

“Het maakt mij niet uit, zeg jij het maar.”

Schizofrenie en de ‘negatieve’ symptomen

B.T.M. de Boer
Zwolle 2009

Kan Psychomotorische Therapie, middels
(her)activering een bijdrage leveren aan de
vermindering van de negatieve symptomen van
schizofrenie.

*“Het maakt mij niet uit,
zeg jij het maar.”*

Schizofrenie en de ‘negatieve’ symptomen

Kan Psychomotorische Therapie, middels (her)activering
een bijdrage leveren
aan de vermindering van de
negatieve symptomen
van schizofrenie.

Afstudeerscriptie:

Boudewijn T.M. de Boer
Zwolle, 2009

Opleiding:

School of Human Movement & Sports
Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie
Hogeschool Windesheim, Zwolle

Begeleiding:

Dhr. G. Riedstra
Dhr. K. van den Bos



*“Eerlijk gezegd ben ik toen ‘gewoon gek geworden’.
Ik dacht dat ik in de Prehistorie leefde,
was ’s nachts aan het blowen, verwaarloosde mezelf en keek
heel veel TMF, ik was dan de hele dag aan
het staren naar het beeldscherm”.*

*Ja ik voer inderdaad gesprekken met deze stemmen.
We hebben het dan over; meisjes en over maatschappelijke dingen,
ja over van alles eigenlijk.
We hebben het niet over mensen direct om ons heen.
Wel zie ik beelden van sommige pasfoto’s,
maar niet “zwart op wit”, maar “wit op zwart”.*

*“Als je de televisie aanzet, dan maakt de tv zelf een geluid.
Ook als je het geluid van de tv hebt uitgezet.
Dat precies is wat ik hoor, in mijn rechteroor!
Heel subtiel en realistisch”.*

Citaten uit interview met M. oktober 2008

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inleiding	3
Onderzoeksvraag	5
1 Schizofrenie	7
1.1 Schizofrenie	7
1.2 Eigen visie schizofrenie	8
1.3 Prevalentie	8
1.4 Doelgroepanalyse schizofrenie	9
1.5 Symptomen	10
2 Negatieve Symptomen	12
2.1 De negatieve symptomen	12
2.2 Eigen visie negatieve symptomen	14
3 Casus	15
4 Diagnostiek	16
4.1 Het Diathese-stressmodel	16
4.2 Profielschets, definiëring van de categorieën	16
4.3 Profielschets van N	17
4.4 Classificerende diagnostiek	17
4.5 Hermeneutische diagnostiek	18
4.6 Kritische diagnostiek	18
4.7 Indicatie en behandelplan	19
4.8 Behandeldoelen	19
5 (Her)activeringsgroep	20
5.1 Totstandkoming en doel van het programma	20
5.2 Programma	21
5.3 Activiteiten / Praktijkvoorbeelden	22
5.4 Attitudes Therapeut	23
5.5 P.M.T. strategieën	24
5.6 Bevindingen	24
6 Samenvatting	26
7 Conclusie	27
8 Nawoord	28
Literatuurlijst	29
Bijlagen	31

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie welke ik heb geschreven in het kader van de afstudeeropdracht van de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle. Mijn interesse en fascinatie voor het onderwerp schizofrenie komen voort uit mijn gelopen eindstage bij Kairos (Pompekliniek) te Nijmegen en de GGZ-Noord midden Limburg te Venray. Vooral bij deze laatste instelling ben ik veel in contact geweest met patiënten bij wie schizofrenie gediagnosticeerd was. Samen met mijn stagebegeleider Kees van den Bos heb ik bij de GGZ-NML een (her)activeringsprogramma opgestart om een aantal patiënten weer in beweging te krijgen en om invloed uit te oefenen op de negatieve symptomen van schizofrenie.

Op beide stageadressen heb ik een mooie en leerzame tijd gehad en daarom wil ik ook als eerste mijn stagebegeleiders bij Kairos, Mevr. T. Bijvoet en Mevr. G. Roethof bedanken voor hun professionele begeleiding. Ik heb ontzettend veel van hen geleerd over de doelgroep Forensische Psychiatrie, maar boven alles heb ik door hun begeleiding veel over mezelf geleerd.

Ik wil mijn stagebegeleider Dhr. K. van den Bos bedanken voor een fijne en leerzame stage maar vooral ook voor de vrijblijvende begeleiding tijdens het maken van deze scriptie. Niet omdat het moest maar puur uit interesse voor hetzelfde onderwerp en belangstelling, heeft hij mij van kritische doch fijne en eerlijke feedback voorzien. Daarnaast bedank ik hem ook voor de vele literatuur welke ik via hem heb verkregen.

Ik wil mijn scriptiebegeleider Dhr. G. Riedstra bedanken voor zijn fijne en inzichtgevende begeleiding tijdens het maken van deze scriptie.

Ook bedank ik mijn collega's van *Odeon De Spiegel theaters* in Zwolle voor de door hun beschikbaar gestelde werkplek en tips voor de opmaak van dit document.
Michiel Zwiers voor het taaltechnisch controleren van deze scriptie.

Als laatste wil ik de mensen om mij heen bedanken, mijn familie en vrienden voor hun begrip, geduld en steun!

Inleiding

Mijn onderzoeksvraag welke ik heb geformuleerd voor deze scriptie is de volgende:

‘Kan Psychomotorische Therapie, middels (her)activering invloed hebben op de ‘negatieve’ symptomen, van volwassen schizofrene patiënten, binnen de klinische forensische psychiatrie’?

Deze vraag is tot stand gekomen tijdens en na mijn eindstage bij de GGZ-NML te Venray. Tijdens deze stage ben ik gefascineerd geraakt door schizofrenie. Al snel kwam ik erachter dat schizofrenie veel meer is dan alleen een psychotische episode. Ik merkte dat veel van mijn patiënten niet vooruit te branden waren, dat er soms zelfs geen therapie mogelijk was aangezien ze niet uit hun bed wilden / konden komen. Hierdoor ben ik onderzoek gaan doen naar de duidelijk hardnekkig aanwezige negatieve symptomen. In de literatuur is ontzettend veel te vinden over schizofrenie, maar aan de negatieve symptomen is met geluk per bron één paragraaf gewijd. Er is niets te vinden over “evidence based” therapie m.b.t. de negatieve symptomen. Mijn ambitie is ook niet om u een wetenschappelijk onderzoek te tonen wat bewijst dat een (her)activeringsmodule als deze daadwerkelijk werkt, wel denk ik dat deze module een positieve bijdrage kan leveren, al zijn het maar kleine stapjes.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden heb ik naar het idee van mijn stagebegeleider Kees van den Bos een (her)activeringsgroep opgestart tijdens mijn eindstage bij GGZ-NML te Venray. De (her)activeringsgroep is een module geworden voor een aantal zorgvuldig uitgekozen patiënten binnen de GGZ-NML. In deze scriptie kunt u het traject van één van deze patiënten volgen.

In hoofdstuk 1 neem ik u mee in de wereld van schizofrenie, u kunt hier de officiële definitie, de verschillende vormen en meer algemene informatie van de gecompliceerde stoornis schizofrenie vinden. Ik acht dit als een noodzakelijke inleiding voordat ik mij toespits op de negatieve symptomen van schizofrenie.

In hoofdstuk 2 worden de negatieve symptomen onder de loep genomen, hier is een lijst te vinden met mogelijke symptomen en vindt u verschillende definities over negatieve symptomen volgens andere auteurs.

In hoofdstuk 3 zal ik mijn casus omschrijven. Uit de (her)activeringsgroep heb ik een patiënt als casus gekozen. Deze patiënt zal ik de rest van dit document ‘N.’ noemen.

In hoofdstuk 4 doorloop ik de diagnostiek van N. volgens de classificerende, hermeneutische en kritische methode. Het Diathese-stressmodel zal ik in dit hoofdstuk toepassen op N. om tot een indicatie en behandeldoelen te komen.

In hoofdstuk 5 omschrijf ik het programma en verschillende praktijkvoorbeelden uit de (her)activeringsgroep, mijn bevindingen, de gedragingen van N., de attitudes van de therapeut en de pmt-strategieën.

Hoofdstuk 6 wordt dan uiteindelijk gewijd aan de conclusie. Hierin zal omschreven worden wat het antwoord op de onderzoeksvraag is. Dus zal duidelijk worden of P.M.T. door middel van (her)activering invloed kan uitoefenen op de negatieve symptomen van schizofrenie.

Onderzoeksvraag

Kan Psychomotorische Therapie, middels (her)activering invloed hebben op de 'negatieve' symptomen, van volwassen schizofrene patiënten, binnen de klinische forensische psychiatrie.

Zoals gezegd is deze vraagstelling is tot stand gekomen naar aanleiding van mijn ervaringen tijdens mijn eindstage bij de GGZ Noord-Midden Limburg te Venray. Tijdens deze eindstage heb ik een (her)activeringsprogramma opgestart met een aantal patiënten bij wie schizofrenie gediagnosticeerd was. Dit (her)activeringsprogramma heeft als doel, heel letterlijk om deze personen te activeren. Om ze uit het passieve te halen.

