & Francis group.
- Rispens, J., Carlier, E. & Schoorl, P. (1990). Diagnostiek in de hulpverlening, methodische aspecten. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Roffman, A.E. (2004). Is anger a thing-to-be-managed? Psychotherapy; Theory, Research, Practice, Training, 41, 161 -171.
- Rueve, M., Welton, R. (2008). Violence and Mental Illness. Psychiatry 5, (5) 34-48.
- Ruiter, C. de & Vogel, V. de (1999) HCR-20; checklist voor het voorspellen van gewelddadig gedrag, Nederlandse versie.
- Sadock, B.J., Kaplan, H.I. & Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry, tenth edition.
- Schlichter, K.J. & Horan, J.J. (1981). Effects of Stress Inoculation on the Anger and Aggression Management Skills of Institutionalized Juvenile Delinquents. Cognitive Therapy and Research, 5, (4) 359-365.
- Seroczynski, A.D., Bergman, C.S. & Coracco, E.F. (1991). Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes of environment? Psychiatric Research 86 (1) 41-57.
- Siegmán, A.W., Townsend, S.T., Civelek, A.C & Blumenthal, R.S. (2000). Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary Heart Disease. Psychosomatic Medicine 62 (2) 248–257.
- Smeijsters, H. (2007). Agressieregulatiedoor vaktherapieën in de forensische psychiatrie. Heerlen: Hogeschool Zuyd –KenVaK.
- Spee, P. (2003). “De papieren taxatie voorbij”. Afstudeerscriptie in het kader van de VO-PMT. Hogeschool Windeheim, Zwolle.
- Straker, D. (2008). Changing minds: in detail. Syque press.
- Sturkenboom, M.M. (1986). Agressie in beweging. Bewegen en Hulpverlening (3) 202-216.
- Suris, A., Lind, L., Emmett, G., Borman, P.D., Kashner, M. & Barratt, E.S. (2004). Measures of aggressive behavior: Overview of clinical and research instruments. Aggression and Violent Behavior 9 165–227.
- Tamboer, J.W.I. (1989). Filosofie van de bewegingswetenschappen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Uijting, M. (2004). Behandeling van ‘agressieproblemen’, Probleemgedrag bij jongeren met een Licht Verstandelijke Handicap. RVE Emaus: Ermelo.
- Veen, van der, E (2007). ‘De dynamiek in beeld’, Een onderzoek naar de betrouwbaarheid van een gestandaardiseerde observatieprocedure voor PMT bij risicotaxatie van licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel geweld. Masterpiece ter afsluiting van de Master-opleiding PMT. Hogeschool Windesheim, Zwolle.
- Vingerhoets, A.J.J.M. (2004). Onbegrepen chronische klachten in een wisselend biopsychosociaal perspectief. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 82 (6), 358-363.
- Vogel, V. de, & Hilderbrand, M. (2001). Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag: de Historical, Clinical, Risk Management 20 (HCR-20). Gedragstherapie, nummer 34, p 93-102.

- WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM, Bilthoven (2002). ICF Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Eerste druk, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wistedt, B., Rasmussen, A., Pederson, L., Malm, U., Traskman-Bendz, L., Wakelin, J., & Bech, P. (1990). The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry*, 23, 249–252.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 35–39.
- Zwart, M.J.P. & van de Kamp, M.M. (2008). Betrouwbaarheid en validiteit van het psychomotorisch diagnostisch instrument voor de intake van getraumatiseerde volwassen patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Masterpiece ter afsluiting van de Master-opleiding PMT. Hogeschool Windesheim, Zwolle.

Internetbronnen

- <http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/icd9/icfhome.htm>
- <http://www.efp.nl/>
- <http://www.efp.nl/site/instrumenten->
- <http://www.nvpmt.nl>
- <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf>
- <http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cla>
- <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Dankwoord

Dit onderzoek zou niet tot stand zijn gekomen zonder de facilitering vanuit het Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht en de Pompestichting, locatie Kairos Arnhem en Apeldoorn.

Wij willen een aantal personen in het bijzonder bedanken die ons gedurende de afgelopen periode op verschillende manieren hebben gesteund.

Ten eerste, Claudia Emck voor haar prettige manier van begeleiden. Na ieder bezoek konden we met een positief gevoel verder en haar snelle antwoorden op vragen waren voor ons zeer waardevol en helpend. Joris, bedankt voor het gezelschap.

Lia van der Maas, dank voor haar hulp rondom de derde fase van het onderzoek en de vragenlijsten op het gebied van lichaamsbewustzijn.

Marja Zwart voor het mogen inzien van haar onderzoeksverslag naar een psychomotorisch diagnostisch instrument voor de intake van getraumatiseerde volwassenen.

Het expertpanel, bestaande uit PMT-ers en niet-PMT-ers, voor hun inzet bij de relevantie bepaling van de items van het PDI-A. Bedankt voor de vanzelfsprekendheid waarmee jullie je medewerking verleend hebben aan deze tijdrovende klus.

Jan Abbas
Antoinette Alberink
Cees Boerhout
Fred Dijk
Pijke Dijkema
Bas Dopheide
Elmer Eijsackers
Sander Fauth
Suzanna Feddes
Angela van den Geize
Wim de Hoop
Egbert Langstraat
Jos de Natris
Norbert Nijland
Henk Penninx
Leon Stoffels
Irma Timmermans
Joop Verschuur
Nol Wienk
Brigitte Willemsen
Almar Zwets
Kees Zwijnenburg

Erik Bulten, dank voor zijn expertise rondom diagnostiek op het gebied van agressie.

De patiënt uit de FPC Veldzicht voor zijn medewerking heeft verleend aan dit onderzoek.

En als laatste willen wij onze partners bedanken voor de grote steun bij dit onderzoek. Jullie onuitputtelijke incasseringsvermogen was geweldig.

Bijlagen

Bijlage 1

Enquête: Diagnostiek bij agressieproblematiek binnen de Psychomotorische therapie

Oktober 2008, M.N. Nijkamp

Inleiding

Psychomotorische therapeuten zijn gespecialiseerd in het observeren en betekenis verlenen aan gedrag. Wat PMT-ers precies observeren en hoe ze dit doen is niet altijd even duidelijk. Deels vanuit interesse en deels vanuit het idee om in de Master thesis iets te doen met diagnostiek op het gebied van agressieproblematiek, is op de studiedag voor forensische (PMT-ers) een enquête gedaan.

Methode

Aan alle 34 deelnemers gevraagd wat ze belangrijk vinden om als PMT-er te observeren om de aard van agressieproblematiek in beeld te krijgen. Hierbij werd informatie gevraagd over hoe de PMT-er te werk gaat om diagnostische informatie te verkrijgen op het gebied van agressieproblematiek. Aan de deelnemers werden de volgende vragen gesteld:

Is uw observatie individueel dan wel groepsverband?

Welke informatie voor wat betreft de DSM-IV probeert u te achterhalen?

Welke aan agressie gerelateerde thema's probeert u te lichten?

Welke activiteit gebruikt daarvoor?

Welke interventies past u toe om informatie te verkrijgen?

Hoe is uw therapeutische attitude?

Aan de deelnemers is ter plekke, bij de opening van de studiedag is de motivatie voor het onderzoek uitgelegd en gevraagd of ze bereid waren mee te werken. Van de 37 deelnemers hebben er 34 een formulier ingevuld. Dit is ter plekke individueel gedaan in 10 minuten. Een formulier is ingevuld met bovenstaande vragen. Dit is direct daarna ingeleverd.

Resultaten

In groepsverband of individuele observatievormen		Totaal score
Individueel:	1111111111111111	15
Groepsverband:	111111	6
Individueel of groepsverband:	111111111111	12
Informatie voor wat betreft de DSM-IV		
Persoonlijkheidsproblematiek cluster B	111	3
Persoonlijkheidsproblematiek cluster c	1	1
Persoonlijkheidsproblematiek	1111111111	10
Stoornis in de impulscntrole	1111111111111111	17
Psychotische stoornis	11	2
ADHD	1111	4
Autistiforme stoornissen	1111	4
Niet/ niet correct ingevuld	1111111111111111	15
Informatie voor wat betreft agressiegerelateerde thema's		
Grenzen	111111111111	12
Assertiviteit	11111	5
Frustratietolerantie	111111111	9
Omgaan met boosheid	1	1

Zelfbeeld	11	2
Lichaamsbewustzijn	111111111111	13
Impulsregulatie	111111111111111111	20
Spanningsniveau	11111111	8
Spanningshantering	111111	6
Kracht	11	2
Controle	11111111	8
Samenwerking	11111111111111	14
Sociaal contact	111111111111	11
Communicatie	1111	4
Behoeftte bevrediging	1	1
Vertrouwen	1	1
Prikkelgevoeligheid	11	2
Afstand – nabijheid	1111	4
Leiden – volgen	11	2
Emotieregulatie	11	2
Macht- onmacht	111111	6
Hulp vragen –geven	11	2
Mate van fysiek zijn	1	1
Beïnvloedbaarheid	1	1
Probleem oplossen	1	1
Omgaan met kritiek	1	1

Welke activiteit wordt hiervoor gebruikt?

Zeër diverse activiteiten waarin bovenstaande thema's terug komen. De activiteiten zijn niet allemaal uitgeschreven in de resultaten sectie maar kunnen gebruikt worden als inspiratie voor een diagnostisch instrument op het gebied van agressie.

Welke interventies worden ingezet?

Ook weer diverse verschillende interventies mogelijk die aansluiten bij bovenstaande thema's. Ook deze zijn niet allemaal uitgeschreven omdat ze specifiek zijn voor de verschillende omschreven activiteiten. Ze worden gebruikt als inspiratiebron voor een diagnostisch instrument op het gebied van agressie.

Hoe is de therapeutische attitude?

Uitdagend	1111111111111111	15
Directief	111111111111	11
Stimulerend	1111111111111111	15
Uitnodigend	111111111111	10
Ondersteunend	111111111111	11
Onderzoekend	111111	5
Neutraal	11111111	7
Begrenzend	1111	4

Resultaten

De resultaten geven een indicatie van de wijze waarop PMT-ers in het forensische werkveld diagnostiek verrichten. Het kan gebruikt worden als inspiratiebron voor het opzetten van een diagnostisch instrument op het gebied van agressie. Zeker de activiteiten en interventies bieden een breed spectrum van originele, goed uitgedachte en bruikbare bewegingsarrangementen.

Tevens kunnen er enkele dingen worden opgemerkt. Wat opvalt, is dat bijna de helft van de deelnemers het onderscheid tussen DSM-IV diagnose en aan agressie gerelateerde problematiek door elkaar haalt. Veel mensen vullen bij de DSM-IV diagnoses agressiegerelateerde thema's in of dit onderdeel wordt niet ingevuld met als argumentatie dat men zich niet met diagnostiek bezig houdt. Dit zou mogelijk iets kunnen zeggen over de manier waarop PMT-ers diagnostiek bedrijven. Niet zozeer vanuit een classificerend model, maar meer vanuit de wijze waarop de problematiek zich uit. Gezien de praktijk gerichte focus van PMT-ers is dit logisch te verklaren. Een zekere onbekendheid/onbehandigheid in het kijken naar DSM-IV problematiek speelt echter mogelijk ook een rol.

Bij de thema's die agressiegerelateerd zijn, is een grote diversiteit zichtbaar. Zowel bij de thema's als de DSM-IV classificatie scoort impulsregulatie zeer hoog. Ook thema's op het gebied van samenwerking, spanningshantering en lichaamsbewustzijn scoren over het algemeen het hoog. Andere thema's die vaak genoemd worden zijn: Frustratietolerantie, omgaan met grenzen en controle.

Ten slotte kan over de therapeutische attitude gezegd worden dat de verschillende attitudes in dezelfde mate gebruikt worden door PMT-ers. Een mogelijk opvallend detail is dat er vrij vaak gebruik wordt gemaakt van een uitdagende, stimulerende houding. Het lijkt waarschijnlijk dat dit gedaan wordt om de agressieproblematiek in beeld te krijgen. Het uitdagen en op speels wijze uitlokken van dit gedrag lijkt te passen bij het werk van de PMT-er.

Bijlage 2

Expertpanel PMT-ers

Pijke Dijkema
Bas Dopheide
Sander Fauth
Norbert Nijland
Nol Wienk
Elmer Eijsackers
Fred Dijk
Egbert Langstraat
Cees Boerhout
Leon Stoffels
Jan Abbas
Henk Penninx

Expertpanel niet PMT-ers

Suzanna Feddes
Antoinette Alberink
Kees Zwijnenburg
Irma Timmermans
Jos de Natris
Almar Zwets
Wim de Hoop
Angela Gieze
Brigitte Willemsen
Joop Verschuur

Bijlage 3

Aanpassingen ICF items 1

Wijzigingen naar aanleiding van de scores door onderzoeksgroep

Bij score op een hoofditem waarbij ook subitems gescoord zijn, wordt de hoofdscore weggehaald.

Wel benoemd voor het expertpanel, tenzij anders vermeld.

Bij score van 1 wordt item weggehaald, tenzij anders vermeld.