Door de negatieve symptomen - het motivatietekort, het initiatief- en energieverlies is gekozen voor dit programma. Het voornaamste doel was dan ook deze patiënten in beweging te krijgen. Één patiënt zal ik behandelen in een casus en verder toelichten. Ik heb bewust voor deze patiënt gekozen aangezien ik bij hem heb gemerkt waarom dit programma wel of juist niet een positieve invloed kan hebben op de negatieve symptomen.

In deze scriptie probeer ik dan ook toe te lichten of Psychomotorische therapie middels een (her)activeringsprogramma invloed kan hebben op de negatieve symptomen van schizofrene patiënten. Deze scriptie is wegens persoonlijke ervaringen en de daarbij horende casus vooral op deze doelgroep specifiek binnen de klinische forensische psychiatrie gericht. Dit betekent niet dat een (her)activeringsprogramma zoals omschreven in deze scriptie uitsluitend binnen de genoemde setting kan worden toegepast. In tal van andere instellingen of settings zou dit programma ook een positieve invloed kunnen hebben.

1 Schizofrenie

1.1 Schizofrenie

Wanneer schizofrenie letterlijk wordt vertaald, betekent het 'gespleten geest'. Het woord schizofrenie is meer dan een eeuw geleden bedacht door Eugen Bleuler (1908). Het woord schizofrenie stamt af van het Griekse 'schizein' (splijten) en 'phrèn' (gevoel, verstand). Door deze term wordt schizofrenie vaak verward met de 'Dissociatieve Identiteits Stoornis' (DIS). Bij deze stoornis is er inderdaad sprake van aanwezigheid van twee of meer scherp van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden. Wanneer u in uw eigen omgeving een aantal willekeurige personen zal vragen naar de betekenis van schizofrenie zal de meerderheid deze nog verwarren met de 'Dissociatieve Identiteits Stoornis'. Als we nog verder terug in de tijd gaan, komen we uit bij 'Emil Kraepelin' (1896), welke een naam had gegeven aan het bewuste psychiatrische ziektebeeld namelijk 'Dementia Praecox' wat letterlijk vroegtijdige aftakeling betekent.

Bij het vaststellen of iemand daadwerkelijk aan schizofrenie lijdt, zijn alle hulpverleners aan strikte criteria gebonden. Zo wordt de uniformiteit tussen verschillende hulpverleners bevorderd, waar ter wereld de diagnose ook wordt gesteld. Al deze criteria staan vermeld in de DSM-IV-TR (2002). In de bijlage is deze uitgewerkte classificatie volgens de DSM-IV-TR te vinden.

Daarnaast zijn er door de jaren heen naast de DSM IV classificatie, verschillende classificaties verschenen over het begrip schizofrenie. Hieronder noem ik er twee, namelijk de classificatie volgens 'van den Bosch' (1993) en volgens 'Kuiper' (1989).

Schizofrenie volgens 'van den Bosch' (1988): *"een classificatiebegrip, waarmee de meeste ernstig gestoorde psychiatrische patiënten worden aangeduid, maar niet een begrip dat een ziekte-eenheid of zelfs maar een scherp afgebakende categorie van psychiatrische symptomen omvat."*

Schizofrenie volgens 'Kuiper' (1994): *"Ernstig psychotische toestanden met verregaande ik-regressie. Het is een endogene ziekte, voorkomende in drie ondervormen (hebefrenie, katatonie en dementia paranoid verloop). De schizofrenie psychose verloopt meestal in aanvallen, die nooit geheel genezen, maar een steeds ernstiger defect achterlaten, het Schizofrene defect."*

Hebefrenie:

- Het bewustzijn is helder
- Het ik-besef is veelal gestoord
- Het eigen ik wordt niet voldoende afgegrensd van de omgeving beleefd of deze begrenzing is zeer kwetsbaar en labiel
- Stoornissen in waarneming en denken, met name haptische, olfactorische en akoestische hallucinaties
- Vele soorten wanen kunnen optreden
- Stemming is vaak psychotische angst of juist heel opgewekt
- Gevoel wordt vaak omschreven als oninvoelbaar en inadequaar
- Initiatiefverlies, zwerfneigingen, soms infantiele seksuele driften en decorumverlies.

Katatonie:

- Kan optreden vanaf het achttiende levensjaar
- Alle symptomen van de hebefrenie
- Bewegingsstoornissen: hyperkinesie, abnormale bewegingen of akinesie (stuporeuze toestand)

Dementia Paranoides:

- Kan optreden tussen het dertigste en vijftigste levensjaar
- Alle symptomen van de hebefrenie kunnen optreden, met nadruk op de waandenkbeelden, die het hele leven kunnen gaan bepalen.

1.2 Eigen visie schizofrenie

De huidige definitie en classificatie geeft een afgebakende en heldere diagnose, maar desondanks bestaat er nog veel onduidelijkheid over dit ziektebeeld.

Waar bijna alle verschillende theorieën en definities het wel over eens zijn is dat de oorzaak van schizofrenie altijd verdeeld is over verschillende gebieden.

Het is een wisselwerking tussen biologische eigenschappen, psychologische reacties en sociale invloeden. (van den Bosch, 1988)

Er zijn door de jaren heen verschillende definities van schizofrenie ontstaan, als professional is het van belang een eigen visie over deze stoornis te hebben.

De classificatie volgens de DSM-IV-TR is mijns inziens de meest heldere en best hanteerbare definitie van schizofrenie. In deze classificatie zijn de verschillende symptomen en syndromen beknopt maar duidelijk omschreven.

Eigen visie schizofrenie (2009): *“Schizofrenie is een classificatiebegrip waaronder zowel de positieve als de negatieve symptomen worden verstaan. De positieve symptomen zijn evenredig belangrijk aan de negatieve symptomen, welke aandacht vragen van de hulpverlener na een psychotische episode. Schizofrenie kan het leven van een patiënt dusdanig beïnvloeden dat professionele zorg en/of opvang vereist is.”*

Schizofrenie is een complexe stoornis, wanneer de DSM-IV classificatie en de doelgroepanalyse wordt gehanteerd kan men deze stoornis mijns inziens voor zichzelf duidelijk krijgen.

De doelgroepanalyse wordt in hoofdstuk 1.4 verder toegelicht en uitgewerkt.

Als professional is het van belang te beseffen dat schizofrenie niet met één bepaalde vorm van therapie of module te genezen is, als professional kan je in kleine stappen bijdragen aan het leren leven met deze stoornis.

1.3 Prevalentie

De prevalentie bij schizofrenie (totaal aantal gevallen op een bepaald moment) is op het moment (2009) in Nederland 2,5 - 5,3 per 1000. Dat komt neer op een totaal aantal van ongeveer 100.000 personen in Nederland welke lijden aan schizofrenie.

Daarbij hoort ook de incidentie (het aantal nieuwe gevallen per jaar) van 0,2 - 0,6 per 1000 per jaar. De prevalentie bij mannen en bij vrouwen is nagenoeg gelijk. Schizofrenie wordt veelal gediagnosticeerd tussen het zeventiende en vijfentwintigste levensjaar. (www.rivm.nl 2009)

1.4 Doelgroepanalyse Schizofrenie

Een doelgroepanalyse is een beschrijving van de doelgroep waarbij de belangrijkste kenmerken van de doelgroep helder op papier staan. Een doelgroepanalyse is van waarde om door “de bomen het bos te kunnen zien”. Door de complexiteit van de stoornis schizofrenie en de vele symptomen en syndromen kan het lastig zijn om de kernpunten concreet te hebben. Zoals al eerder genoemd kan het voor een therapeut van nut zijn om naast de DSM-IV-TR classificatie een dergelijke doelgroepanalyse te hanteren om de belangrijkste kenmerken voor jezelf altijd helder te houden.

A. algemene beschrijving van het ziektebeeld.

Ernstige aandoening waarbij het realiteitsbesef verstoord is en de eenheid van denken, voelen, willen en handelen verloren gegaan is. Het ziektebeeld manifesteert zich in fasen: de prodromale fase, de acute fase en de restfase.

B. opsomming van de belangrijkste symptomen volgens L.E.C.S. welke staan voor Lichamelijk, Emotioneel, Cognitief en Sociaal.

- L. bewegingsarmoede (katatonie, stereotypieën, grimassen e.d.)
spraakarmoede, passiviteit, gebrekkige zelfverzorging.
- E. misplaatste gevoelens, neerslachtige buien, emotionele vervlakking.
- C. stoornissen in de waarneming, inhoudelijke en formele denkstoornissen.
- S. sociale onrust, sociaal isolement, formeel in de omgang of juist erg intens.

C. opsomming van de innerlijke gedragskenmerken.

Chaos en onrust, paranoïde gedachten, bezig met hallucinaties/wanen en de daarbij horende cognities en emoties. Vervlakt, leeg innerlijk leven.

D. opsomming van de uiterlijke gedragskenmerken.

Onsamenhangende spraak, onrustig gedrag, psychomotorische stoornissen, starre gelaatsuitdrukking, apathie, erg formeel of juist intens in de omgang.

E. beschrijving in één zin van het kernprobleem.

Het inadequaat signaleren, selecteren en interpreteren van prikkels uit binnen- en buitenwereld op grond van een verhoogde kwetsbaarheid voor psychosociale omgevingsfactoren.

F. beschrijving van de belangrijkste behandelingsrichtlijnen.

Neuroleptica / Psycho-educatie

Aanpassing van de omgeving (werkeisen, realistisch/positieve omgeving)

Het leren accepteren van en optimaal aanpassen aan de beperkingen in het psychosociaal functioneren en het activeren van ADL-invulling.

G. beschrijving van de therapeutische attitude die daarbij hoort.

Steunend, begripvol, structurerend, vaak toedekkend en soms inzichtgevend.

H. BA-PMT aanpak: stress-management-training

1.5 Symptomen

1.5.1 Positieve symptomen

Positieve symptomen zijn belevingen of gedragingen die er normaal niet hadden moeten zijn.

Positieve symptomen kunnen we indelen in twee subgroepen; enerzijds de wanen en hallucinaties, anderzijds incoherentie (onsamenhangend, verward).

Deze groepen worden respectievelijk aangeduid als 'gestoord realiteitsbesef' en 'cognitieve desorganisatie'.

Deze positieve symptomen zijn meestal gedurende bepaalde perioden aanwezig, maar ze keren gemakkelijk weer terug. Ook kunnen ze langdurig aanwezig zijn.

Dit zijn de meest bekende en opvallende kenmerken van schizofrenie, ook als ze verminderen blijven vaak lichtere vormen van deze symptomen herkenbaar. Ze spreken dan vaag en wijdlopieg, ze neigen naar magisch denken, of hebben regelmatig vreemde waarnemingssensaties die lijken op hallucinaties, maar minder uitgesproken zijn.
(van den Bosch, 1993)



"Ik leefde in een wereld van kannibalisme en verkrachtingen. Maar ik wilde dit niet doen, ik was er bang voor. Dit waren allemaal hele enge dingen!"
Citaat uit interview met M.

- **Wanen:**
Iemand met schizofrenie kan zich iets inbeelden dat niet klopt met de werkelijkheid.
Voorbeelden:
 - De persoon gelooft dat iemand anders of een hogere macht zijn gedachten en gedrag controleert.
 - De persoon heeft het idee achtervolgd te worden of het slachtoffer te zijn van een complot. Ook kan hij denken dat iemand hem wil doden of kwaad doen (paranoïa).
 - Hij kan verder vinden dat gebeurtenissen of berichten in de media een betekenis hebben speciaal voor hem, zoals het naderend eind van de wereld (betrekkingswaan).
 - Ook kan hij geloven dat hij een bijzonder persoon is, zoals afgezat van God, of iemand met buitengewone gaven (identiteitswaan, grootheidswaan).
- **Hallucinaties.**
Een hallucinatie is een waarneming (horen, zien, ruiken enzovoort) die niet door anderen wordt gedeeld. 'Stemmen horen' en 'dingen zien' komen het meest voor. De stem kan constant commentaar, advies of opdrachten geven. De persoon kan de stem beantwoorden, waardoor het lijkt dat hij in zichzelf praat.
- **Onsamenhangende spraak.**
Iemand met schizofrenie kan moeite hebben zijn gedachten te ordenen. Hij springt bij het praten van de hak op de tak, verliest vaak de draad en is moeilijk te volgen, ook al door het gebruik van ongewone woorden en uitdrukkingen.
- **Chaotisch en katatoon gedrag.**
Het gaat in het laatste geval om gezichtsuitdrukkingen of lichaamshoudingen die raar overkomen, om bewegingen die buitensporig lijken of een repeterend karakter hebben.

De wanen en hallucinaties zijn weer onder te verdelen in tal van subtypes, dat maakt dat de positieve symptomen erg uitgebreid en complex zijn. Aangezien dit voor het onderwerp van deze scriptie minder relevant is verwijs ik dan ook voor meer informatie hierover naar andere literatuur, over de positieve symptomen zijn tal van boeken, artikelen en scripties geschreven.

1.5.2 Negatieve Symptomen

Negatieve symptomen zijn symptomen die ontbreken, er normaal wel moeten zijn.

Deze negatieve symptomen; ook wel beleving- en gedragstekorten, zoals gebrek aan gedachten, vermindering van sociale contacten, vermindering van de apathie, verlies van energie en van initiatief, emotionele vervlakking. Je kunt ook spreken van 'Psychomotorische armoede'. Deze kenmerken kunnen bij alle mensen met schizofrenie voorkomen, maar ze zijn in het huidige beeld van schizofrenie veel minder bepalend dan de positieve symptomen.

Negatieve symptomen zijn hardnekkiger dan de positieve symptomen en belemmeren het functioneren op langere termijn meer.

Het (her)activeringsprogramma wat is opgestart richt zich op de fase welke volgt na de psychotische episode. Tijdens deze fase vinden in meer of mindere mate bij patiënten de negatieve symptomen plaats. Zo ook bij de casus; N. welke ik later in deze scriptie nog verder zal toelichten.

De casus welke wordt uitgewerkt, en het bijbehorende programma richt zich voornamelijk op deze symptomen. Daarom zal in deze scriptie vooral worden stilgestaan bij de negatieve symptomen, deze zullen dan ook in een apart hoofdstuk (hoofdstuk 2) verder worden behandeld.

2 Negatieve Symptomen

2.1 De negatieve symptomen

De negatieve symptomen van de schizofrenie is waar deze scriptie voornamelijk op gericht is, maar waar tegelijkertijd in de literatuur ook het minst over te vinden is. Iedereen weet dat de negatieve symptomen een grote rol spelen bij schizofrenie maar hoe ze ontstaan, te voorkomen en vooral ook te behandelen zijn blijft een groot vraagteken in de huidige Psychologie. Er is weinig tot geen 'Evidence based'¹ materiaal te vinden over geslaagde onderzoeken welke hebben geleid tot een verbetering/vermindering van de negatieve symptomen. Ook in de psychofarmaca bestaat er nog veel onduidelijkheid over de beste medicijnen om de negatieve symptomen tegen te gaan. Volgens de Farmaceutische industrie is het effect van de nieuwe 'Atypische' antipsychotica op de negatieve symptomen wel effectiever dan bij de 'klassieke' antipsychotica, maar dit verschil is verwaarloosbaar.

*"Alsof ik in glas was gegoten. Ik kon me bijna niet bewegen.
Ik zag de wereld, de wereld zag mij,
maar contact was er niet.
Ik dacht een heleboel, maar kon niets zeggen...Ik zag hoe wanhopig mijn moeder soms was. Ik herinner me een keer dat ik heel erg medelijden met haar kreeg en dat ik haar heel graag wilde troosten...Ik wilde zeggen: mam, ik zie dat je je best doet en ik houd van je... Maar ik kreeg het er niet uit...
Toen voelde ik me echt een waardeloze zak."*

Citaat van patiënt. Kollaard, Zorgboek Schizofrenie (2008)

Bij negatieve symptomen zijn er aanwijzingen voor stoornissen van de frontale hersendelen, de prefrontale cortex. 'Atypische' antipsychotica werken remmend op het serotonine systeem zoals dit inwerkt op de prefrontale cortex. Deze remmende werking op het serotonine systeem heeft tot gevolg dat de negatieve symptomen van schizofrenie verminderen. De 'Atypische' antipsychotica zorgt er dus voor dat het teveel aan serotonine in de prefrontale cortex wordt geremd. (D. Nieman, D. Linszen, 1999)

Negatieve symptomen treden vaak op na een psychotische episode. Ze komen niet bij iedereen voor na een psychose, maar degene bij wie het voorkomt ervaart deze verschijnselen als erg lastig. Soms ervaren ze het als lastiger dan een psychose.

Het meest kenmerkend van schizofrenie zijn natuurlijk de psychotische episodes maar aangezien deze korter duren kunnen deze minder vervelend zijn voor de patiënt dan de negatieve symptomen, aangezien deze dus langer duren, moeilijk te bestrijden en dus hardnekkiger zijn.

In de DSM-IV-TR worden de negatieve symptomen in één korte zin genoemd, namelijk:
Negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie.

Deze omschrijving is beknopt maar kan betekenen dat niet altijd iedereen weet wat er onder de negatieve symptomen wordt verstaan. Daarom vindt u op de volgende pagina een lijst met negatieve symptomen. Deze worden geciteerd uit: *Kuiper (1994)* welke deze heeft samengesteld uit literatuur van verschillende bronnen.

¹ Evidence-based practice (EBP) is het uitvoeren van een handeling door een beroepsbeoefenaar op zo'n wijze dat de uitvoering is gebaseerd op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid.

- Gebrek aan initiatief *
 - Levenloosheid
 - Bewegingsloosheid
 - Verplaatsen gaat sloffend
 - Bewegingsuitslag is klein *
 - Geïsoleerd bewegen van ledematen zonder meebewegingen
 - Geen zichtbare vreugde *
 - Emotieloos *
 - Bewegen is louter voldoen aan wat vereist is *
 - Tekort aan vormgevend vermogen
 - Traag *
 - Apathisch
 - Taakvolbrengend
 - Verkramptheid
 - Discontinuïteit
 - Aarzeling *
 - Blokkering
 - De objectieve wereld is een barrière welke geen handvatten biedt.
 - Weinig actief *
 - Teruggetrokken *
 - Somber *
 - Vergeetachtig *
 - Besluiteloos *
 - Overafhankelijk
-
- Spraakarmoede
 - Monotone stem *
 - Affectvervlakking *
 - Initiatieverlies *
 - Motivatie tekort *
 - Energieverlies *
 - Verlies van spontaniteit *
 - Vermindering van sociale contacten *
 - Geen intimiteit / nabijheid kunnen verdragen
 - Vermijdingsgedrag *
 - Lichamelijke inactiviteit *
 - (psycho)motorische remming *
 - Onverschilligheid *
 - Incoherentie
 - Denkstoornis
 - Associatiezwakte
 - Remming van de seksualiteit

* Zijn de symptomen welke ik heb geobserveerd bij N.