- B110 Samenvoeging subitems tot hoofd item, onderscheid niet relevante genoeg, gaat om state of alertness
- B126 Met alle subitems invoegen, omdat het allemaal persoonlijkheidstrekken zijn en we er niet een uit kunnen halen/ samen kunnen voegen.
- B140 Hoofditem laten staan om het belang van onderscheid tussen hoofd en subitems bij expertpanel te laten
- B156 Hoofditem laten staan, alle subitems laten vervallen want die vallen hier onder. Onderscheid tussen subitems niet voldoende belangrijk
- B160 Hoofditem laten staan, keuze aan expertpanel of *gedachten* binnen de PMT wel of niet belangrijk zijn of dat dit zich al uit in andere items. B1603 weglaten omdat de beschrijving van alle subitems nu onder de beschrijving van het hoofditem valt
- B270 In de beschrijving alle items aanpassen tot het zich bewust worden van... Gaat dus niet om de functionele beperking, maar om de perceptie. B840 valt hier ook onder
- B280 Hoofditem laten staan omdat bij B270 de pijnperceptie eruit is gehaald (B2703)
- B310& B330& B340
Met subitems onder hoofdcluster B3 gevoegd, onderscheid van hoofd en subitems niet relevant genoeg. In de beschrijving het item aanpassen naar het bewustzijn van de manier waarop je stemgeluid produceert (stem verheffen, stemgeluid, hard en snel praten etc.)
- B4100 In de beschrijving alle items aanpassen tot het zich bewust worden van... Gaat dus niet om de functionele beperking, maar om de perceptie.
- B440 In de beschrijving alle items toevoegen dat het ook om het zich bewust worden van... gaat
- B469 Item weggehaald omdat hij onder B460 valt
- B550 Hoofditem en subitems weghalen want ze vallen al onder B270
- B640 Item laten staan ondanks score 1 vanwege inhoudelijke relevantie. Expertpanel mee laten denken over relevantie en hoe dit mogelijk terug te laten komen in de observatie
- B730 Hoofditem laten staan en b7300 & b7306 laten vervallen. Vallen allemaal onder het hoofditem B 730
- B735 Hoofditem laten staan en alle gescoorde subitems laten vervallen. Vallen allemaal onder het hoofditem B 735
- B760 Hoofditem laten staan en alle gescoorde subitems laten vervallen. Vallen allemaal onder het hoofditem B760
- B765 Hoofditem laten staan en alle gescoorde subitems laten vervallen. Vallen allemaal onder het hoofditem B765
- B780 Hoofditem laten staan en alle gescoorde subitems laten vervallen. Vallen allemaal onder het hoofditem B780
- D155 Hoofditem laten staan, subitems vallen hieronder
- D175 Hoofditem laten staan, subitems vallen hieronder
- D2303 Hoofditem als titel niet vernoemen, is verwarrend t.o.v. het subitem
- D240 Hoofditem laten staan en alle gescoorde subitems laten vervallen. Vallen allemaal onder het hoofditem
- D325 Hoofditem laten staan, subitems vallen hieronder
- D330 Hoofditem laten staan, subitems vallen hieronder

D350 Hoofditem laten staan, subitems vallen hieronder

D355 Hoofditem laten staan, subitems vervallen

D5208 & D5404 & D5702 & D5708& D598

Met subitems onder hoofdcluster D5 gevoegd, onderscheid van hoofd en subitems niet relevant genoeg. Expertpanel laten beslissen of zelfzorg relevant is

E4 E410 t/m E455 vallen hieronder. In de beschrijving noemen dat het gaat om persoonlijke attitudes van anderen om de patiënt heen.

Bijlage 4

Geachte heer / mevrouw,

In het kader van ons onderzoek voor de Master opleiding Psychomotorische Therapie richten wij deze mail tot u. Wij zijn bezig met een afstudeer onderzoek waarmee wij een bijdrage willen leveren aan de psychomotorische diagnostiek in de forensische psychiatrie.

Steeds vaker wordt er een appèl gedaan op psychomotorisch therapeuten om *evidence-based* te werken. Valide en betrouwbare meetinstrumenten voor onderzoek en diagnostiek zijn daarom van essentieel belang voor de professionalisering van de PMT. Gezien het belang van en de mogelijkheid voor vakspecifieke diagnostiek op het gebied van agressie ontstond het idee voor de ontwikkeling van een Psychomotorisch Diagnostisch Instrument met betrekking tot Agressieproblematiek, het PDI-A.

Op basis van literatuuronderzoek hebben wij een theoretisch onderbouwde opzet voor dit instrument ontwikkeld. Om deze opzet verder te toetsen willen we gebruik maken van een expertpanel van collega's uit verschillende disciplines in de geestelijke gezondheidszorg (psychomotorisch therapeuten, psychotherapeuten, klinisch psychologen, psychiaters etc.). Vanwege uw ruime ervaring en kennis met betrekking tot agressieproblematiek willen we u vragen om deel te nemen aan dit expertpanel.

Indien u deel wilt nemen vragen wij u gericht feedback te geven op een door ons gemaakte en onderbouwde onderverdeling van agressie in 3 clusters en daarbij behorende items. Dit zal via de e-mail gecorrespondeerd worden en vergt maximaal een uur van uw tijd.

Graag horen we binnen een week (19 oktober 2009) van u of u bereid bent om mee te werken aan ons onderzoek en of wij gebruik kunnen maken van uw expertise. Daarna ontvangt u vanzelfsprekend meer informatie. Bij voorbaat dank voor de moeite.

Met vriendelijke groet,

Moeneke Nijkamp (Kairos, Arnhem)

Marjet Ekhart (Kairos, Apeldoorn)

Pim Hoek (FPC Veldzicht, Balkbrug)

Barry Reijs (FPC Veldzicht, Balkbrug)

Begeleiding: Claudia Emck (VU Amsterdam / Windesheim Zwolle)

Voor informatie of vragen: PDI-A@hotmail.com

Bijlage 5

Geachte heer/mevrouw,

Fijn dat u heeft aangegeven dat u mee wilt werken aan de ontwikkeling van ons Psychomotorisch Diagnostisch Instrument op het gebied van Agressie, het PDI-A. In deze mail wordt u precies uitgelegd hoe u feedback kunt geven op de opzet van dit diagnostische instrument.

Wat moet u weten over het PDI-A?

Het PDI-A probeert recht te doen aan de multicausaliteit van agressief gedrag. In de DSM-IV kan agressie als symptoom verbonden zijn aan verschillende As I en As II stoornissen. Bovendien verschilt de oorzaak van agressief gedrag vaak per persoon. Het PDI-A is niet gericht op het classificeren van agressieproblematiek volgens de DSM-IV, maar op het registreren van de diverse aspecten van agressieproblematiek bij een individu.

Om overzicht aan te brengen in de verschillende aspecten die samenhangen met de agressieproblematiek van een individu wordt voor het PDI-A gebruik gemaakt van de clusters *lichaamsbewustzijn, regulatie vaardigheden en communicatie & interactie*. Deze clusters zijn specifiek voor de PMT; dat wil zeggen dat de clusters deelaspecten van agressie weergeven die binnen de PMT zichtbaar en/of ervaarbaar kunnen worden gemaakt. Het instrument is dus toegespitst op de psychomotorische aspecten van agressie. De PMT onderscheidt zich van andere therapieën door zich te richten op beweging en lichaamservaring. Ten opzichte van de bestaande diagnostiek van agressieproblematiek heeft het PDI-A op dit gebied een toegevoegde waarde.

Het is dan ook erg belangrijk dat u de vragenlijst beantwoordt vanuit uw vakspecifieke expertise.

Wat moet u doen?

In de bijlage vindt u de vragenlijst met betrekking tot het PDI-A. Hierin staan 73 items welke geselecteerd zijn op basis van veld-, en literatuuronderzoek.^[1] We willen u vragen mee te denken over de *relevantie* van de items met betrekking tot een psychomotorisch diagnostisch instrument op het gebied van agressie. Hiermee helpt u met het definitief selecteren van de meest relevante items, welke vervolgens in de clusters worden ingedeeld.

Het is de bedoeling dat u de *relevantie* volgens u, per item als volgt scoort in de rechter kolom.

2 = relevant of zeer relevant

1 = redelijk of een beetje relevant

0 = niet of nauwelijks relevant

Het is belangrijk dat u de beschrijving per item goed door leest alvorens de relevantie te scoren.

Naast het scoren van de relevantie is er per item ruimte voor het plaatsen van opmerkingen. Tevens is er onderaan de vragenlijst ruimte om aan te geven of u iets gemist hebt of om overige suggesties te doen over het PDI-A.

Graag ontvangen wij de ingevulde vragenlijst retour voor 30 oktober zodat wij voldoende tijd hebben om de gegevens te gebruiken bij de verdere ontwikkeling van het PDI-A. Indien wij op 30 oktober nog geen reactie van u hebben ontvangen, zullen wij u een herinnering sturen of telefonisch contact opnemen. Indien u nog vragen heeft of meer wilt weten over de ontwikkeling van het PDI-A, kunt u natuurlijk contact opnemen met een van ons.

Uiteraard wordt u op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen en uitkomsten van ons onderzoek. Wij hopen in januari een passend eindproduct te kunnen presenteren.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Vriendelijke groeten,

Moeneke Nijkamp (Kairos, Arnhem)

Marjet Ekhart (Kairos, Apeldoorn)

Pim Hoek (FPC Veldzicht, Balkbrug)

Barry Reijs (FPC Veldzicht, Balkbrug)

Begeleiding: Claudia Emck (VU Amsterdam / Windesheim Zwolle)

Voor informatie of vragen: PDI-A@hotmail.com

[1] Voor de formulering en definiëring van de items is gebruik gemaakt van de International Classification of Functioning voor volwassenen (ICF, WHO, 2001).

Bijlage 6

Aanpassingen ICF items 2

Wijzigingen n.a.v. de scores en feedback van het expertpanel

Bij een gemiddelde score van 1,2 of hoger, wordt het item opgenomen, tenzij anders vermeldt.

Bij een gemiddelde score lager dan 1,2, wordt het item weggehaald, tenzij anders vermeldt.

B4100 B4100 Hartslag wordt:

Hartslag: (specificatie van B4100 en B460)

Was al gespecificeerd, nu toevoeging van het bemerken van het verschil.

B440 B440 Ademhaling wordt:

Ademhaling: B440 (specificatie) en B460 (specificatie)

B460 B460 Gewaarwordingen gepaard gaande met cardiovasculaire en respiratoire functies

Verwijderd, aangezien deze is ondergebracht bij Hartslag (specificatie B4100 en B460) en Ademhaling (specificatie B440 en B460).

B730 B730 Spiersterkte wordt:

Kracht (specificatie B730 spiersterkte)

Niet voldoende gescoord door expertpanel. Wel veelvuldig feedback dat de mate van het inzetten van kracht wel van belang is. Daarom nu gespecificeerd toegevoegd.

B1300 B1300 (specificatie) energieniveau en D2303 indeling van activiteitsniveau wordt:

Reguleren van energie (specificatie B1300 energieniveau, D2303 indeling van activiteitsniveau, B765 onwillekeurige bewegingen).

Toevoeging B765 onwillekeurige bewegingen die op zich zelfstaand niet genoeg gescoord was, maar wel in het geheel past wanneer het gaat over reguleren van energie.

B122 B122 Globale psychosociale functies wordt:

Basale sociale vaardigheden (specificatie B122 Globale psychosociale functies, inclusief D350 Converseren en D355 Bespreken)

D350 Converseren en D355 Bespreken waren niet voldoende gescoord door het expertpanel. Wel passen deze items goed onder item van sociale vaardigheden.

B156 B156 Perceptie wordt:

Perceptie (specificatie B156 perceptie, inclusief B2700 Temperatuurwaarneming, B2702 Waarneming van druk en B280 Pijngewaarwording).

B2700 Temperatuurwaarneming, B2702 Waarneming van druk en B280 Pijngewaarwording waren afzonderlijk niet voldoende gescoord door het expertpanel. Wel passen deze items goed onder het item perceptie.

B1800 B1800 Ervaren van het zelf wordt:

Zelfbeeld (specificatie B1800 Ervaren van het zelf).

B11420 Oriëntatie in eigen persoon was op zichzelf al voldoende gescoord, maar door expertpanel werd voornamelijk bedoeld op (negatief) zelfbeeld. De score op dit item past daarom onder het item zelfbeeld.

E410 t/m E455

E410 t/m E455 Attitudes is voldoende gescoord door het expertpanel. We achten dit aspect dan wel van groot belang, maar bij nader inzien is het erg moeilijk observeerbaar te maken binnen de PMT-context. De PDI-A achter wij dan ook niet toereikend om dit in kaart te brengen.