U merkt dat deze lijst erg uitgebreid is, dat de negatieve symptomen zich in veel verschillende vormen kunnen manifesteren en zichtbaar kunnen worden. Per patiënt is het zeer verschillend welke van bovengenoemde symptomen op hem of haar van toepassing zijn. Het betekent niet dat na een psychotische episode al deze symptomen altijd aanwezig zijn, maar bij elke patiënt zal de intensiteit en de verscheidenheid verschillen. Hieronder vindt u nog twee citaten over de negatieve symptomen, praktijkvoorbeelden zijn terug te vinden in hoofdstuk 5.

Negatieve symptomen volgens 'v/d Bosch' (1988): *"Verschijnselen als affectieve vervlakking, gedachten- en spraakarmoede, apathie, interesseverlies, anhedonie (het onvermogen plezier te ervaren), de behoefte zich uit sociale contacten terug te trekken, en aandachtsstoornissen."*

Negatieve symptomen volgens 'Kraepelin' (1896): *"A weakening of those emotional activities which permanently form the mainstrings of volition. In connection with this, mental activity and instinct for occupation become mute. The result..... is emotional dullness, failure of mental activities, loss of mastery over volition, of endeavor, and of ability for independent action. The essence of personality is thereby destroyed..."*

2.2 Eigen visie negatieve symptomen

"Verschijnselen als energie- motivatie- interesse- en initiatiefverlies. Onder deze tekorten kunnen weer verschillende subsymptomen worden genoemd. Deze verschijnselen uiten zich als (psycho)motorische armoede. Hierdoor is de deelname aan de maatschappij ernstig verstoord."

Mijn eigen interpretatie van de negatieve symptomen is voortgekomen uit mijn ervaringen met deze doelgroep en vooral uit het contact met mijn casus N. Deze definitie komt het meest overeen met de definitie van van den Bosch (1988). De tekorten zoals omschreven in bovenstaande definitie zijn weer onder te verdelen in tal van concretere symptomen. Veel van deze symptomen zijn terug te vinden in hoofdstuk 2.1. Ook de titel van deze scriptie welke verwijst naar onverschilligheid is een veel voorkomend negatief symptoom waar je als therapeut mee te maken krijgt.

De negatieve symptomen spelen bij deze doelgroep een grote rol in het functioneren in het dagelijks leven. Ze worden door deze symptomen erg geremd en krijgen weinig voor elkaar. Ik heb mij dan ook afgevraagd wat ik als therapeut kan doen om deze patiënten uit deze negatieve spiraal te halen. Het (her)activeringsprogramma is hieruit voortgekomen, meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 5.

Daarnaast vroeg ik mij af, waarom een dergelijk programma het beste aangeboden kan worden door een psychomotorisch therapeut en niet bijvoorbeeld door een sportinstructeur.

Als psychomotorisch therapeut heb je kennis van deze stoornis maar vooral ook van andere thema's waar deze patiënten tegenaan kunnen lopen. Veel patiënten hebben door hun socialisatie weinig coping-strategieën om adequaat om te gaan met voor hun moeilijke situaties. Tijdens een (her)activeringsprogramma zouden dergelijke thema's aan het licht kunnen komen, die je als therapeut dient te herkennen. Door hier gepast op te interveniëren kan er met een heractiveringsprogramma misschien wel meer bereikt worden.

Mogelijke voorbeelden van thema's waaraan ik refereer zijn:

- Grensproblematiek (vooral bij de forensische psychiatrie een punt van aandacht)
- Assertiviteit
- Egoproblematiek (ik-zwakke, hoe sterk is mijn ego gedefinieerd)
- Realiteit (ziekte-inzicht)
- Zelfvertrouwen

3 Casus

Casus:

N. is een man van 26 jaar die in behandeling is bij GGZ-NML wegens een geweldsdelict (huiselijk geweld) welke hij gepleegd heeft zes maanden geleden. Na een paar maanden in de gevangenis te hebben gezeten verblijft hij nu enkele weken bij GGZ-NML op de FPA². Met dit laatste is hij erg blij aangezien hij zich in de gevangenis erg ongelukkig heeft gevoeld. Bij N. is schizofrenie gediagnosticeerd.

N. is een verzorgd uitziende jongen die veel aandacht besteedt aan zijn uiterlijk en (merk)kleding. Hij heeft een gemiddelde lengte en een smal postuur.

Hij slaapt erg veel en is vaak te laat voor de ochtendbijeenkomst. Hij moet dan worden wakker gemaakt en worden gewezen op zijn verantwoordelijkheden.

N. rookt veel en drinkt veel koffie. Over het algemeen brengt hij dagdelen door bij de metaalwerkplaats en zittend in zijn kamer kijkend naar de televisie. N. is niet vaak aanwezig in de gezamenlijke woonruimte of op de binnenplaats. Hij is liever alleen en heeft weinig behoefte aan contact of gezelschap van anderen. De laatste tijd is N. soms in voor een potje Monopoly met een medepatiënt. Dit wordt vaak niet helemaal afgemaakt en N. trekt zich dan weer terug in zijn kamer. N. is in het contact teruggetrokken en toont zelden initiatief voor een gesprek. Meestal ontwijkt hij oogcontact, maar wanneer hij je aankijkt heeft hij een glazige/afwezige blik in zijn ogen.

N. heeft een gokprobleem en een drankprobleem. Hij komt uit een gezin waarin hij het enige kind is, zijn ouders hebben een ijskraam op de Kermis waarmee ze het hele jaar door heel Nederland reizen. Hierdoor heeft N. een zwerversbestaan gekend en altijd in een caravan gewoond.

Hij heeft nooit een vaste basis gehad waar hij vrienden kon maken. Zijn ouders zijn erg zorgzaam en vinden vaak alles goed wat N. doet, ze vinden het moeilijk om om te gaan met zijn schizofrenie, drankprobleem, gokgedrag en de daarbij komende agressie. N. is zwakbegaafd, informatie blijft moeilijk hangen en hij heeft weinig coping-strategieën ontwikkeld. Hij ziet zelf het gevaar van zijn drank en gokprobleem niet in. Daarnaast heeft hij weinig ziekte-inzicht.

N. heeft tijdens mijn stageperiode meegedaan aan de (her)activeringsgroep welke ik heb opgestart met als doel het activeren van de patiënten en te ontdekken of dit een positieve bijdrage kan leveren aan de negatieve symptomen van schizofrenie. N. zijn deelname aan de activeringsgroep is actief. Hij heeft tot nu toe elke keer deelgenomen. Hij is gemotiveerd om te gaan sporten. N. is motorisch vaardig in voetbal, in sporten met de armen zoals badminton is N. een stuk minder vaardig. N. lijkt soms de bal niet goed te kunnen overzien, de score bijhouden tijdens het spel is voor N. moeilijk ook wanneer iemand aan de beurt is kan N. dit niet altijd even goed onthouden. Dubbele taken uitvoeren is een punt van aandacht.

² Forensisch Psychiatrische Afdeling

4 Diagnostiek

Om bij deze doelgroep tot een heldere diagnose te komen, is het van belang de diagnostiek via verschillende invalshoeken te bekijken. Voor mijn casus N. is dit dan ook gedaan via het Diathese-stress-model en de classificerende, hermeneutische en kritische invalshoek.