Bijlage 7

ICF items (code)	Score A	Score B	Score C	Score D	Totaal	ICF Items (code)	Score A	Score B	Score C	Score D	Totaal
b110			1		1	b1603	1		1		2
b1100		1	1	1	3	b164			1		1
b1102		1	1		2	b1640				1	1
b114			1		1	b1641	1	1			2
b1142			1		1	b1643	1		1	1	3
b11420	1	1	1	1	4	b1644	2	2		1	5
b11421	1		1	1	3	b1645	1		1	2	4
b117				1	1	b1646	2	2	1	1	6
b122	1		1	1	3	b16700				1	1
b126			2		2	b16702				1	1
b1260				2	2	b1671				1	1
b1261	1	1		2	4	b16710				1	1
b1263	1		1	1	3	b176			1		1
b1264			1		1	b180			1		1
b1265		1			1	b1800	1	2	1	1	5
b1266	1	1		1	3	b1801	1	2	1	2	6
b1267		1		1	2	b210			1	1	2
b130			2		2	b230			1		1
b1300	1	1		1	3	b235	1				1
b1301		1	1		2	b2401				1	1
b1303				1	1	b260				1	1
b1304	2	2	2	2	8	b270			1		1
b134				1	1	b2700		1	1	2	4
b140	1		1	1	3	b2701			1	2	3
b1400	1	2	1		4	b2702			1	2	3
b1401	1		1		2	b2703			1		1
b1402	1				1	b280	1			1	2
b1403	1				1	b2800		1			1
b147			2		2	b310			1		1
b1470	2	2	2	2	8	b3100			1	2	3
b1471		1	2	2	5	b3101				1	1
b152			2		2	b3300				1	1
b1520	2	1	2	1	6	b3301				1	1
b1521	2	2	2	2	8	b3302				1	1
b1522		1		1	2	b3401				1	1
b156	1		2	1	4	b4100	2			2	4
b1560	1	1	1		3	b4101			1		1
b1561	1	1	2		4	b4200				1	1
b1562	1	1			2	b4201				1	1
b1563	1	1			2	b4208			1		1
b1564	1	1			2	b440	2		1		3
b1565	1	1	2		4	b4400	2			2	4
b160	1		1	1	3	b4401			1		1
b1600	1				1	b4402	2			2	4
b1601	1				1	b4408				1	1
b1602	1				1	b445			1		1

ICF items (code)	Score A	Score B	Score C	Score D	Totaal	ICF Items (code)	Score A	Score B	Score C	Score D	Totaal
b450			1		1	d163	1			1	2
b455			1		1	d175	2	2		1	5
b4550		1			1	d1750	2	1			3
b4552	1				1	d1751	2	2			4
b460		1		2	3	d177	1	2	1	1	5
b469		1		1		d210	1				1
b530	1	1			2	d2100	1				1
b550			1		1	d2101	1				1
b5500			1	1	2	d2102	1				1
b5501	1		1		2	d2103	1				1
b640		1			1	d220	1				1
b730			1		1	d2200	1				1
b7300			1	1	2	d2201	1				1
b7302			1		1	d2202	1				1
b7303			1		1	d2203	1				1
b7304				1	1	d2303		2			2
b7305				1	1	d240	2		2	2	6
b7306	2	1	1	1	5	d2400	2	1	1		4
b735	2		1		3	d 2401	2	2	2	2	8
b7350			1	2	3	d2402	2		2	2	6
b 7354	2			2	4	d2408	2			2	4
b 7355	2			2	4	d2409	2			2	4
b 7356	2	2	1	2	7	d310	1		1	1	3
b7502				1	1	d315	2		2	1	5
b755	1		1	1	3	d3150	2	2	2		4
b760	2		1		3	d3151	2		2		4
b7600			1	1	2	d3158			2		2
b7601			1	1	2	d3159			2		2
b7602			1		1	d330			1		1
b7603			1		1	d335	2		2		4
b765	2		1		3	d3350	2	2	2		6
b7650			1	2	3	d3351	2		1		3
b7651	2				2	d350	2			1	3
b7652	2				2	d3500	2				2
b780			2		2	d3501	2	1			3
b7800	1			2	3	d3502	2				2
b7808		1			1	d3503	2	1			3
b830			1		1	d3504	2				2
b840				1	1	d355	2			1	3
d110	1		1	1	3	d3550	2	1			3
d115	1	2		1	4	d3551	2				2
d120	1				1	d360				1	1
d155	2		1		3	d369				1	1
d1550	2		1		3	d415			1		1
d1551	2		1		3	d5208		1			1
d160	1	2	1	1	5	d5404		1			1

ICF items (code)	Score A	Score B	Score C	Score D	Totaal	
d5702		1			1	
d5708		1			1	
d598		1			1	
d6603		1			1	
d710	2		1	2	5	
d7100	2	1	1		4	
d7101	2				2	
d7102	2	1			3	
d7103	2	1			3	
d7104	2	2			4	
d7105	2	1			3	
d720	2		1	2	5	
d7200	2	1			3	
d7201	2				2	
d7202	2	2	1		5	
d7203	2	2	1	2	7	
d7204	2	2		2	6	
d7208		1			1	
d730	1				1	
d740	1				1	
d7400	1	1		2	4	
d7401	1			2	3	
d7402	1	1		2	4	
d7600				1	1	
d7601				1	1	
d770				1	1	
d799			1		1	
d9205				1	1	
e110	1				1	
e1101	1				1	
e325				1	1	
e330			1		1	
e335			1		1	
e410			1		1	
e415			1		1	
e425			1	1	2	
e430			1		1	
e445			1		1	
e460				1	1	
e465		1	1	1	3	
e5500		1			1	
e5501		1			1	
e5502		1			1	

Bijlage 8

ICF code	ICF omschrijving	Score: 2 = relevant of zeer relevant 1 = redelijk relevant 0 = niet of nauwelijks relevant
B110 Bewustzijn functies	Algemene mentale functies gerelateerd aan de mate van bewustzijn en alertheid inclusief de helderheid en de continuïteit van het wakker zijn. Denk hierbij ook aan de staat van bewustzijn, de continuïteit en de kwaliteit van het bewustzijn [ICF]. Dit item kan binnen bewegingssituaties geobserveerd worden. Is hij/zij/cliënt alert in de PMT –zaal? Of lijkt hij/zij soms afwezig, in trance of hyperalert?	
B11420 Oriëntatie in eigen persoon	Mentale functies: Het zich bewust zijn van eigen identiteit [ICF]. Dit wordt geobserveerd en nagevraagd binnen de PMT context? Kan de persoon bij navraag duidelijk en coherent zij identiteit omschrijven?	
B11421 Oriëntatie in andere personen	Oriëntatie in andere personen; Mentale functies: Het zich bewust zijn van de identiteit van andere personen in de onmiddellijke omgeving [ICF]. Weet hij/zij hoe hij zich gedraagt/opstelt met andere personen? Kan de persoon bij navraag duidelijk en coherent een ander persoon omschrijven.	
B122 Globale psychosociale functies	Algemene mentale functies die, naarmate ze zich gedurende het leven ontwikkelen, nodig zijn om de mentale functies die leiden tot de ontwikkeling van tussenmenselijke vaardigheden - belangrijk bij het aangaan van sociale interacties, in termen van zowel betekenis als doel - te begrijpen en constructief te integreren [ICF]. Beschikt hij/zij over mogelijkheden om interactie aan te gaan of worden basale verstoringen in het begrijpen van interactie opgemerkt?	
B1260 Extraversie	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren door openheid, een sociale instelling en een zich manifesteren, in tegenstelling tot verlegen, ontoegankelijk en geremd [ICF].	
B1261 Inschikkelijkheid	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als coöperatief, vriendelijk en gemakkelijk, in tegenstelling tot onvriendelijk, tegendraads en opstandig [ICF].	

B1263 Psychische stabiliteit	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als gelijkmoedig, kalm en gelijkmatig, in tegenstelling tot lichtgeraakt, zorgelijk, labiel en wispelturig [ICF].	
B1264 Ontvankelijkheid voor nieuwe ervaringen	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als nieuwsgierig, fantasierijk, onderzoekend en zoeken naar nieuwe ervaringen, in tegenstelling tot mat, onoplettend, en zich emotioneel niet uitend [ICF].	
B1265 Optimisme	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als vrolijk, opgewekt en verwachtingsvol, in tegenstelling tot terneergeslagen, zwaarmoedig en wanhopig [ICF].	
B1266 Vertrouwen	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als zelfverzekerd, moedig en assertief, in tegenstelling tot timide, onzeker en teruggetrokken [ICF].	
B1267 Betrouwbaarheid	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als betrouwbaar en gewetensvol, in tegenstelling tot oneerlijk en asociaal [ICF].	
B1300 (specificatie) Energieniveau	De mate van kracht en uithoudingsvermogen [ICF]. Wat is het energieniveau? In welke mate is hij / zij actief dan wel passief binnen bewegingsarrangementen.	
B1301 Motivatie	De trigger om te handelen, de bewuste of onbewuste drijfveren [ICF]. In hoeverre komt hij/zij makkelijk in beweging?	
B1304 Driftbeheersing	Mentale functies die het reguleren van en het weerstand bieden tegen plotselinge intense behoefte om iets te doen [ICF]. In hoeverre kan hij/zij binnen een bewegingsactiviteit zijn primaire impulsen beheersen zowel fysiek / motorisch, verbaal als anderszins. Bv slaan, schoppen, gebaren, schelden, snuiven, boeren, spugen.	
B1400 Vasthouden van aandacht	Vasthouden van aandacht: het is staat zijn om de concentratie gedurende de vereiste tijdsduur vol te houden en zich te richten op een externe stimulus of een innerlijke ervaring gedurende de vereiste periode [ICF]. Bijvoorbeeld het richten van de aandacht op de activiteit of op het eigen lichaam.	
B1401 Veranderen van aandachtsgebied	Het in staat zijn om de aandacht te verplaatsen van de ene stimulus naar de andere en zich te richten op een externe stimulus of een innerlijke ervaring gedurende de vereiste periode [ICF]. Bijvoorbeeld het verplaatsen van de aandacht	

	op de activiteit of op het eigen lichaam.	
B1402 Verdelen van aandacht	Het in staat zijn om de aandacht te richten op twee of meer stimuli tegelijkertijd en zich te richten op een externe stimulus of een innerlijke ervaring gedurende de vereiste periode [ICF]. Bijvoorbeeld het verdelen van de aandacht op de activiteit dan wel op het eigen lichaam.	
B1471 Kwaliteit van psychomotorische functies	Non-verbaal gedrag waarbij er sprake is van de goede subcomponenten in de juiste volgorde, zoals bij hand-oog coördinatie, of gaan [ICF]. Wat is de kwaliteit van de bewegingscoördinatie en motoriek?	
B1520 Adequaatheid van stemming	Congruentie van gevoel of affect met de omgeving, zoals blijheid bij het ontvangen van goed nieuws [ICF]. Zijn de emotionele reacties in de PMT context reëel gezien de situatie?	
B1521 Regulering van stemming	Het ervaren van affect en het vermogen om affect te tonen [ICF]. Kan hij/zij de gevoelens die opgeroepen worden in de PMT situatie ervaren en verdragen?	
B1522 Bereik van stemming	Het spectrum van ervaringen ten aanzien van arousal of gevoelens zoals bij liefde, haat, angst, verdriet, vreugde, vrees en boosheid [ICF]. Kan hij/zij een spectrum aan gevoelens binnen de PMT context ervaren? Kent hij/zij nuanceren in opwindingsstoestanden?	
B156 Perceptie	Specifieke mentale functies gerelateerd aan het herkennen en interpreteren van sensorische stimuli. Hier valt binnen: auditieve perceptie, visuele perceptie, perceptie van geur, perceptie van smaak, tactiele perceptie, en visuospatieële perceptie; stoornissen zoals bij hallucinatie of illusie [ICF]. Kan hij/zij stil staan bij sensorische gewaarwording binnen de PMT-context.	
B160/B163 Denken	Specifieke mentale functies gerelateerd aan de ideationele component van de geest. Hier valt onder: denktempo, wijze van denken, inhoud denkproces; doelgerichte denkprocessen, niet-doelgerichte denkprocessen; logisch denken; stoornissen zoals bij gedrevenheid van gedachten, gedachtevlucht, gedachteblokkade, incoherentie van denken, oppervlakkigheid, breedvoerigheid, waanideeën, obsessies en dwanggedachten [ICF]. Zijn er binnen de PMT-context verstoringen in het denken merkbaar die het gedrag beïnvloeden?	

B1641 Organisatie en planning	Het gecoördineerd samenvoegen van delen tot een geheel, het systematiseren; het ontwikkelen van een methode van handelen [ICF]. Gaat hij/zijn planmatig te werk binnen bewegingssituaties?	
B1643 Cognitieve flexibiliteit	Het veranderen van strategieën, of het wijzigen van mentale sets, met name in verband met het oplossen van problemen [ICF]. Stelt iemand zich flexibel op en kan hij/zijn van plan wisselen?	
B1644 Inzicht	Het zich bewust zijn en het begrijpen van zichzelf en van het eigen gedrag [ICF].	
B1645 Beoordelingsvermogen	Mentale functies gerelateerd aan het onderscheiden en het beoordelen van verschillende opties, zoals relevant bij het zich vormen van een mening [ICF]. Kan hij/zij verschillende opties in overweging nemen binnen bewegingsactiviteiten?	
B1800 (specificatie) Ervaren van zelf	Het ervaren van de eigen identiteit en de eigen positie in relatie tot de eigen omgeving. Wat voor zelfbeeld heeft iemand in bewegingssituaties in contact met zijn/haar omgeving en is dit reëel?	
B1801 Lichaamsbeeld	Het zich een beeld vormen en het zich bewust zijn van het eigen lichaam [ICF]. Neemt hij/zij op reële wijze zijn/haar lichaam waar?	
B2700 Temperatuurwaarneming	Het zich bewust worden van koude en warmte [ICF]. In hoeverre is hij/zij bewust van temperatuur in de omgeving en van zijn eigen lichaam?	
B2701 Waarneming van trillingen	Het zich bewust worden van schokken of oscillatie.[ICF]	
B2702 Waarneming van druk	Het zich bewust worden van druk tegen of op de huid. Hier valt onder: bewust worden van oppervlakkige en diepe druk; stoornissen zoals bij gevoeligheid voor aanraking, doof gevoel, hypaesthesie, hyperaesthesie, paraesthesie en tinteling. [ICF]	
B280 Pijngewaarwording	Het waarnemen van een onplezierig gevoel duidend op mogelijke of feitelijke schade aan een onderdeel van het menselijk lichaam. Hier valt onder: generaliseerde pijn, pijn in een lichaamsdeel, pijn in meerdere lichaamsdelen, uitstralende pijn in dermatoom, uitstralende pijn in segment of regio; stekende pijn, brandende pijn, doffe pijn, schrijnende pijn; stoornissen zoals bij myalgie, analgesie en	