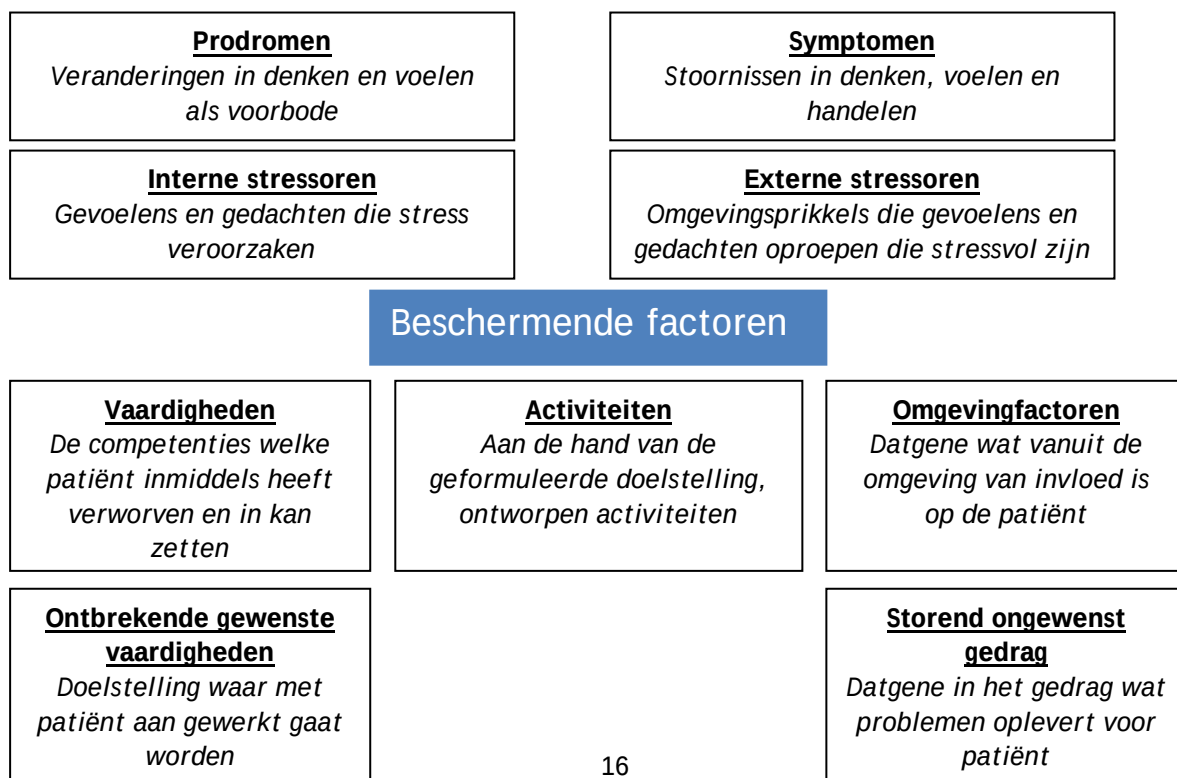
4.1 Het Diathese-stressmodel

Dit model vind ik voor patiënt N. het meest geschikte model aangezien je in dit model alle factoren duidelijk kan formuleren. Er is namelijk sprake van meerdere factoren waar rekening mee gehouden dient te worden naast schizofrenie. Zo is zijn agressie naar anderen en zijn gok- en drankprobleem wel degelijk relevant voor deze casus. Aan de hand van onderstaande profielschets maak ik een inventarisatie van de diverse aspecten van de patiënt. Het diathese-stressmodel is een gekozen methode om tot een bepaalde behandelstrategie te komen bij patiënten die lijden aan schizofrenie. De spanningsbronnen, de kwetsbaarheden en ook de mogelijkheden komen via dit model aan de orde.

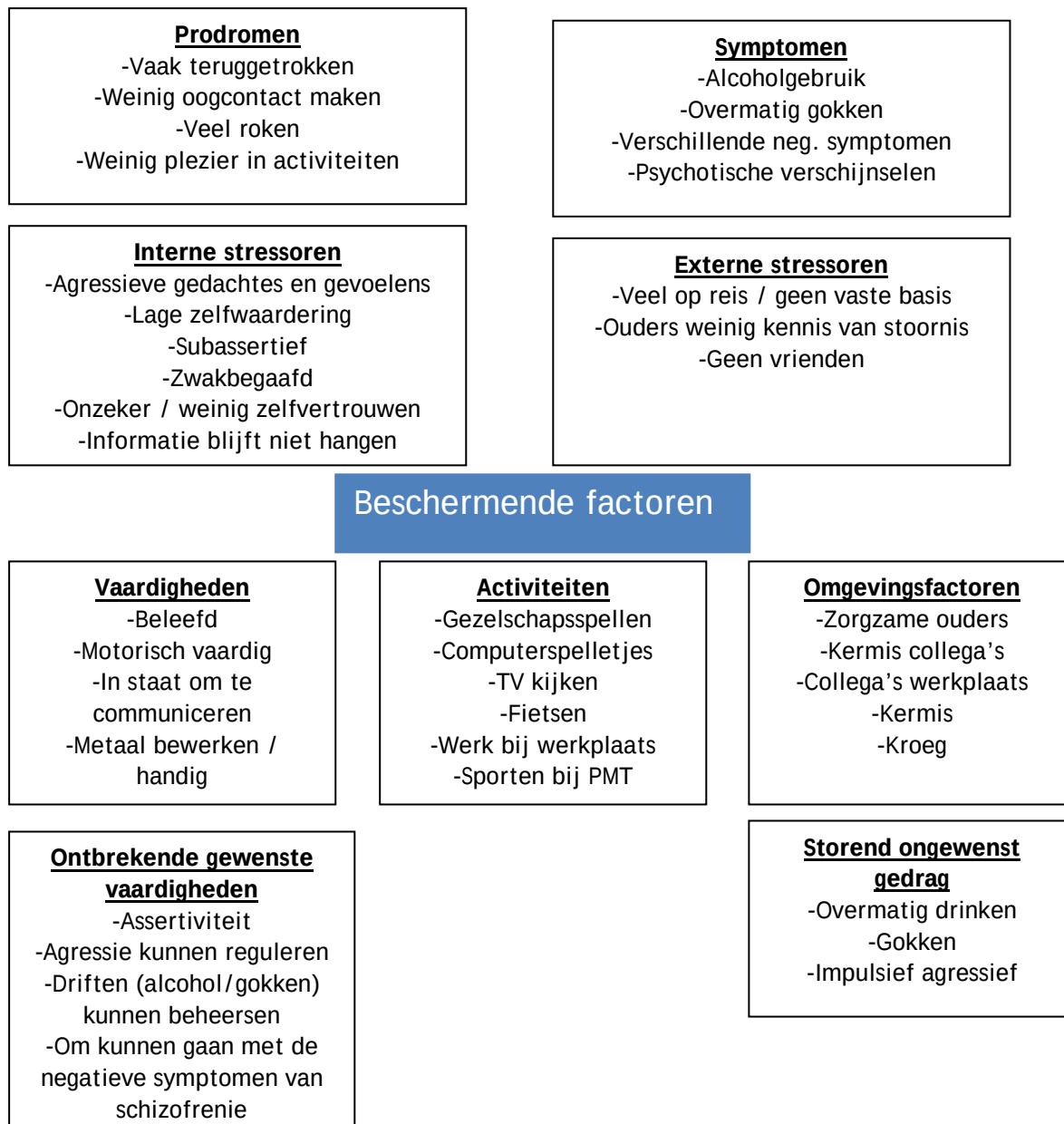
Claudia Emck (1998) beschrijft, dat men vanuit een diathese-stress benadering aan de hand van een profielschets kan komen tot een grondige inventarisatie van diverse aspecten van de patiënt. Verondersteld wordt dat ziekte ontstaat als gevolg van de interactie tussen omgevingsfactoren en persoonlijke factoren. Dat wil zeggen dat er sprake is van een bepaalde predispositie voor het ontwikkelen van een ziekte (de diathese), en dat er daarnaast sprake is van belastende, spanningveroorzakende situaties en momenten in het leven (de stress). In het diathese-stressmodel staat de specifieke wijze waarop iemand reageert op de stress uit de omgeving centraal. Het betreft een interactionele benadering die van belang kan zijn voor het begrijpen en voorspellen van zowel gezondheid als ziekte. Verschillende etiologische theorieën zijn in het Diathese-stressmodel vervat.

Door middel van een profielschets kan je tot een inventarisatie komen.

4.2 Profielschets, definiëring van de categorieën



4.3 Profielschets van N.



4.4 Classificerende diagnostiek

Diagnose volgens de DSM IV-TR

As I: 295.30A Schizofrenie, paranoïde type, 305.00 alcohol abus

As II: 301.82 Sluit uit Ontwikkende persoonlijkheidsstoornis

As III: geen somatische aandoeningen

As IV: 08: Politie/justitie

09: Andere psychosociale en omgevingsproblemen

As V: niet bekend

4.5 Hermeneutische diagnostiek

Hermeneutische diagnostiek, wil zeggen:

Dat wanneer je de gedachten en gedragingen van de patiënt begrijpt je kunt proberen de problemen op te lossen.

Dit wordt gedaan door; het gedrag van de patiënt te interpreteren en proberen te begrijpen hoe de patiënt in deze situatie terecht is gekomen.

Proberen achter het ontstaan te komen en dit dan op te lossen.

De patiënt leren te begrijpen in zijn verstoorde dialoog met de omgeving naar anderen en materiële dingen. (Sietsma, 2001)

N. vindt het moeilijk om over zijn problemen te praten, dit komt mede door zijn beperkte (ziekte)inzicht. Hij ziet niet het gevaar van zijn buitensporige drankgebruik en gokgedrag.

N. laat vaak over zich heen lopen door zijn beperkte assertiviteit. Wanneer hij het ergens niet mee eens is of wanneer er ongewenst gedrag van de ander plaatsvindt, kan N. dit moeilijk aangeven.

Hierdoor stopt hij deze frustraties weg, en laat het zover komen dat deze opgestapelde frustraties tot uiting komen in een agressie aanval.

Hij gebruikt agressie omdat hij geen andere coping-strategieën kent om dit te uiten en hier op een gepaste manier mee om te gaan. Wanneer N. met een bepaalde situatie niet goed kan omgaan trekt hij zich terug, en kan hij niet op een correcte manier om hulp vragen.

Het drankgebruik en gokgedrag is voor N. een manier om even uit deze onbevredigende situatie te stappen en een makkelijkere wereld in te gaan.

N. ervaart zijn negatieve symptomen als een last, maar heeft te weinig strategieën om hier zelf een oplossing voor te vinden. N. is zich bewust van deze symptomen maar vindt het moeilijk dit te koppelen aan zijn stoornis. N. zegt zelf het volgende over deze negatieve symptomen: "ik ben gewoon moe" en "ik heb er gewoon geen zin in".