	hyperalgesie.[ICF] In hoeverre laat hij/zij op een of andere wijze merken dat het ergens pijn heeft tijdens de bewegingsactiviteiten? Benoemt hij/zij bepaalde lichaamsdelen als pijnlijk of gevoelig wanneer de aandacht op het waarnemen van lichaamssignalen wordt gericht?	
B3 Stem en spraak	Het produceren van geluiden en spraak [ICF]. In hoeverre is hij/zij zich bewust van zijn stemvolume, stemhoogte, snelheid van spreken, intonatie en de geluiden die hij/zij maakt?	
B4100 (specificatie) Hartslag	In hoeverre is hij/zij zich bewust van zijn hartslag.	
B440 Ademhaling	Functies gerelateerd aan het inhaleren van lucht in de longen, de uitwisseling van gassen tussen lucht en bloed, en het uitademen van lucht [ICF]. In hoeverre is hij/zij zich bewust van het patroon van in- en uitademen, met inbegrip van frequentie, diepte, ritme, buik/borstademhaling en specificiteit voor de situatie?	
B460 Gewaarwordingen gepaard gaande met cardiovasculaire en respiratoire functies	Gewaarwordingen zoals het missen van een hartslag, palpiteren en ademnood [ICF]. Is hij/zij bewust van veranderingen in hartslag, hartkloppingen en veranderingen in ademhaling.	
B530 Handhaving van lichaamsgewicht	Functies gerelateerd aan het handhaven van een adequaat lichaamsgewicht, inclusief toename van lichaamsgewicht tijdens groei [ICF]. Is er sprake van onder- of overgewicht en wordt hij/zij door het lichaamsgewicht gehinderd in bewegingsgedrag? Is het lichaamsgewicht een factor die het zelfbeeld en/of de lichaamsbeleving negatief beïnvloedt?	
B640 Seksuele functies	Mentale en fysieke functies gerelateerd aan geslachtsverkeer inclusief de fase van arousal, het voorspel, het orgasme en de ontspanningsfase [ICF]. In welke mate ervaart hij/zij een probleem op het gebied van seksualiteit?	
B730 Spiersterkte	Functies gerelateerd aan de kracht ontwikkeld door de contractie van een spier of van spiergroepen [ICF]. Hoeveel kracht heeft hij/zij? Is er sprake van een buitenproportionele grote-, dan wel kleine spiermassa?	
B735 Spiertonus	Functies gerelateerd aan de spanning aanwezig in niet-actieve spieren en de weerstand die spieren bieden	

	wanneer zij passief worden gerekt [ICF]. Is de spiertonus adequaat binnen bewegingssituaties en binnen meer passieve situaties? Wat is de mate van stramheid, geremdheid door spierspanning?	
B760 Controle van willekeurige bewegingen	Functies gerelateerd aan controle over en coördinatie van willekeurige bewegingen [ICF]. In welke mate heeft hij/zij controle over bewuste bewegingen binnen activiteiten? Is de controle adequaat?	
B765 Onwillekeurige bewegingen	Functies gerelateerd aan niet-intentionele, niet- of semi-doelgerichte onwillekeurige contracties van een spier of spiergroep [ICF]. In welke mate is er sprake van onwillekeurige, niet- intentionele bewegingen binnen de PMT context.	
B780 Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties	Gewaarwordingen gerelateerd aan spieren of spiergroepen van het lichaam en aan spierbewegingen [ICF]. In hoeverre is hij/zij zich bewust van spierspanning en bewegingen.?	
D110 Gadeslaan	Doelbewust ervaren van visuele stimuli, zoals bij het gadeslaan van sportwedstrijden of kinderspel [ICF]. Is hij/zij in staat visuele stimuli doelbewust en objectief te zien? In welke mate is de visuele waarneming verstoord en ziet hij/zij subjectief?	
D115 Luisteren	Doelbewust ervaren van auditieve stimuli, zoals bij luisteren naar radio, muziek of lezing [ICF]. Is hij/zij in staat auditieve stimuli doelbewust en objectief te horen. In welke mate is de auditieve waarneming verstoord en hoort hij/zij subjectief?	
D155 Ontwikkelen van vaardigheden	Verwerven van basale en complexe vaardigheden in samenhangende acties of taken door volhardend aanleren, zoals het leren gebruiken van gereedschap of het leren spelen van een spel, bijvoorbeeld schaken [ICF]. In welke mate is hij/zij in staat om nieuwe bewegingsvaardigheden aan te leren en vol te houden wanneer iets niet direct lukt?	
D175 Oplossen van problemen / B1646 mentale functies gerelateerd aan probleem oplossen	Oplossingen vinden voor vragen of situaties door het identificeren en analyseren van vraagstukken, het ontwikkelen van opties en oplossingen, het evalueren van mogelijke effecten van oplossingen, en het uitvoeren van de gekozen oplossing, zoals het oplossen van een geschil tussen twee personen [ICF]. Wat is de mate van het probleemoplossend vermogen? In welke mate wordt er	

	gebruik gemaakt van inadequate oplossingsstrategieën zoals (bv. acuut stoppen, ageren ten opzichte van de opdrachtgever, externaliseren).	
D177 Besluiten	Kiezen uit opties, de keuze uitvoeren, en de effecten van de keuze evalueren, zoals een specifiek voorwerp selecteren en verwerven, of besluiten tot- en daadwerkelijk uitvoeren van één taak uit verschillende uit te voeren taken [ICF]. In hoeverre is hij/zij in staat om binnen de PMT context tot besluiten te komen (bv in spelsituaties of samenwerkingsvormen)?	
D2303 Indelen van eigen activiteitsniveau	Acties zodanig uitvoeren en zich zodanig gedragen dat iedere dag de energie en de tijd wordt verkregen die nodig zijn voor routinehandelingen of verplichtingen [ICF]. In welke mate is iemand in staat om zijn energie te verdelen in bewegingsactiviteiten, zodat deze optimaal kunnen worden vol gehouden?	
D240 Omgaan met stress en andere mentale eisen	Eenvoudige of complexe acties uitvoeren om te kunnen voldoen aan de mentale eisen van het uitvoeren van taken waarbij men grote verantwoordelijkheid draagt, en waarbij sprake is van stress, afleiding, of crisissituaties, zoals het autorijden in druk verkeer of het verzorgen van vele kinderen [ICF]. In hoeverre is hij/zij in staat om in stressvolle / spanningsvolle situaties op een adequate manier eenvoudige of complexe taken / bewegingsarrangementen uit te voeren? Vertoont hij/zij adequaat copinggedrag (bv grenzen aangeven, om hulp vragen, spanningsverlagende acties ondernemen etc.).	
D310 Begrijpen van gesproken boodschappen	De letterlijke en impliciete betekenis begrijpen van gesproken boodschappen, zoals begrijpen of een bewering een feit betreft of een taalgebonden uitdrukking is [ICF]. Begrijpt hij/zij de uitleg van bewegingsactiviteiten, maar impliciete boodschappen (bv humor, symboliek, cynisme etc.).	
D3150 Begrijpen van lichaamstaal	De betekenis begrijpen van gelaatsuitdrukkingen, aanwijzingen of gebaren, lichaamshouding, en andere vormen van lichaamstaal [ICF]. In hoeverre is hij/zij in staat non-verbale boodschappen te begrijpen van houdingsbeeld, bewegingsbeeld, gelaatsuitdrukking en gebaren van de ander?	
D3350 Gebruiken van	Zich uiten via bewegingen met lichaam, zoals via gelaatsuitdrukkingen (bijvoorbeeld glimlachen, fronsen,	

lichaamstaal	huiveren), via arm- en handbewegingen, en via houdingen (bijvoorbeeld omarmen om genegenheid uit te drukken) [ICF]. In hoeverre maakt hij/zij gebruik van houdingbeeld, bewegingsbeeld, gelaatsuitdrukking en gebaren om een boodschap over te brengen of te benadrukken.	
D350 Converseren	Starten, continueren en beëindigen van het uitwisselen van gedachten en ideeën, via spreken, schrijven, gebarentaal of andere vormen van taal, met één of meer personen die men kent of met vreemden, in formele of toevallige situaties [ICF]. In hoeverre is hij/zij in staat om een gesprek op te starten, te onderhouden en te beëindigen.	
D355 Bespreken	Starten, continueren en beëindigen van een beschouwing, met voor- en tegen argumenten, of van een gesproken of geschreven discussie, via gebarentaal of andere vormen, met één of meerdere personen die men kent of met vreemden, in formele of in toevallige situaties [ICF]. In hoeverre is hij/zij in staat om een discussie op te starten, te onderhouden en te beëindigen?	
D5 Zelfverzorging	Voor zichzelf zorgen, zich wassen en afdrogen, zorg dragen voor lichaam en lichaamsdelen, zich aankleden, eten en drinken, en zorg dragen voor eigen gezondheid [ICF]. In welke mate heeft iemand aandacht voor de verzorging en hygiëne van het lichaam binnen de PMT context? In hoeverre draagt iemand zorg voor de eigen gezondheid (bv vermijden van potentieel gevaarlijke situaties en schade voor zichzelf)?	
D7100 Respect en warmte in relaties	Respect en achting tonen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Houdt hij/zij in de PMT situatie voldoende rekening met anderen? Gaat hij/zij op een begripvolle wijze om met gevoelens van anderen?	
D7101 Waardering in relaties	Tevredenheid en dankbaarheid tonen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Geeft hij/zij een ander wel eens een compliment? Waardeert hij/zij het wanneer hij/zij een compliment te krijgt?	
D7102 Tolerantie in relaties	Begrip en acceptatie van gedrag tonen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Is hij/zij snel gepikeerd of zoekt hij/zij snel ruzie? Toont hij/zij binnen de PMT context voldoende verdraagzaamheid voor het gedrag van de ander? (bv het verdragen van motorische	

	onhandigheid van de ander).	
D7103 Kritiek in relaties	Impliciet en expliciet verschillen van mening en onenigheid tonen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Verdraagt hij/zij feedback of kritiek van de ander? Geeft hij/zij op adequate wijze kritiek aan de ander? Kan hij/zij het op adequate wijze duidelijk maken wanneer hij/zij het ergens niet mee eens is?	
D7104 (specificatie) Afstemmen op de ander	Tekens en signalen geven en beantwoorden in sociale interacties, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Maakt hij/zij goed oogcontact, zowel in gespreksmomenten als bij non-verbale oefeningen? Houdt hij/zij in houding, stem en gebaar rekening met de ander (bv positie ten opzichte van de ander bij gespreksmomenten)? Houdt hij/zij in de krachtigheid van bewegen rekening met de ander (bv afstemming van bewegingen bij samenwerkingsoefeningen of bij competitie)?	
D7105 Fysiek contact in relaties	Lichamelijk contact maken met anderen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Gaat hij/zij lichamelijk contact aan of vermijdt hij/zij dit? Maakt hij/zij adequaat fysiek contact passend bij de context? Durft hij/zij zijn/haar kracht te gebruiken in fysiek contact met de ander?	
D7200 Aangaan van relaties	Interacties met anderen aangaan en onderhouden, voor korte of lange tijd, in overeenstemming met de context en de cultuur, zoals door zichzelf voor te stellen, vriendschappelijke en professionele relaties aan te gaan en te onderhouden, een relatie aangaan die permanent kan worden, romantisch of intiem [ICF]. Gaat hij/zij binnen de PMT context een werkrelatie aan en onderhoudt hij/zij deze?	
D7201 Beëindigen van relaties	Interacties afsluiten, in overeenstemming met de context en de cultuur, zoals het beëindigen van een tijdelijke relatie aan het einde van het bezoek, het beëindigen van langdurige relaties met vrienden bij het verhuizen naar een andere stad of het beëindigen van relaties met collega's op het werk, beroepsgenoten en hulpverleners, en het beëindigen van een romantische of intieme relatie [ICF]. Sluit hij/zij op adequate wijze het contact af na een PMT sessie?	