4.6 Kritische diagnostiek

Kritische diagnostiek wil zeggen:

Welke omgevingsvariabelen hebben er (mede) toe geleid dat de patiënt een probleem heeft ontwikkeld. Heeft de patiënt niet kunnen voldoen aan de eisen van zijn omgeving?

Het is een meer sociologische benadering. Deze vorm van diagnostiek kijkt kritisch naar de omgevingsvariabelen die ontwikkelingsmogelijkheden voor de patiënt blokkeren, de patiënt onmondig en volgbaar maken. (Sietsma, 2001)

N. kent niet echt een stabiele leefomgeving. Hij leeft in een caravan en reist daarmee het hele land door om te werken op de Kermis. Hierdoor heeft hij naast zijn caravan en ouders geen vaste basis waar hij een veilige setting kan creëren.

Zijn ouders zijn liefdevolle mensen die meeleven met hun zoon, maar slecht kunnen omgaan met zijn drankgebruik en gokgedrag. Zo geven zijn ouders hem vaak wat geld om kleren te kopen, niet wetende dat N. daar vaak een gedeelte van in de gokkast verspeelt.

Bij moeilijke situaties heeft N. niet geleerd om de dialoog aan te gaan met zijn omgeving, maar vlucht hij hiervan weg door zich terug te trekken.

Als enig kind heeft N. naast zijn ouders in zijn opvoeding thuis weinig stimulans gekend van leeftijdsgenoten. Door zijn zwakke assertiviteit laat N. vaak over zich heen lopen door zijn omgeving, wat de frustraties doet opstapelen.

Zijn negatieve symptomen zijn een last voor N. maar ook voor zijn directe omgeving, vooral zijn ouders weten niet goed hoe hier effectief mee om te gaan.

4.7 Indicatie en behandelplan

De aandacht zal bij N. vooral uitgaan naar agressieregulatie. Aangezien hij bij GGZ-NML verblijft met een juridische titel zal de behandeling vooral gericht zijn op het voorkomen van het opnieuw plegen van een delict. Het feit dat bij N. schizofrenie is gediagnosticeerd zal zeker meegenomen worden in de behandeling evenals zijn drank en gokproblemen.

Maar juridisch gezien dient de behandeling vooral gericht te zijn op zijn gepleegde geweldsdelict. De behandeling zal zich daarom dan ook voornamelijk gaan richten op agressieregulatie.

De juridische titel en dus het verblijf van N. is maar van korte duur waardoor er weinig tijd is om ook stil te staan bij de overige problematiek.

Toch dient de overige problematiek zeker niet vergeten te worden en in een eventueel vervolg traject opgepakt te worden.

De volgende indicatie is dan ook op N. van toepassing.

- Deelname aan de 'agressie hanteringstraining' (AHT) om beter om te kunnen gaan met zijn frustraties en natuurlijk om het opnieuw plegen van een delict te voorkomen. Zijn assertiviteit en grensproblematiek zullen hier vooral aan bod komen. Daarnaast is het een training waar meerdere disciplines een aandeel in hebben welke allen vanuit een ander professioneel standpunt positieve invloed kunnen uitoefenen op het verstoorde gedrag van N.
- Deelname aan de activeringsgroep. Dit is van belang om N. uit zijn passieve spiraal te halen. Zijn inactiviteit te doorbreken, om invloed te hebben op de aanwezige negatieve symptomen.
De activeringsgroep zal voornamelijk bewegingsagogisch van aard zijn, met als voornaamste doel het 'activeren'. Daarnaast is een subdoel hier om een gezond genoeg aan te leren wat hij thuis kan doorzetten.
- Op den duur deelname aan de Liberman 'omgaan met verslaving' training. Dit om hem meer zicht te bieden op de gevaren van zijn alcoholgebruik.
- Op den duur deelname aan de Liberman 'omgaan met psychotische symptomen' training. Wegens zijn schizofrenie natuurlijk niet de minste doelstelling.

4.8 Behandeldoelen

De behandeldoelen welke geformuleerd kunnen worden naar aanleiding van de verschillende diagnoses zijn de volgende: (Over het algemeen zal het gedragstherapeutisch van aard zijn)

- Verminderen van de negatieve symptomen.
- Er zal gewerkt worden aan het vergroten van zijn assertiviteit en dus zijn autonomie.
- Samenwerken en samenspelen is iets wat N. vanwege het feit dat hij vaak alleen is en nooit broertjes of zusjes heeft gehad een punt van aandacht zijn. Hierin zal N. ook veel in de interactie met de ander kunnen oefenen.
- Er zal ook gewerkt worden met het thema grenzen. N. dient erachter te komen waar zijn eigen grens ligt m.b.t. assertiviteit en frustraties, maar ook waar de grens van de ander ligt m.b.t. zijn agressie (geweldsdelict). Samen zoeken naar andere gezondere en meer gecontroleerde uitingsvormen.

5 (Her)activeringsgroep

5.1 Totstandkoming en doel van het programma

Uit mijn theoretische verdieping heb ik geen 'evidence based' informatie kunnen halen welke aantoont dat activering met deze doelgroep binnen deze setting een gegronde aanpak is voor de negatieve symptomen.

Er zijn veel negatieve symptomen bekend, veel disciplines in de zorg kennen het voorkomen van deze symptomen maar kennen geen geschikte strategie om deze te verminderen.

Zoals u heeft kunnen lezen in hoofdstuk 2, wordt er beweerd dat de 'atypische' antipsychotica een positieve invloed heeft op de vermindering van de negatieve symptomen. Maar deze theorie is nog niet erkend en niet door veel bronnen onderbouwd. Het blijft zoeken naar een geschikte methode. Zelf heb ik ervaren dat sommige antipsychotica welke de positieve symptomen dienen te onderdrukken juist een versterkend effect op de negatieve symptomen hebben. Bijwerkingen van deze medicijnen kunnen eigenschappen hebben die te vergelijken zijn met 'negatieve symptomen'.

Doordat de patiënten in de omschreven doelgroep zich in een niet zo veilige omgeving bevinden ervaren ze de negatieve symptomen misschien wel als intenser dan in hun thuissituatie, aangezien hun vrijheid al door een juridische titel is beperkt.

Het scheppen van een zo gunstig mogelijke omgeving en veel structuur is belangrijk om het passieve patroon van deze doelgroep te helpen doorbreken.

In een forensische setting is dit moeilijk maar niet onmogelijk om hier al kleine stappen in te nemen.

Door deze redenen is het moeilijk geweest om heel concreet aan de opgesomde (hoofdstuk 2) negatieve symptomen te werken.

Tijdens dit hoofdstuk zal ik dan ook altijd de negatieve symptomen als algemeen formuleren zonder toe te spitsen op specifieke negatieve symptomen.

Wat vast staat is dat wanneer deze patiënten met mij bezig waren in de zaal, de patiënten al een grote drempel over waren gegaan.

Dit was dan ook elke sessie de eerste doelstelling om door te enthousiasmeren de deelnemers mee te krijgen.

Zoals u eerder heeft kunnen lezen heeft N. deelgenomen aan de (her)activeringsgroep.

Ik heb hem bewust als casus gekozen aangezien hij het meest aanwezig was gedurende de module en ik bij hem het grootste resultaat heb waargenomen.

N. stond vaak al op de afgesproken tijd klaar met zijn sportkleren, en heeft elke sessie goed meegegaan.

Er is dus niet gekozen voor een bestaande methodiek maar aan een zelf opgestart programma.

Met welke gedachte ben ik begonnen aan dit programma, welke antwoorden hoopte ik te krijgen en wat zou dit programma kunnen bijdragen voor de patiënten?

Door dit programma op te starten hoopte ik een bijdrage te kunnen leveren aan het verminderen van de negatieve symptomen.

Veel patiënten brachten dag in dag uit uren in hun kamer door, geen energie en zin om iets te doen, en ook onwetendheid over wat ze zouden kunnen doen.

Het doel is dus simpel te verwoorden; kan activering de negatieve symptomen verminderen!

5.2 Programma

Het programma zoals deze is aangeboden zal ik eerst noteren zoals deze door C. Emck is beschreven in het boek 'in beweging' (2007) waarin verschillende psychomotorische producten door experts staan omschreven. In het hoofdstuk; 'Producten voor de begeleiding, rehabilitatie en behandeling van mensen met psychotische stoornissen' staat een product beschreven welke ik heb gehanteerd en dus perfect aansluit bij mijn aangeboden (her)activeringsprogramma. Hieronder kunt u lezen hoe C. Emck deze module heeft omschreven.

Bewegingsactivering voor cliënten met chronische psychotische stoornissen.

<i>Rationale</i>	Mensen met ernstige psychotische stoornissen, gepaard gaande met negatieve symptomen, hebben ondersteuning nodig bij het in actie komen en bij het zich oriënteren op zinvolle tijdsbesteding en rehabilitatie, ook op het gebied van sporten en bewegen.
<i>Indicaties</i>	De cliënt ondervindt belemmeringen bij het deelnemen aan (al of niet georganiseerde) sport- en bewegingsactiviteiten door bijvoorbeeld negatieve symptomen, gebrek aan energie, verlies aan zelfwaardering; of door zwak ontwikkeld motorisch competentiegevoel. De cliënt is gemotiveerd om bewegingservaring op te doen in een relatief beschermde omgeving ter oriëntatie op deelname aan bewegingsactiviteiten buiten de GGZ.
<i>Contra-indicaties</i>	De cliënt is (momenteel) niet in staat tot deelname aan sport- en bewegingsactiviteiten omdat hij/zij te zeer begeleidingbehoefstig is. De cliënt verkiest andere activiteiten ter rehabilitatie dan bewegen. Ernstige fysieke beperkingen.
<i>Interventies</i>	Onderzoeken van en experimenteren met diverse bewegingsactiviteiten. Begeleiden bij het planmatig verbeteren van conditie en vaardigheid. Succeservaringen genereren. Aandacht voor lichaamsverzorging. Leren omgaan met succes en mislukking (coping). Verminderen van vermijdingsgedrag. Stimuleren tot deelname aan sociale bewegingsactiviteiten binnen en buiten de setting.
<i>Randvoorwaarden</i>	Goed geoutilleerde (uitgeruste) PMT-(sport)zaal. HBO-opgeleide bewegingsagoog/(junior) psychomotorisch therapeut. Begeleiding/supervisie door senior psychomotorisch therapeut.
<i>Behandelduur en frequentie</i>	Acht tot twaalf sessies. Eens per week een groepssessie (8-12 deelnemers). 75 minuten per sessie.
<i>Eindtermen</i>	Cliënt kan een individueel gericht bewegingsrehabilitatietraject starten. Verbeterd motorisch competentiegevoel, voldoende niveau van lichaamsverzorging en hygiëne. Ontwikkelde positieve lichaamsattitude. Aantoonbare vermindering van de invloed van negatieve symptomen op het bewegingsgedrag.

Het programma zoals hij bij de GGZ-NML is aangeboden verschilt op een paar punten met het product omschreven door C. Emck.

De frequentie was niet acht tot twaalf sessies maar bestond uit een periode van zes weken waarin er werd gestreefd naar twee tot drie keer per week.

Deze frequentie is gekozen aangezien de patiënten hierdoor wat meer dag invulling en dus structuur kregen.

De behandelduur was wegens een vol agenda van de deelnemers in plaats van 75 minuten, 60 minuten per keer.

De behandelduur en frequentie is afhankelijk van de mogelijkheden roosterteknisch en altijd van de staat van de patiënt.

De patiënt mag eigen muziek meenemen, om een bekende, veilige en plezierige setting te helpen creëren.

Daarnaast zijn er in dit programma de volgende therapeutische aspecten geformuleerd voordat het programma van start ging:

Structuur, daginvulling, activering, lichamelijke conditie, gevoel van welbevinden zal toenemen, lichaamswaardering en gewichtscntrole n.a.v. lichaamsbeweging.

Daarnaast begint elke sessie met het motiveren en enthousiasmeren van de betreffende patiënten.

De activiteiten zijn elke keer gekozen door de patiënten zelf. Hier is bewust voor gekozen aangezien het belangrijk is dat de patiënten activiteiten doen waaraan ze plezier beleven.

In de gaten dient gehouden te worden dat niet elke keer dezelfde activiteit gekozen wordt, daarom dien je als therapeut altijd een aantal activiteiten achter de hand te hebben.

Waar ook vaak voor gekozen is, dat de therapeut een aantal opties noemt waaruit de deelnemers kunnen kiezen. Belangrijk is hier dat het activiteiten zijn met een lage drempel, een laag (haalbaar) niveau waardoor de patiënt niet afhaakt door de moeilijkheidsgraad.

5.3 Activiteiten / Praktijkvoorbeelden

Praktijkvoorbeeld 1 (Paaltjesvoetbal)

N. neemt samen met de therapeut en twee andere deelnemers deel aan een potje paaltjesvoetbal.

N. heeft niet veel ervaring met deze activiteit en is daarom niet erg enthousiast om met deze activiteit te starten. Hij heeft een passieve houding en neemt geen initiatieven om het spel te laten starten.

We hebben ieder ons paaltje op een willekeurige plek in de zaal gezet.

In het begin is iedereen een beetje aan het aftasten en blijft redelijk passief bij zijn eigen paaltje staan. Ook N. gaat de eerste fase van het spel niet verder dan één meter bij zijn paaltje vandaan.

Hij speelt erg verdedigend. Gedurende het spel komt N. steeds verder van zijn paaltje af en begint aanvullender te spelen, het spel begint hij het steeds beter te begrijpen.

Hij begint er meer plezier in te krijgen en neemt een steeds actievere houding aan.

N. helpt na het gevraagd te hebben mee de score bij te houden.

N. wordt fanatieker en laat door middel van 'hier en daar een scheldwoord' weten het jammer te vinden wanneer hij mist bij een poging een ander paaltje om te schieten.

Hij toont actie door hier en daar een sprint aan te zetten om een bepaalde actie te kunnen maken.

Na de activiteit schopt N. een paar keer hard de bal tegen de muur, waarna we samen de spullen opruimen en ons gaan omkleden. N. is achteraf moe en bezweet.

Praktijkvoorbeeld 2 (Voetvolleybal)

Voor deze activiteit begon, liep ik samen met N. naar de sportzaal, hierin gebeurde iets wat hij nog niet eerder had gedaan. Hij begon uit zichzelf te vertellen over hoe zijn verlofweekend was geweest, hij vertelde mij hier ook dat hij vrijdagavond best veel biertjes had gedronken.

N. vond duidelijk de setting en het contact veilig genoeg om mij dit uit eigen initiatief te vertellen hij nam mij hier in vertrouwen.

Tijdens het inspelen gaat N. fanatiek met de bal aan de slag. Hij schopt de bal soms hard tegen de muur en rent hier en daar om de bal te halen.

Vervolgens speelde we een potje voetvolleybal met twee andere deelnemers. N. legt (nadat ik het gevraagd had) uit wat de bedoeling is van het spel. Aangezien ik deze activiteit eerder al individueel heb gedaan met N. kende hij de spelregels goed.

De andere deelnemers reageren amper en laten blijken dat de uitleg niet voldoende was.

Het was nieuw voor N. om voor een groepje in de aandacht te staan en dit uit te leggen.

N. laat zien zijn teamgenoot te willen betrekken bij de activiteit door de bal naar hem, over te spelen.

Wanneer zijn teamgenoot amper initiatief neemt en erg passief aan de activiteit deelneemt, compenseert N. dit door actiever te gaan spelen.

N. rent af en toe om de bal te halen.

Praktijkvoorbeeld 3 (Basketbal)

Tijdens het individueel inspelen kan N. zonder sturing enthousiast de bal vanaf meerdere afstanden proberen in de basket te gooien.

N. geeft niet zelf aan wel graag met de activiteit te willen beginnen, wanneer ik niets zeg gebeurt er niet veel. Dit is één keer geprobeerd waardoor we wel een kwartier tot twintig minuten aan het inspelen waren. N. stelde zich afhankelijk op.

Tijdens de basketbalactiviteit '11^{en}' kan N. (gebrekkig) aan Kees van den Bos de regels van het basketbalspel uitleggen.

Het doel van het spel is om vanaf elf punten als eerste bij de nul te komen.

N. is geconcentreerd bezig en laat merken (yes!) het fijn te vinden een potje te winnen.

N. vindt het moeilijk om de punten bij te houden en neemt hier dan ook zelf geen initiatief in, wanneer er naar gevraagd wordt, stopt hij even met spelen en probeert zich de score te herinneren.

Tijdens deze activiteit toont N. wisselend initiatief en of een actieve houding.

5.4 Attitudes Therapeut

De attitudes zoals ik deze heb gevoerd zijn:

- ondersteunend
- sturend
- begrijpend

Ook is een directieve of confronterende houding binnen deze doelgroep soms gewenst.

Belangrijk is dat je als therapeut met oog op de negatieve symptomen te allen tijde dient te enthousiasmeren en te motiveren.

5.5 P.M.T. strategieën

De volgende P.M.T. strategieën zijn van toepassing bij het werken met deze doelgroep en het beschreven programma.

- **Oefenen:** aanleren van psychosociale vaardigheden die een therapeut voorschrijft
- **Ervaren:** erachter komen hoe je een bepaalde psychosociale vaardigheid uitvoert

5.6 Bevindingen

Door de activiteiten en zijn enthousiasme is er soms weinig te zien van de negatieve symptomen, hij gaat soms tot het gaatje om een bepaalde actie te maken.
Hij rent veel en is aan het einde van een sessie vermoeid en bezweet van het bewegen.

Oftewel: N. laat gedragingen zien tijdens de activiteit welke bij hem, in het dagelijks leven ontbreken.

De transfer naar buiten de sportzaal is onbekend gebleven, ik heb niet kunnen ervaren of door de (her)activeringsgroep N. zich op de groep actiever heeft opgesteld.
Wanneer dit programma doorgezet zal worden ligt dit mijns inziens zeker wel bij de mogelijkheden.
Vast staat dat tijdens de activiteiten wel degelijk sprake was van vermindering van de negatieve symptomen.

N. heeft succes ervaren en plezier beleefd tijdens de activiteiten.

Wanneer N. een activiteit/sport vindt welke hij ook straks thuis met plezier kan gaan doen, is het mogelijk dat de transfer wel aanwezig zal zijn. Dat hij er plezier in beleefd en hierdoor over het algemeen wat meer initiatief en energie zal tonen.