D7202 Reguleren van gedrag in gezelschap	Emoties en impulsen, verbale en fysieke agressie reguleren in interacties met anderen, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Kan hij/zij emoties en impulsen, verbale en fysieke agressie reguleren in contact met de ander binnen de PMT context?	
D7203 (specificatie) Omgaan met regels	Zich onafhankelijk gedragen in sociale interacties en zich in interacties met anderen houden aan de sociale conventies die gelden voor de eigen rol, positie of andere sociale status [ICF]. Kan hij/zij actief en constructief regels hanteren binnen een activiteit in de PMT context zonder dat hij/zij in extreem gedrag vervalt (bv te volgend gedrag, te opstandig gedrag)? Volgt hij/zij de regels van een activiteit zoals deze door de therapeut zijn uitgelegd of overtreedt het voortdurend de regels? Is hij/zij voortdurend bezig de regels in eigen voordeel toe te passen of te veranderen?	
D7204 (specificatie) Omgaan met afstand en nabijheid	Zich bewust zijn van de sociale afstand tussen zichzelf en anderen en deze handhaven, in overeenstemming met de context en de sociale en culturele achtergrond [ICF]. Neemt hij/zij een passende afstand in ten opzichte van de ander in overeenstemming met de situatie binnen de PMT context? Is hij/zij zich bewust van de sociale afstand tussen zichzelf en anderen?	
D7400 Omgaan met meerderen	Formele relaties aangaan en onderhouden met personen in een machtspositie die hoger in rang of aanzien is dan de machtspositie van de persoon zelf, zoals omgaan met een werkgever [ICF]. Gaat hij/zij binnen de PMT context een werkrelatie aan met de onderzoeker en onderhoudt hij/zij deze? Gaat hij/zij op adequate wijze om met interventies vanuit de machtspositie?	
D7401 Omgaan met ondergeschikten	Formele relaties aangaan en onderhouden met personen in een lagere rang of met minder aanzien dan de persoon zelf, zoals omgaan met een werknemer of bediende [ICF]. Gaat hij/zij op adequate wijze om met ondergeschikten?	
D7402 Omgaan met sociaal gelijken	Formele relaties aangaan en onderhouden met personen die eenzelfde mate van autoriteit, eenzelfde rang of aanzien hebben als de persoon zelf [ICF]. Gaat hij/zij op adequate wijze om met sociaal gelijken?	
E410 t/m E455 Attitudes	Algemene of speciale meningen en opvattingen van anderen in de nabije omgeving over de persoon of over andere zaken (zoals sociale, politieke en economische	

	onderwerpen) die persoonlijk gedrag en handelingen beïnvloeden [ICF]. Heeft hij/zij belangrijke anderen die zijn/haar visie en/of gedrag op inadequate wijze beïnvloeden (bv stigmatisering, stereotypering, marginalisering)?	
E465 Sociale normen, gewoonten en ideologieën	Gewoonten, gebruiken, regels en abstracte systemen van waarden en normen (zoals ideologieën normatieve wereldbeschouwingen en moraal filosofieën) die binnen de sociale context ontstaan en die maatschappelijke en persoonlijke gedrag en handelingen beïnvloeden en veroorzaken, zoals sociale normen met betrekking tot moreel en religieus gedrag of etiquette; religieuze dogma's en daaruit volgende normen en gewoonten; normen met betrekking tot rituele en sociale bijeenkomsten [ICF]. Heeft hij/zij sociale normen, gewoonten en ideologieën (bv door religie of levensvisie) die negatieve invloed hebben op zijn/haar adequaat functioneren binnen de PMT context?	
Opmerkingen / suggesties:		
	Hartelijk dank voor uw tijd! Gelieve het bestand op te slaan en deze verzenden als bijlage / toevoeging aan: PDI-A@hotmail.com	

Bijlage 9

Naam	ICF code	ICF omschrijving	Cluster
Alertheid	B110 Bewustzijn functies	Algemene mentale functies gerelateerd aan de mate van bewustzijn en alertheid inclusief de helderheid en de continuïteit van het wakker zijn. Denk hierbij ook aan de staat van bewustzijn, de continuïteit en de kwaliteit van het bewustzijn [ICF]. Is hij/zij/cliënt alert in de PMT-context? Of lijkt hij/zij soms afwezig, in trance of hyperalert?	1, 2, 3
Perceptie	B156 (specificatie) Perceptie	Specifieke mentale functies gerelateerd aan het herkennen en interpreteren van sensorische stimuli. Hier valt binnen: auditieve perceptie, visuele perceptie, perceptie van geur, perceptie van smaak, tactiele perceptie, en visuospatieële perceptie; stoornissen zoals bij hallucinatie of illusie [ICF]. Hieronder valt ook gewaarwording van pijn, druk en temperatuur. Kan hij/zij stil staan bij sensorische gewaarwording binnen de PMT-context?	1
Lichaamsbeeld	B1801 Lichaamsbeeld	Het zich een beeld vormen en het zich bewust zijn van het eigen lichaam [ICF]. Neemt hij/zij op reële wijze zijn/haar lichaam waar?	1
Hartslag	B4100 (specificatie) Hartslag	In hoeverre is hij/zij zich bewust van zijn hartslag (bv. De frequentie, intensiteit, hartkloppingen). In hoeverre is hij/zij zich bewust van het verschil van zijn hartslag na inspanning (bv. bij fysieke inspanning, agitatie of angst)?	1
Ademhaling	B440 (specificatie) Ademhaling	In hoeverre is hij/zij zich bewust van het patroon van in- en uitademen (bv. frequentie, diepte, ritme, buik/borstademhaling, ademnood)? In hoeverre is hij/zij zich bewust van van het verschil in ademhaling na inspanning (bv. bij fysieke inspanning, agitatie of angst)?	1
Gewaarwordin gen verband houdend met spieren en bewegingsfunc ties	B780 Gewaarwordin gen verband houdend met spieren en bewegingsfunc ties	Gewaarwordingen gerelateerd aan spieren of spiergroepen van het lichaam en aan spierbewegingen [ICF]. In hoeverre is hij/zij zich bewust van spierspanning en bewegingen? In hoeverre is hij/zij zich bewust van het verschil in spierspanning en bewegingen bij activiteiten (bv. bij fysieke inspanning, agitatie of angst)?	1
Reguleren van energieniveau	B1300 (specificatie energieniveau) Reguleren van energieniveau	De mate van kracht en uithoudingsvermogen [ICF]. Wat is het energieniveau? In welke mate is hij / zij actief dan wel passief binnen bewegingsarrangementen? Is hij/zij in staat energie op adequate wijze te reguleren, passend binnen de context (bv onwillekeurige bewegingen, stilzitten wanneer er uitgelegd wordt, energieverdeling binnen spelvorm)?	2
Bereik van stemming	B1522 Bereik van stemming	Het spectrum van ervaringen ten aanzien van arousal of gevoelens zoals bij liefde, haat, angst, verdriet, vreugde, vrees en boosheid [ICF]. Kan hij/zij een spectrum aan gevoelens binnen de PMT context ervaren? Kent hij/zij nuancering in opwindingsstoestanden?	1

Stemgebruik	B3 Stem en spraak	Het produceren van geluiden en spraak [ICF]. In hoeverre is hij/zij zich bewust van zijn stemvolume, stemhoogte, snelheid van spreken, intonatie en de geluiden die hij/zij maakt?	1,2
Spierspanning	B735 Spiertonus	Functies gerelateerd aan de spanning aanwezig in niet-actieve spieren en de weerstand die spieren bieden wanneer zij passief worden gerekt [ICF]. Is de spiertonus adequaat binnen bewegingssituaties en binnen meer passieve situaties? Wat is de mate van stramheid, geremdheid door spierspanning?	2
Adequaatheid van stemming	B1520 Adequaatheid van stemming	Congruentie van gevoel of affect met de omgeving, zoals blijheid bij het ontvangen van goed nieuws [ICF]. Zijn de emotionele reacties in de PMT context reëel gezien de situatie?	2,3
Zelfbeeld	B1800 (specificatie) Zelfbeeld	Het ervaren van de eigen identiteit en de eigen positie in relatie tot de eigen omgeving [ICF]. Wat voor zelfbeeld heeft iemand in bewegingssituaties in contact met zijn/haar omgeving en is dit reëel? Hieronder valt ook het oordeel over eigen (motorische) competentie.	1,3
Kracht	B730 (specificatie) Spiersterkte) Kracht	Functies gerelateerd aan de kracht ontwikkeld door de contractie van een spier of van spiergroepen [ICF]. Hoeveel kracht heeft hij/zij? Hoe gebruikt iemand zijn kracht in bewegingssituaties? Is het krachtgebruik adequaat en passend binnen de (bewegings)context?	2
Motivatie	B1301 Motivatie	De trigger om te handelen, de bewuste of onbewuste drijfveren [ICF]. In hoeverre komt hij/zij makkelijk in beweging?	1,2,3
Driftbeheersing	B1304 Driftbeheersing	Mentale functies die het reguleren van en het weerstand bieden tegen plotselinge intense behoefte om iets te doen [ICF]. In hoeverre kan hij/zij binnen de PMT context zijn gedrag onder controle houden en zijn primaire impulsen beheersen zowel fysiek / motorisch, verbaal als anderszins. (Bv tegen een bal schoppen die er ligt zonder reden, de ander in de rede vallen, schelden, ergens tegenaan slaan, boeren laten).	2
Vasthouden van aandacht	B1400 Vasthouden van aandacht	Vasthouden van aandacht: het is staat zijn om de concentratie gedurende de vereiste tijdsduur vol te houden en zich te richten op een externe stimulus of een innerlijke ervaring gedurende de vereiste periode [ICF]. Bijvoorbeeld het richten van de aandacht op de uitleg van een activiteit, de (bewegings)taak, of op het eigen lichaam.	2
Veranderen van aandachtsgebied	B1401 Veranderen van aandachtsgebied	Het in staat zijn om de aandacht te verplaatsen van de ene stimulus naar de andere en zich te richten op een externe stimulus of een innerlijke ervaring gedurende de vereiste periode [ICF]. Bijvoorbeeld het verplaatsen van de aandacht op de activiteit of op het eigen lichaam.	2
Regulering van stemming	B1521 Regulering van stemming	Het ervaren van affect en het vermogen om affect te tonen [ICF]. Is hij/zij in staat om de gevoelens die opgeroepen worden te reguleren en er invloed op uit te oefenen (bv. zichzelf tot rust brengen, relativeren van gevoel, spanning omlaag brengen) Kan hij/zij de gevoelens die opgeroepen worden in de PMT context verdragen?	2

Vaardigheden aanleren	D155 Ontwikkelen van vaardigheden	Verwerven van basale en complexe vaardigheden in samenhangende acties of taken door volhardend aanleren, zoals het leren gebruiken van gereedschap of het leren spelen van een spel, bijvoorbeeld schaken [ICF]. In welke mate is hij/zij in staat om nieuwe bewegingsvaardigheden aan te leren en vol te houden wanneer iets niet direct lukt?	2
Inschikkelijkheid	B1261 Inschikkelijkheid	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als coöperatief, vriendelijk en gemakkelijk, in tegenstelling tot onvriendelijk, tegendraads en opstandig [ICF].	2,3
Psychische stabiliteit	B1263 Psychische stabiliteit	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als gelijkmoedig, kalm en gelijkmatig, in tegenstelling tot lichtgeraakt, zorgelijk, labiel en wispelturig [ICF].	2,3
Vertrouwen	B1266 Vertrouwen	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als zelfverzekerd, moedig en assertief, in tegenstelling tot timide, onzeker en teruggetrokken [ICF].	2,3
Betrouwbaarheid	B1267 Betrouwbaarheid	Een persoonlijke aard die is te karakteriseren als betrouwbaar en gewetensvol, in tegenstelling tot oneerlijk en asociaal [ICF].	2,3
Cognitieve flexibiliteit	B1643 Cognitieve flexibiliteit	Het veranderen van strategieën, of het wijzigen van mentale sets, met name in verband met het oplossen van problemen [ICF]. Stelt iemand zich flexibel op en kan hij/zijn van plan wisselen?	2,3
Oplossen van problemen	D175 Oplossen van problemen / B1646 mentale functies gerelateerd aan probleem oplossen	Oplossingen vinden voor vragen of situaties door het identificeren en analyseren van vraagstukken, het ontwikkelen van opties en oplossingen, het evalueren van mogelijke effecten van oplossingen, en het uitvoeren van de gekozen oplossing, zoals het oplossen van een geschil tussen twee personen [ICF]. Wat is de mate van het probleemoplossend vermogen? Gaat hij/zij planmatig te werk binnen bewegingssituaties? In welke mate wordt er gebruik gemaakt van inadequate oplossingsstrategieën zoals (bv. acuut stoppen, ageren tegen de ander, externaliseren)?	2,3
Omgaan met stress en andere mentale eisen	D240 Omgaan met stress en andere mentale eisen	Eenvoudige of complexe acties uitvoeren om te kunnen voldoen aan de mentale eisen van het uitvoeren van taken waarbij men grote verantwoordelijkheid draagt, en waarbij sprake is van stress, afleiding, of crisissituaties, zoals het autorijden in druk verkeer of het verzorgen van vele kinderen [ICF]. In hoeverre is hij/zij in staat om in stressvolle / spanningsvolle situaties op een adequate manier eenvoudige of complexe taken / bewegingsarrangementen uit te voeren? Vertoont hij/zij adequaat copinggedrag (bv. grenzen aangeven, om hulp vragen, spanningsverlagende acties ondernemen etc.).	2,3
Reguleren van gedrag in gezelschap	D7202 Reguleren van gedrag in gezelschap	Emoties en impulsen, verbale en fysieke agressie reguleren in interacties met anderen, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Kan hij/zij emoties en impulsen, verbale en fysieke agressie reguleren in contact met de ander binnen de PMT context?	2,3

Omgaan met regels	D7203 (specificatie) Omgaan met regels	Zich onafhankelijk gedragen in sociale interacties en zich in interacties met anderen houden aan de sociale conventies die gelden voor de eigen rol, positie of andere sociale status [ICF]. Kan hij/zij actief en constructief regels hanteren binnen een activiteit in de PMT context zonder dat hij/zij in extreem gedrag vervalt (bv te volgend gedrag, te opstandig gedrag)? Volgt hij/zij de regels van een activiteit zoals deze door de ander zijn uitgelegd of overtreedt het voortdurend de regels? Is hij/zij voortdurend bezig de regels in eigen voordeel toe te passen of te veranderen?	2,3
Beoordelingsvermogen	B1645 Beoordelingsvermogen	Mentale functies gerelateerd aan het onderscheiden en het beoordelen van verschillende opties, zoals relevant bij het zich vormen van een mening [ICF]. Kan hij/zij verschillende opties in overweging nemen en een adequate keuze maken binnen de PMT context? Kan hij/zij binnen de PMT context zijn eigen gedrag en de gevolgen daarvan vooraf adequaat inschatten en overzien?	2,3
Oriëntatie in andere personen	B11421 Oriëntatie in andere personen	Oriëntatie in andere personen; Mentale functies: Het zich bewust zijn van de identiteit van andere personen in de onmiddellijke omgeving [ICF]. Kan de persoon bij navraag duidelijk en coherent een ander persoon omschrijven? Heeft hij in de interactie zicht op het gedrag, de gedachten en de gevoelens van de ander?	3
Basale sociale vaardigheden	B122 (Specificatie globale psychosociale functies) Basale sociale vaardigheden	Beschikt hij/zij over de vaardigheden om tussenmenselijke interactie aan te gaan of worden basale verstoringen in het begrijpen van sociale interactie opgemerkt? In hoeverre is hij/zij in staat om op adequate wijze een eenvoudig gesprek op te starten, te onderhouden en te beëindigen?	3
Visueel waarnemen	D110 Gadeslaan	Doelbewust ervaren van visuele stimuli, zoals bij het gadeslaan van sportwedstrijden of kinderspel [ICF]. Is hij/zij in staat visuele stimuli doelbewust en objectief te zien? In welke mate is de visuele waarneming verstoord en ziet hij/zij subjectief?	3
Auditief waarnemen	D310 Begrijpen van gesproken boodschappen	De letterlijke en impliciete betekenis begrijpen van gesproken boodschappen, zoals begrijpen of een bewering een feit betreft of een taalgebonden uitdrukking is [ICF]. Begrijpt hij/zij impliciete boodschappen (bv humor, symboliek, cynisme)? Kan hij/zij objectief naar een (gesproken) boodschap luisteren of kent hij/zij er snel een subjectieve (negatieve) waarde aan toe?	3
Begrijpen van lichaamstaal	D3150 Begrijpen van lichaamstaal	De betekenis begrijpen van gelaatsuitdrukkingen, aanwijzingen of gebaren, lichaamshouding, en andere vormen van lichaamstaal [ICF]. In hoeverre is hij/zij in staat non-verbale boodschappen te begrijpen van houdingsbeeld, bewegingsbeeld, gelaatsuitdrukking en gebaren van de ander?	3
Gebruiken van lichaamstaal	D3350 Gebruiken van lichaamstaal	Zich uiten via bewegingen met lichaam, zoals via gelaatsuitdrukkingen (bijvoorbeeld glimlachen, fronsen, huiveren), via arm- en handbewegingen, en via houdingen (bijvoorbeeld omarmen om genegenheid uit te drukken) [ICF]. In hoeverre maakt hij/zij gebruik van houdingsbeeld, bewegingsbeeld, gelaatsuitdrukking en gebaren om een boodschap over te brengen of te benadrukken.	3

Respect en warmte in relaties	D7100 Respect en warmte in relaties	Tevredenheid en dankbaarheid tonen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Geeft hij/zij een ander wel eens een compliment? Waardeert hij/zij het wanneer hij/zij een compliment te krijgt?	3
Tolerantie in relaties	D7102 Tolerantie in relaties	Begrip en acceptatie van gedrag tonen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Is hij/zij snel gepikeerd of zoekt hij/zij snel ruzie? Toont hij/zij binnen de PMT context voldoende verdraagzaamheid voor het gedrag van de ander? (bv het verdragen van motorische onhandigheid van de ander).	3
Kritiek in relaties	D7103 Kritiek in relaties	Impliciet en expliciet verschillen van mening en onenigheid tonen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Verdraagt hij/zij feedback of kritiek van de ander? Geeft hij/zij op adequate wijze kritiek aan de ander? Kan hij/zij het op adequate wijze duidelijk maken wanneer hij/zij het ergens niet mee eens is?	3
Afstemmen op de ander	D7104 (specificatie) Afstemmen op de ander	Tekens en signalen geven en beantwoorden in sociale interacties, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Maakt hij/zij goed oogcontact, zowel in gespreksmomenten als bij non-verbale oefeningen? Houdt hij/zij in houding, stem en gebaar rekening met de ander (bv positie ten opzichte van de ander bij gespreksmomenten)? Houdt hij/zij in de krachtigheid van bewegen rekening met de ander (bv afstemming van bewegingen bij samenwerkingsoefeningen of bij competitie)?	3
Fysiek contact in relaties	D7105 Fysiek contact in relaties	Lichamelijk contact maken met anderen en beantwoorden, in overeenstemming met de context en de cultuur [ICF]. Gaat hij/zij lichamelijk contact aan of vermijdt hij/zij dit? Maakt hij/zij adequaat fysiek contact passend bij de context? Durft hij/zij zijn/haar kracht te gebruiken in fysiek contact met de ander?	3
Omgaan met afstand en nabijheid	D7204 (specificatie) Omgaan met afstand en nabijheid	Zich bewust zijn van de sociale afstand tussen zichzelf en anderen en deze handhaven, in overeenstemming met de context en de sociale en culturele achtergrond [ICF]. Neemt hij/zij een passende afstand in ten opzichte van de ander in overeenstemming met de situatie binnen de PMT context? Is hij/zij zich bewust van de sociale afstand tussen zichzelf en anderen?	3
Omgaan met meerderen	D7400 Omgaan met meerderen	Formele relaties aangaan en onderhouden met personen in een machtspositie die hoger in rang of aanzien is dan de machtspositie van de persoon zelf, zoals omgaan met een werkgever [ICF]. Gaat hij/zij binnen de PMT context een werkrelatie aan met de ander en onderhoudt hij/zij deze? Gaat hij/zij op adequate wijze om met interventies vanuit de machtspositie?	3
Omgaan met ondergeschikten	D7401 Omgaan met ondergeschikten	Formele relaties aangaan en onderhouden met personen in een lagere rang of met minder aanzien dan de persoon zelf, zoals omgaan met een werknemer of bediende [ICF]. Gaat hij/zij op adequate wijze om met de ander wanneer die in een ondergeschikte positie zit (bv leidt hij/zij iemand die de ogen dicht heeft adequaat door de zaal, gaat hij/zij om met dominantie binnen activiteiten)?	3
Denken	B160/B163 Denken	Specifieke mentale functies gerelateerd aan de ideationele component van de geest. Hier valt onder: denktempo, wijze van denken, inhoud denkproces; doelgerichte denkprocessen, niet-doelgerichte denkprocessen; logisch denken; stoornissen zoals bij gedrevenheid van gedachten, gedachtevlucht,	1,2,3

		gedachteblokkade, incoherentie van denken, oppervlakkigheid, breedvoerigheid, waanideeën, obsessies en dwanggedachten [ICF]. Zijn er binnen de PMT-context verstoringen in het denken merkbaar die agressief gedrag kunnen faciliteren?	
Inzicht	B1644 Inzicht	Het zich bewust zijn en het begrijpen van zichzelf en van het eigen gedrag [ICF]. In hoeverre heeft iemand zicht op zijn eigen gedrag en de oorzaken daarvan (bv. Kan iemand naar zijn eigen aandeel kijken, begrijpt iemand zijn eigen gedrag, is er sprake van probleembesef)?	1,2,3
Sociale normen, gewoonten en ideologieën	E465 Sociale normen, gewoonten en ideologieën	Gewoonten, gebruiken, regels en abstracte systemen van waarden en normen (zoals ideologieën normatieve wereldbeschouwingen en moraal filosofieën) die binnen de sociale context ontstaan en die maatschappelijke en persoonlijke gedrag en handelingen beïnvloeden en veroorzaken, zoals sociale normen met betrekking tot moreel en religieus gedrag of etiquette; religieuze dogma's en daaruit volgende normen en gewoonten; normen met betrekking tot rituele en sociale bijeenkomsten [ICF]. Worden er binnen de PMT-context sociale normen, gewoonten en ideologieën zichtbaar die agressief gedrag kunnen faciliteren?	1,2,3

Bijlage 10

	Lichaams- bewustzijn					Regulatie vaardigheden					Communicatie & interactie								
	Lopen richting de muur	Balanceren over bank	Ontspanning	Inspanningcircuit	Perceptie	Opbouwen van kracht	Ballen aan het rollen houden	tennisbal in hoepel	Stok vangen	Toren bouwen	Naar de overkant met bagage	Handje klap	Gecontroleerde toenadering	Stok verwisselen	Overgooien	Plek verwisselen	Schietkast	Spel zonder regels	Communicatie middels ballen
ICF code																			
B110 Bewustzijn functies	4	3	4	3	3	2		2	4	4	2	4	3	4	4	2	3	1	3
B156 (specificatie) Perceptie	3	2	2	3	3	1							1						1
B1801 Lichaamsbeeld	1	1	2	1	1	1						1	1	1					1
B4100 (specificatie) Hartslag	4	4	2	4		3							1				1		
B440 (specificatie) Ademhaling	4	4	2	4	1	3				1			2						
B730 (specificatie Spiersterkte) Kracht			1	3		4	4	4	1		1	4			4		4		3
B780 Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties	3	2	4	4	3	4	3	2	2		1	3	2	1	1	1	1		1
B1300 (specificatie energieniveau) Reguleren van energieniveau		2	3	4	1	4	4	3	1	1	2	4		3	2		3	2	1
B1522 Bereik van stemming	4	3				1	4	4	3	3	1	3	2	2	1		2	1	1
B3 Stem en spraak	1	1				1		1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
B735 Spiertonus	2	2	3	3	1	3	3	2	3	2	1	3	1	1		1	1		2

B1520 Adequaatheid van stemming	1	3					3	3	4	3	1	2	2	3	2	2	3	2	2
B1800 (specificatie) Zelfbeeld	1	2	1	3	1	1		1	3	1	2	1	1	3			1		1
B1301 Motivatie	1	4	1	4	1	2	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	2	2
B1304 Driftbeheersing				1		3	4	4	4	3	3	4		4	4	2	4	3	2
B1400 Vasthouden van aandacht	4	3	2	2	4	3	3	4	4	4	2	3	3	3	2	1	3	2	2
B1401 Veranderen van aandachtsgebied	2	3	1	3	3	1	4	1	1	2	3	2	1	3	1	2	2	2	1
B1521 Regulering van stemming	1	4	2	2		1	4	3	4	2	2	4	1	3	2	2	3		2
D155 Ontwikkelen van vaardigheden		2		1		2	3	2	4	2	2	3		3			2	1	1
B1261 Inschikkelijkheid	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	4	1	4	2	2	3
B1263 Psychische stabiliteit	1	1	2	1	1	3	2	3	3	1	3	3	1	3	2	2	1	2	1
B1266 Vertrouwen	3	4	1	1	1	1	1	1	4	2	2	3	3	3	1	3	1	1	2
B1267 Betrouwbaarheid									1					3	3	2	1	2	3
B1643 Cognitieve flexibiliteit	1	2		1		1	4	4	3	2	4	4		2		2	4	2	1
D175 Oplossen van problemen / B1646 mentale functies gerelateerd aan probleem oplossen	2	2					4	2	2	1	4	2		1		4	3	2	1
D240 Omgaan met stress en andere mentale eisen	3	3	1	1			4	4	3	2	3	3	1	2	1	3	3	1	2
D7202 Reguleren van gedrag in gezelschap						1	2	2		1		4	1	3	4	3	2	3	3
D7203 (specificatie) Omgaan met regels	2			1		1	4	4	2	1	4	3		1	3		2	3	
B1645 Beoordelingsvermogen		2		1		1	2	2	1	3	4	1	1	2	2	2	3		

B11421 Oriëntatie in andere personen												2	1	3	3	3		1	2
B122 (Specificatie globale psychosociale functies) Basale sociale vaardigheden	1	1	1	1	2	1		1	1	1	1	2	1	4	2	4	2	3	1
D110 Gadeslaan	1	1	1	1	1	1		1	2	1	1	3	4	4	3	3	3	2	3
D310 Begrijpen van gesproken boodschappen	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2
D3150 Begrijpen van lichaamstaal	1	1	1	1	1	1						3	3	4	4	3	2	2	3
D3350 Gebruiken van lichaamstaal	1	1	1	1		1	1		1			2	3	4	3	3	1	2	3
D7100 Respect en warmte in relaties												2	2	2	2	3	1	1	4
D7102 Tolerantie in relaties							1					2	2	3	3	3	1	2	3
D7103 Kritiek in relaties													1	3	2	3	1	2	1
D7104 (specificatie) Afstemmen op de ander												4	3	4	4	4	2	3	4
D7105 Fysiek contact in relaties			3									4	2	1		4		3	1
D7204 (specificatie) Omgaan met afstand en nabijheid			2									2	4	2		4		2	2
D7400 Omgaan met meerderen		2		1			1					3	4	1	1	2	2	1	3
D7401 Omgaan met ondergeschikten												2	3	1	1	1	1	1	2
B160/B163 Denken	1	1	1	1			3	3	1	2	4	3		1	2	3	3	1	
B1644 Inzicht	4	2	1	1	2	2	3	2	2	3	4	4	2	3	2	3	2	1	3
E465 Sociale normen, gewoonten en ideologieën	3	3	2	2	1	1	3	2	2	1	2	3	4	2	3	4	2	3	2

Bijlage 11

Algemeen

Uitleg aan de patiënt

We gaan verschillende activiteiten doen die kunnen helpen om helder te krijgen hoe agressie bij jou werkt. Doe gewoon mee op de manier zoals je het altijd zou doen.

Dat wat er vandaag gebeurt en wat de uitkomst is van het onderzoek zal op geen enkele manier gevolgen hebben voor je behandeling, tenzij het echt niet meer veilig is voor jou, mij of anderen.

Alleen wanneer jij hier achteraf nadrukkelijk toestemming voor geeft, kan dit onderzoek wel worden meegenomen in de verdere behandeling.

De activiteiten die we gaan doen, gaan over de vraag wat je merkt aan je lichaam, hoe je met situaties omgaat en hoe je met de ander omgaat.

Op het moment dat je iets echt niet wil, durft of kan, mag je 'stop' zeggen. Dan stopt de activiteit gelijk en wordt er besproken wat er aan de hand is. Daarna zullen we proberen weer verder te gaan.

Ook wanneer ik 'stop' zeg, stopt de activiteit meteen.

Heb je nog vragen?

Aandachtspunten therapeut

Een belangrijk aandachtspunt is dat het onderzoek in feite start vanaf het eerste moment dat de therapeut en patiënt elkaar zien. Dit kan zijn vanaf het moment dat de patiënt opgehaald wordt uit de wachtkamer, van de afdeling etc. Het eerste contact en een eerste gesprek kan waardevolle informatie opleveren buiten de PMT-activiteiten om. Het onderzoek stopt op het moment dat het contact tussen de patiënt en de therapeut is afgesloten. Algemene aandachtspunten en de te scoren items die gedurende de gehele sessie te registreren zijn, worden hieronder vermeld.

Benadruk het belang om te doen zoals altijd, om de sociale wenselijkheid binnen activiteiten te verminderen. Ook het benadrukken dat er geen gevolgen aan zitten, draagt hieraan bij.

Zorg telkens dat de afspraken en regels duidelijk zijn, zowel voor de patiënt als voor de therapeut.

Mogelijk te scoren items (algemeen)

Auditief waarnemen	Basale sociale vaardigheden	Alertheid
Zelfbeeld	Motivatie	Inschikkelijkheid
Vertrouwen		

Cluster 1: Lichaamsbewustzijn

1. Lopen richting de muur

Activiteit

De patiënt gaat 2 keer met zijn ogen dicht richting een muur lopen.

Materiaal

- lege ruimte met een kale muur zonder ramen en/of deuren
- minimaal 5 meter om richting muur te lopen

Uitleg aan de patiënt

1^e keer:

Ik wil je vragen om hier te gaan staan met je gezicht naar de muur. Je gaat straks met je ogen dicht richting de muur lopen. Het is de bedoeling dat je bij deze oefening oplet of je merkt dat er iets aan jezelf verandert terwijl je richting de muur loopt. Vaak kan je het bijvoorbeeld aan je lichaam merken dat de spanning wat oploopt, we noemen dit spanningssignalen. Hier probeer je op te letten tijdens de oefening. Je stopt wanneer je merkt dat er iets verandert of wanneer je niet meer verder wilt.

Zorg er zelf voor dat je niet tegen de muur aan loopt.

Wanneer jij er klaar voor bent mag je je ogen sluiten en kun je met de oefening starten.

2^e keer:

Nu je de oefening gedaan hebt wil ik je uitnodigen om de oefening nog een keer te doen, waarbij hetzelfde geldt als hierboven.

Interventies therapeut

- rustig en duidelijk praten tijdens de uitleg
- uitnodigend in taal en structurerend / sturend in het bepalen van de startpositie van de patiënt
- neutraal m.b.t. opmerkingen / vragen van de patiënt
- na elke activiteit kort checken hoe het was en wat heeft ertoe geleid dat de patiënt tot stilstand is gekomen:
 - Hoe was het om te doen?
 - Wat heeft er voor gezorgd dat je gestopt bent?
 - Wat heb je gemerkt aan je lichaam?
 - Waar in je lichaam heb je dat gemerkt?
- positie van de therapeut in de buurt van de muur naast de activiteit

Aandachtspunten therapeut

Zorg als therapeut dat je in de buurt van de muur staat zo gauw de patiënt gaat lopen. Indien iemand niet in staat is iets te registreren en er vervolgens naar te luisteren, kan er hard tegen de muur worden gelopen. In dit geval kan de therapeut er nog tussen komen.

Observeer wanneer de patiënt gedrag laat zien om het veiliger voor zichzelf te maken, **zo**als een arm uitsteken, bovenlichaam naar achteren, zachter lopen, met voet vooruit aftasten, etc. Registreer vervolgens of er naar geluisterd en aan gerefereerd wordt door de patiënt.

Let ook op hoe iemand de opdracht interpreteert. Hoort iemand dat hij/zij het goed doet wanneer er zo dicht mogelijk bij de muur gestopt wordt, of hoort iemand dat het alleen gaat om het richting de muur lopen?

Te scoren items

Alertheid	Perceptie	Hartslag
Ademhaling	Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties	Bereik van stemming
Vasthouden van aandacht	Vertrouwen	Omgaan met stress en andere mentale eisen
Auditief waarnemen	Inzicht	Sociale normen, gewoonten en ideologieën

2. Inspanningscircuit

Activiteit

De patiënt gaat 3 verschillende inspanning/kracht vormen doen. Gedurende 2 minuten wordt achtereenvolgens 10 keer zo hoog mogelijk gesprongen, 10 keer sit-up gedaan en 10 keer opgedrukt.

Materiaal

- (yoga)matje

Uitleg aan de patiënt

De oefening die je nu gaat doen, vergt inspanning van je lichaam en bestaat uit 3 gedeelten die telkens herhaald gaan worden gedurende 2 minuten.

Allereerst ga je straks 10 keer zo hoog mogelijk springen, direct daarna doe je 10 sit-ups en vervolgens druk je je 10 keer op. Deze 3 activiteiten doe je zo snel mogelijk achter elkaar in een hoog tempo en dat herhaal je gedurende 2 minuten. Ik zal de tijd bijhouden.

Wat merk je vooraf aan de oefening aan je lichaam?

Interventies therapeut

- directieve, structurerende uitleg van de activiteit (eventueel ondersteund met een voorbeeld)
- positie van de therapeut naast de oefening
- checken lichamelijke gewaarwordingen voorafgaand aan de oefening en kort na de oefening
- iedere 30 seconden de tijd aangeven en de laatste 10 seconden ook aangeven.
- Vraag na of de patiënt denkt dat hij dit makkelijk of moeilijk gaat volhouden.

Aandachtspunten voor de therapeut

Belangrijk is dat de patiënt tot lichamelijke inspanning komt. Dit om hem/ haar in staat te stellen om lichaamssignalen te herkennen die door lichamelijke inspanning duidelijker naar voren komen (versnelde ademhaling, verhoogde hartslag, het warm krijgen etc.).

Is de patiënt in staat om vol te houden of geeft hij/zij op? Merkt de patiënt lichaamssignalen, zoals het veranderen van de ademhaling, hartslag en het warm krijgen? Hierbij kun je ook letten op non-

verbale signalen wanneer een patiënt moeite heeft met het onder woorden brengen van deze signalen (bijv. wapperen wanneer hij het warm heeft).
Is er weerstand tegen de oefening? En zo ja, hoe wordt hier mee om gegaan? Verzet iemand zich tegen de opdracht of de opdrachtgever?

Te scoren items

Alertheid	Perceptie	Hartslag
Ademhaling	Kracht	Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties
Reguleren van energieniveau	Spierspanning	Zelfbeeld
Motivatie	Veranderen van aandachtsgebied	Omgaan met meerderen

3. Gewaarwording

Activiteit

De patiënt op 3 verschillende plekken laten zitten en de mogelijkheid bieden om waar te nemen wat hij/zij voelt wanneer hij/zij zit.

Materiaal

- stoel
- zitkubus of fysiobal
- grond

Uitleg aan de patiënt

De 1^e keer (stoel):

Ga op zo'n manier zitten op de stoel zodat jij lekker zit. Loop nu eens je lichaam langs door bij je voeten te beginnen en tot aan de bovenkant van je hoofd na te gaan waar je lichaam contact maakt met de omgeving. Is het warm of koud? Voel je harde of zachte druk? Neem rustig de tijd hiervoor en omschrijf wat je waarneemt. Soms helpt het om je ogen te sluiten zodat je beter kan concentreren op wat je waarneemt / voelt. Check voor jezelf ook of je het prettig vindt zitten of niet.

De 2^e keer (zitkubus of fysiobal):

Ga op zo'n manier zitten op de bal / kubus zodat jij lekker zit. Loop nu eens je lichaam langs door bij je voeten te beginnen en tot aan de bovenkant van je hoofd na te gaan waar je lichaam contact maakt met de omgeving. Is het warm of koud? Voel je harde druk of zachte druk? Neem rustig de tijd hiervoor en omschrijf maar wat je waarneemt. Soms helpt het om je ogen te sluiten zodat je beter kan concentreren op wat je waarneemt / voelt. Wanneer het ergens contact maakt check voor jezelf ook wat je ervan vindt. Vind je dit prettiger of minder prettig dan het andere zitvlak en waarom?

De 3^e keer (grond):

Ga op zo'n manier zitten zodat je lekker zit. Loop nu eens je lichaam langs door bij je voeten te beginnen en tot aan de bovenkant van je hoofd na te gaan waar je lichaam contact maakt met de omgeving. Is het warm of koud? Voel je harde druk of zachte druk? Neem rustig de tijd hiervoor en

omschrijf wat je waarneemt. Soms helpt het om je ogen te sluiten zodat je beter kan concentreren op wat je waarneemt / voelt. Check ook voor jezelf of je dit zitvlak prettig vindt zitten of niet. Welke van de drie zat het prettigst en waarom?

Interventies therapeut

- directieve, structurerende manier van uitleggen van de oefening
- op een rustige toon de oefening uitleggen
- ondersteunend m.b.t. aandachtsgebieden van waarnemen, door opties te benoemen (wat hoor je, wat ruik je, wat voel je, wat proef je, wat voor druk neem je waar en waar neem je de druk waar)

Aandachtspunten voor de therapeut

Let op in welke mate de patiënt accuraat waarneemt. Registreert hij/zij temperatuur, druk etc.? Merkt hij/zij verschillen op? En geeft hij/zij gedetailleerd weer wat de verschillen zijn of slechts globaal? Kan iemand ook aangeven wat hij/zij wel of niet prettig vindt? Is hij/zij in staat om de aandacht op zichzelf/ de eigen waarneming te richten en deze even vast te houden? Wordt iemand rustig/ ontspannen of juist onrustig/ gespannen van deze oefenvorm?

Te scoren items

Alertheid	Perceptie	Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties
Vasthouden van aandacht	Veranderen van aandachtsgebied	Reguleren energieniveau
Driftbeheersing	Spierspanning	

Cluster 2: Regulatievaardigheden

4. Opbouwen van kracht

Activiteit

Met een halfharde bal wordt in 10 keer opbouwend in kracht tegen de muur gegooid en gelijk daarop volgend in 10 keer afbouwend in kracht. Dit doet de patiënt twee keer.

Materiaal

- Halfharde bal die redelijk stuitert
- Muur met voldoende oppervlak zonder verdere obstakels

Uitleg patiënt

Met deze bal ga je 10 keer tegen de muur aan gooien. De 1^e keer dat je gooit is met weinig kracht en dat bouw je op zodat je bij de 10^e keer met veel kracht gooit. Vervolgens begin je weer met veel kracht om in 10 keer af te bouwen tot je weer bij 1 bent met weinig kracht.

Je doet de oefening nog een keer. De 1^e keer dat je gooit is op 10% van je kracht en de 10^e keer op 100% van je kracht. Vervolgens start je met 100% en bouw je af naar 10%.

Interventies therapeut

- Duidelijke directieve uitleg van de activiteit
- neutrale attitude en gezichtsuitdrukking
- positie aan de zijkant van de gooierende patiënt, zodat je niet in de weg staat voor de patiënt om te kunnen gooien, maar de patiënt wel goed kunt observeren.
- geen verbale stimuleringen / opmerkingen ten tijde van het uitvoeren van de activiteit
- Vraag steeds na hoe het ging en of hij/zij het moeilijk vond.

Aandachtspunten therapeut

Het is belangrijk om de positie zo te kiezen dat je niet in de baan van de bal komt.

Binnen de activiteit is het zichtbaar, maar ook hoorbaar aan het raken van de muur door de bal, of er een duidelijke opbouw zit in de mate van kracht. Daarnaast is eveneens te observeren of de patiënt zich opgelaten voelt of op zijn gemak is tijdens de activiteit, of de patiënt tot zijn maximale kracht komt of dat er een rem op zit. Is hij gemotiveerd of niet? Anticipeert de patiënt qua afstand tot de muur op de kracht waarmee hij gooit? Wat gebeurt er wanneer de bal weg stuitert of wanneer de bal de patiënt raakt? Kan de patiënt beter reguleren wanneer de spanningsopbouw meer gespecificeerd wordt? Rapporteert de patiënt meer moeite met opbouwen of met afbouwen en klopt dit met de waarneming van de therapeut?

Te scoren items

Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties	Reguleren van energieniveau	Spierspanning
Driftbeheersing	Vasthouden van aandacht	Psychische stabiliteit
Beoordelingsvermogen	Kracht	

5. Ballen in beweging houden

Activiteit

Met een hockeystick ballen in beweging houden die aangerold worden door de therapeut.

Materiaal

- hockeystick
- diverse soorten (hockey)ballen

Uitleg patiënt

Met een hockeystick ga je ballen in beweging houden. Ze mogen niet stil komen te liggen. Je mag het eerst met twee ballen proberen om in te schatten hoeveel ballen je denkt in beweging te kunnen houden. Dit zeg je hardop tegen mij. Je begint met 1 bal en er komt telkens een bal bij. Dit blijft doorgaan totdat jij 'stop' zegt.

Interventies therapeut

- neutrale attitude en gezichtsuitdrukking tijdens de activiteit
- positie zo innemen dat je de patiënt niet stoort in zijn bewegingsactiviteit, maar wel zo dat je de ballen goed kunt aanrollen en de patiënt kunt zien
- objectief benoemen wat je ziet binnen de bewegingsactiviteit (bijvoorbeeld: "daar ligt een bal stil")

Aandachtspunten therapeut

Het is belangrijk om de positie zo te kiezen dat je de patiënt goed kunt observeren; zowel zijn mimiek als lichaamshouding.

Hoe schat iemand zijn eigen vaardigheden in? Lukt het om de aandacht vast te houden? Lukt het om gecontroleerd te blijven spelen? Wat gebeurt er als je een bal toevoegt? Voelt de patiënt zich opgelaten, of misschien gefrustreerd? Speelt hij/zij eerlijk, of gaat hij door terwijl er ballen stilliggen? Maakt de patiënt gebruik van een strategie en kan de patiënt zijn/haar strategie wijzigen? Wat is het energieniveau van de patiënt en reguleert de patiënt dit adequaat?

Aan het eind van de activiteit navragen aan de patiënt hoe het is gegaan. Tevens navragen of er een spanningsopbouw merkbaar was.

Te scoren items

Lichaamsbeeld	Kracht	Gewaarwordingen verband houdend met spieren en bewegingsfuncties
Reguleren van energieniveau	Bereik van stemming	Spierspanning
Adequaatheid van stemming	Motivatie	Driftbeheersing
Vasthouden van aandacht	Veranderen van aandachtsgebied	Regulering van stemming
Leren	Cognitieve flexibiliteit	Oplossen van problemen
Omgaan met stress en andere mentale eisen	Omgaan met regels	Beoordelingsvermogen

Begrijpen van gesproken boodschappen	Denken	Inzicht
Sociale normen, gewoonten en ideologieën		

Cluster 3: Communicatie & interactie

6. Gecontroleerde toenadering

Activiteit

Op een gecontroleerde wijze naar de ander toe lopen of benaderd worden door de ander, in totaal 4 keer.

Materialen

Geen, behalve een lege ruimte, zodat je een stuk uit elkaar kunt gaan staan (minimaal 5 meter).

Uitleg patiënt

We doen deze activiteit 4 keer. Per keer leg ik je uit wat de bedoeling is.

- 1) Kies een plek in de zaal waar je gaat staan. Daarna ga ik op een grote afstand van je vandaan staan en loop ik naar je toe. Jij mag bepalen tot hoe ver ik naar je toe mag komen. Op welke manier je dat aangeeft, mag je zelf bepalen. Als jij aangeeft dat ik moet stoppen, doe ik dat meteen.
- 2) Ga weer op dezelfde plek staan. Ik ga ook op dezelfde plek staan. Ik loop naar je toe en je mag zelf weer bepalen tot hoe ver ik naar je toe mag komen. De extra opdracht is dat er nu niet bij gepraat mag worden, verder is alles hetzelfde als daarnet.
- 3) Ga op dezelfde plek staan. Ik ga ook op dezelfde plek staan. Nu loop jij naar mij toe, en geef ik aan hoe ver je naar mij toe mag komen.
- 4) Ga op dezelfde plek staan. Ik ga ook op dezelfde plek staan. Nu loop jij naar mij toe, maar ik geef niets aan. Jij mag stoppen als je iets aan mij ziet veranderen.

Interventies therapeut

In deze oefenvorm is het belangrijk telkens neutraal te blijven in je mimiek, maar de patiënt wel recht aan te kijken wanneer je op hem/ haar afloopt. Registreer maar check niet als er volgens jou verschil was in wat de patiënt rapporteert en wat jij hebt gemerkt.

- 1) Loop in een rustig tempo met neutrale blik recht op de patiënt af. Reageer direct op wat de patiënt aangeeft. Vraag na waarom hij/zij stop zei en wat hij/zij merkte toen je dichterbij kwam. Vraag of hij/zij vond dat het op tijd was.
- 2) Idem als 1. Vraag na of hij/zij het teken duidelijk genoeg vond.
- 3) Sta met een neutrale blik gericht op de patiënt. Geef verbaal aan tot waar een patiënt mag komen. Vraag na of het duidelijk was voor de patiënt.
- 4) Sta met een neutrale blik gericht op de patiënt. Geef non-verbaal aan tot waar een patiënt mag komen. Doe dit heel subtiel, dus niet door een hand op te steken, maar door een klein beetje achterover te hangen, je gezicht te vertrekken, een beetje weg te kijken etc. Vraag na wat de patiënt gezien heeft en waarom hij/zij wel of niet gestopt is.

Aandachtspunten therapeut

Is hij /zij op tijd met het aangeven van de grens? Let hierbij zowel op wat de patiënt rapporteert, als wat jij ziet. Geeft hij/zij de afstand tot waar je mag komen zowel verbaal als non-verbaal op adequate en duidelijke wijze aan? Blijft iemand in contact met jou of vermijdt hij/zij dit juist? Op wat voor manier reageert de patiënt als je aangeeft tot waar hij/zij mag komen? Wordt hiernaar geluisterd of wordt er nog een stap gezet. Bij de laatste vorm: heeft de patiënt ook oog voor jouw non-verbale signalen of wordt er doorgelopen als er slechts subtiele signalen worden afgegeven?

Te scoren items:

Alertheid	Motivatatie	Vasthouden van aandacht
Vertrouwen	Visueel waarnemen	Gebruiken van lichaamstaal
Begrijpen van lichaamstaal	Afstemmen op de ander	Omgaan met afstand en nabijheid
Omgaan met meerderen	Omgaan met ondergeschikten	Sociale normen, gewoonten en ideologieën

7. Stok verwisselen

Activiteit

Verwisselen van een meterstok met de ander, zonder dat de stok op de grond mag vallen.

Materialen

- twee 1-meterstokken
- krijt om op de vloer de afstanden aan te geven

Uitleg patiënt

We hebben allebei een stok. De bedoeling is dat we de stok op de grond zetten met de hand er bovenop. Vervolgens wisselen we van stok door deze even los te laten en dan de stok van de ander te pakken. De stokken mogen niet op de grond vallen. We maken de afstand straks steeds groter, zodat het moeilijker wordt. De activiteit stopt als het drie keer achter elkaar niet lukt om te wisselen zonder dat een van de stokken valt.

Interventies therapeut

Begin een meter uit elkaar en vergroot dit telkens met een halve meter op het moment dat het lukt. Doe dit op minstens 3 afstanden.

Bij de allereerst keer start je aan dezelfde kant van de stok als de patiënt (dus als de patiënt de stok aan zijn/haar rechterzijde heeft, heb jij hem aan je linkerzijde). Wacht af in de communicatie en kijk of de patiënt hierin initiatief neemt. Werk mee wanneer er adequaat initiatief wordt genomen (bijvoorbeeld wanneer het voorstel komt om af te tellen of om afspraken te maken over hoe je oversteekt), maar wacht af als er niets gebeurt.

Wanneer er gedurende 2 minuten niets verandert en de samenwerking loopt niet, leg het spel dan stil en vraag de patiënt waarom hij/zij denkt dat het niet loopt. Vraag na wat de patiënt ziet wat er gebeurt. Vraag of hij/zij kan inschatten hoe de therapeut vindt dat het gaat. Maak een samenwerkingsbevorderende afspraak. Deze kan dus van de patiënt komen, maar als er niets komt, brengt de therapeut een idee in bijvoorbeeld op een bepaald teken wisselen van stok. Hervat daarna het spel.

De therapeut gaat vervolgens bewust maar subtiel de samenwerking bemoeilijken, bijvoorbeeld door de stok wat naar achter te laten vallen of door telkens iets te vroeg te starten. Wacht af of de patiënt hierop reageert en op welke wijze hij/zij dit doet. Wanneer de patiënt hier iets over zegt, reageert de therapeut door weer goed samen te gaan werken. Wanneer er niets wordt aangegeven gaat de

therapeut hiermee door tot het minstens 3 achter elkaar mislukt. Vraag ook aan het einde weer na hoe het ging.

Aandachtspunten therapeut

Let op of de patiënt initiatief neemt in de communicatie en op welke wijze hij/zij dit doet. Wordt er assertief samengewerkt, worden er bevelen uitgedeeld of laat de patiënt het initiatief bij de therapeut? Is hij/zij vooral gericht op het pakken van de eigen stok of op het goed achterlaten van de stok voor de ander? Hoe reageert hij/zij op het moment dat het niet lukt? Geeft hij/zij de therapeut feedback als die de samenwerking saboteert en zo ja, op welke wijze? Wordt er geïnternaliseerd of geëxternaliseerd wanneer het niet goed loopt? Geeft iemand snel op of blijft hij/zij het proberen?

Te scoren items:

Alertheid	Reguleren van energieniveau	Stemgebruik
Adequaatheid van stemming	Zelfbeeld	Motivatie
Driftbeheersing	Vasthouden van aandacht	Veranderen van aandachtsgebied
Regulering van stemming	Ontwikkelen van vaardigheden	Inschikkelijkheid
Psychische stabiliteit	Betrouwbaarheid	Reguleren van gedrag in gezelschap
Oriëntatie in andere personen	Basale sociale vaardigheden	Visueel waarnemen
Begrijpen van lichaamstaal	Gebruiken van lichaamstaal	Tolerantie in relaties
Kritiek in relaties	Afstemmen op de ander	Inzicht

8. Plek verwisselen

Activiteit

Verwisselen van plek met de ander.

Benodigde materialen:

- twee pylonnen

Uitleg patiënt

We starten allebei bij onze eigen pylon en het is de bedoeling dat we van plek verwisselen. Ik moet naar jouw pylon en jij naar die van mij. We gaan dit een paar keer herhalen op steeds een iets andere manier. Het wordt jou daarbij steeds iets lastiger gemaakt.

Interventies therapeut

Neem een neutrale houding in en richt je blik op de patiënt. Wacht enkele seconden af of de patiënt in beweging komt. Daarna loop je in de richting van de andere pion. Dit herhaal je op verschillende manieren, namelijk:

- 1) Loop op de patiënt af, maar wijk ruim op tijd uit voor de patiënt. Laat duidelijk zien dat jij rechtsonder loopt en kijk wat de patiënt vervolgens doet.

- 2) Loop op de patiënt af en wijk niet meteen uit. Als de patiënt die ook niet doet, wijk je op het laatst uit om een botsing te voorkomen.
- 3) Loop op de patiënt af en wijk niet uit. Als de patiënt dit ook niet doet, loop dan niet door maar blijf voor de patiënt stilstaan en kijk vervolgens wat de patiënt doet. Als de patiënt wel uitwijkt, kijk hem dan nadrukkelijk na.
- 4) Loop op de patiënt af en loop juist in de richting die hij/zij kiest om uit te wijken. Met ander woorden, ondanks uitwijken van de patiënt de confrontatie nog eenmaal opzoeken. Wanneer de patiënt weer uitwijkt loop je rustig door.
- 5) Zet aan richting de patiënt, maar versper hem/haar de weg om bij jouw pylon te komen. Doe dit gedurende een halve minuut en stop dan de activiteit.

Vraag na iedere keer kort aan de patiënt hoe hij/zij vond dat het ging. Wanneer de patiënt aangeeft het moeilijk te vinden, vraag dan ook uit waarom. Hierbij wordt ook gevraagd naar wat de patiënt denkt tijdens de activiteit.

Aandachtspunten therapeut

Het is belangrijk hierbij de grens van de patiënt in de gaten te houden. Wanneer de patiënt heftig reageert op een van de eerste vormen, stop dan de activiteit en maak niet alle vormen af. Neem als therapeut geen initiatief om te praten, maar als de patiënt dit doet reageer je hier wel op.

Wijkt de patiënt uit, gaat hij in op de provocaties van de therapeut of zoekt hij zelf de provocatie op? Geeft de patiënt een grens aan als de spanning blijft oplopen. Hoe reageert de patiënt op de laatste situatie? Geeft hij/zij het op, wordt het gesprek aangegaan? In hoeverre loopt de spanning op bij de patiënt en wat rapporteert hij/zij hierover?

Te scoren items:

Stemgebruik	Motivatie	Inschikkelijkheid
Vertrouwen	Oplossen van problemen	Omgaan met stress en andere mentale eisen
Reguleren van gedrag in gezelschap	Oriëntatie in andere personen	Basale sociale vaardigheden
Visueel waarnemen	Begrijpen van gesproken boodschappen	Begrijpen van lichaamstaal
Gebruiken van lichaamstaal	Respect en warmte in relaties	Tolerantie in relaties
Kritiek in relaties	Afstemmen op de ander	Fysiek contact in relaties
Omgaan met afstand nabijheid	Denken	Inzicht
Sociale normen, gewoonten en ideologieën		

Bijlage 12

Informed consent

Betreft onderzoek:

Toetsing van een Psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot Agressieproblematiek, het PDI-A.

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze, mondeling en/of schriftelijk te zijn voorgelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek naar een Psychomotorisch diagnostisch instrument met betrekking tot Agressieproblematiek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik houd daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven. Deelname aan dit onderzoek heeft geen consequenties voor mijn behandeling, tenzij het echt niet meer veilig is voor jou, mij of anderen. Het onderzoek zal dan direct stopgezet worden.

Naam: Dhr. _____

Datum: _____

Handtekening deelnemer:

Handtekening Onderzoeker:

Bijlage 13

TOESTEMMINGSVERKLARING AUDIO- en/of VIDEO-OPNAMES

Ondergetekende verklaart hierbij akkoord te gaan met het maken van audio- en/of video-opnames van de behandelgesprekken.

Ik ben op de hoogte gesteld dat deze opnames alleen worden gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

Door mede te ondertekenen verklaart de onderzoeker dat bij gebruikmaking van de opnames de grootst mogelijke zorgvuldigheid in acht wordt genomen ten aanzien van de privacy van betrokkene.

Naam Patiënt :

Geboortedatum :

Handtekening :

Naam Onderzoeker :

Getekende te :

Datum :

Handtekening :