N. heeft laten zien gedurende de periode het steeds makkelijker te vinden te communiceren met zijn mededeelnemers.

N. heeft emoties getoond in de zaal. Zo is hij wel eens teleurgesteld geweest wanneer er een actie mislukte, dit uitte hij door verschillende scheldwoorden. Ook heeft hij geregeld gelachen, bijvoorbeeld wanneer ik vanuit een bijna onmogelijke afstand de bal in de basket wist te gooien (lucky shot).

Ook heb ik ervaren dat de negatieve symptomen soms zo hardnekkig kunnen zijn dat er geen doelen haalbaar zijn.

Een andere casus welke ik M. noem was in totaal in de zes weken slechts drie keer meegegaan om mee te doen met de activiteiten.

Alle andere keren was het voor M. geenszins mogelijk om over de voor hem zo hoge drempel te stappen.

De keren dat hij mee deed ervaaarde hij in lichte mate plezier, maar ging ook geregeld langs de kant zitten vanwege zijn extreme vermoeidheid. M. lag het liefst de hele dag op bed.

M. is verbaal wel erg sterk, hij is een intelligente jongen die zich goed bewust is van zijn schizofrenie. Hierdoor heb ik ervoor gekozen een interview met hem af te nemen om zijn perspectief van zijn schizofrenie te horen.

In de bijlage vindt u dan ook een mijns inziens interessant interview uitgewerkt.

In onderstaand tabel heb ik aangegeven welke negatieve symptomen ik heb geobserveerd bij N. en welke tijdens dit programma zijn verbeterd of gelijk zijn gebleven.

Deze tabel geeft niet aan hoe N. nu functioneert in het dagelijks leven, maar welk gedrag N. heeft vertoond tijdens de activiteiten.

In onderstaand tabel zullen niet alle geobserveerde symptomen aan bod komen, maar slechts de belangrijkste.

Symptoom	Beoordeling van verbetering
Gebrek aan initiatief	+
Geen zichtbare vreugde	++
Emotieloos	+
Traag	++
Aarzeling	+ / -
Weinig actief	+
Teruggetrokken	+
Somber	+
Vergeetachtig	+ / -
Besluiteloosheid	+
Monotone stem	+ / -
Motivatietekort	+
Energieverlies	+
(psycho)motorische remming	+
Onverschilligheid	+
Vermindering sociale contacten	++

+ / - Weinig tot geen verandering zichtbaar geweest.

 + Het symptoom is in zekere zin verbeterd.

 ++ Er is duidelijke verbetering zichtbaar geweest.

6 Samenvatting

Schizofrenie is een gecompliceerde stoornis, als therapeut of andere hulpverlener is het van belang voor jezelf een duidelijk beeld te schetsen.

De classificatie volgens de DSM-IV-TR en een doelgroepanalyse zijn hiervoor geschikte instrumenten. De negatieve symptomen zoals deze voorkomen, zijn bij de casus N. goed te herkennen en te formuleren.

Via het diathese-stress-model en de classificerende, hermeneutische en kritische diagnostiek ben ik bij N. tot een heldere diagnose gekomen, aan de hand waarvan een indicatie, en behandelplan is opgesteld.

Het (her)activeringsprogramma is tot stand gekomen aan de hand van het opgestelde product; *'Bewegingsactivering voor cliënten met chronische psychotische stoornissen'* door C. Emck (*In beweging* 2007). Voor dit product is gekozen aangezien deze goed laat zien welke attitudes en interventies je het beste kan hanteren als psychomotorisch therapeut, om tot de geformuleerde doelen te komen.

Aan de hand van dit product is gekomen tot een concreet programma met heldere doelen.

Het programma is aangepast aan de doelgroep en de mogelijkheden van de instelling. Voor geen enkele instelling gelden namelijk dezelfde regels of kennen dezelfde structuur, ook zijn de gekozen interventies afhankelijk van de patiënt.

In de huidige literatuur staat weinig tot geen informatie over hoe de negatieve symptomen het best te behandelen/beïnvloeden zijn.

Een geschikt programma ontwikkelen is dan ook geen gemakkelijke opgave. Wanneer het programma van C. Emck (2007) uit het boek 'in beweging' als naslagwerk gebruikt wordt, is er een duidelijke structuur aan te brengen en staan de verwachtingen en interventies van de therapeut als duidelijke richtlijnen omschreven.

Als vervolgtraject zou Stress Management Training (C. Emck 1998) voor deze doelgroep een geschikte methode zijn. Dit is een extra argument om het diathese stress model te hanteren als diagnostisch model bij deze doelgroep.

Met de profielschets als uitgangspunt ga je dan meer verdiepend aan de slag. Dit is mijns inziens pas mogelijk wanneer deze doelgroep stabiel is en wanneer het besef van realiteit aanwezig is. Wanneer dit niet aan de orde is, is het nog moeilijk cognitieve gedragstherapeutische interventies te voeren.

Deze cognitieve gedragstherapeutische therapievorm is uiteindelijk wel gewenst als vervolgtraject. Wanneer er genoeg tijd en ruimte is zou Stress management training een geschikte vervolgmodule zijn voor dit (her)activeringsprogramma.

Het (her)activeringsprogramma is voor N. een geschikte module gebleken. Er is verandering waargenomen in zijn negatieve symptomen tijdens de activiteiten. Of de transfer is gemaakt naar zijn ADL is niet duidelijk geworden, wel dient hiernaar gestreefd te worden door het stimuleren van activiteiten buiten de therapie, of door het kiezen van een (sport)vereniging straks buiten de instelling.

7 Conclusie

Ik durf naar aanleiding van dit programma en deze scriptie, mijn onderzoeksvraag bevestigend te beantwoorden.

‘Kan Psychomotorische Therapie, middels (her)activering invloed hebben op de ‘negatieve’ symptomen, van volwassen schizofrene patiënten, binnen de klinische forensische psychiatrie’?

Ja!

Een (her)activeringsprogramma is een geschikte methode om in ieder geval tijdens de sessies een vermindering van de negatieve symptomen te zien.

Dus ja; Psychomotorische therapie kan de negatieve symptomen van volwassen schizofrene patiënten binnen de klinische forensische psychiatrie beïnvloeden.

Mijn casus, N. heeft mij laten zien in de zaal ander gedrag te vertonen dan hij op de groep vertoond. Ik hoop dat duidelijk te hebben gemaakt.

N. heeft laten zien actiever gedrag te kunnen vertonen, soms initiatieven te nemen, plezier heeft beleefd aan de activiteiten, emoties te kunnen tonen.

Aan de andere kant heb ik ook gemerkt dat bij sommige patiënten de negatieve symptomen dusdanig hardnekkig zijn dat een programma als deze een te hoge drempel kent en geen resultaat toont.

Het antwoord op mijn vraag is dan ook niet te generaliseren maar afhankelijk van de betreffende patiënt(en).

De transfer naar het ADL³ van de patiënten is helaas buiten beschouwing gebleven, het onderzoek heeft niet aangetoond of dit programma invloed heeft op de houding en het gedrag van de patiënten buiten de zaal.

Het enige wat ik daarin aan kan geven is dat N. enthousiast is geworden om straks in zijn thuissituatie een voor hem geschikte sport te gaan beoefenen. Als dit inderdaad vorm gaat krijgen kunnen we spreken van een succesvolle transfer.

³ Algemeen Dagelijks Leven

8 Nawoord

Als beginnend Psychomotorisch therapeut, ben ik gefascineerd geraakt door dit onderwerp. In de toekomst hoop ik mijzelf hierin dan ook nog verder te kunnen ontwikkelen en met deze doelgroep een dergelijk programma verder vorm te kunnen geven en hopelijk een duidelijkere transfer naar het ADL van de deelnemers te kunnen maken.

Ik heb met de nodige hobbels deze afstudeerscriptie geschreven maar door mijn interesse in het onderwerp ook met veel plezier.

Ik heb veel gelezen in veel verschillende bronnen en merkte dat er zoveel over geschreven was dat ik er op een gegeven moment te diep in zat.

Ik moest stoppen naar meer bronnen te zoeken, en geen boeken meer kopen.

Schizofrenie is een gecompliceerde stoornis waar je als je je daarin verdiept af en toe vanaf een afstand en met eigen visie, gerelateerd aan je vakgebied naar moet kijken.

Omdat schizofrenie een stoornis is waar nog veel vragen over bestaan, blijft het een fascinerend onderwerp. Hopelijk worden er de komende decennia baanbrekende antwoorden gevonden waarmee goede resultaten behaald zullen worden.

Het werken met deze doelgroep vraagt veel van de therapeut. Het continu motiveren en enthousiasmeren kan een vermoeiend proces zijn. Sta altijd goed bij jezelf stil, wees transparant naar je patiënten en haal energie uit de succeservaringen.

Misschien dat ik door deze scriptie de interesse in het werken met deze doelgroep heb gewekt, en deze in ieder geval nooit opgegeven zal worden.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association (2002) *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*.
Washington DC: American Psychiatric Association
Nederlandse vertaling. Lisse: Swets & Zeitlinger bv

Bosch, R.J. van den (1988). *De ontwikkeling van het schizofreniebegrip*.
Deventer: Van Loghum Slaterus

Bosch, R.J. van den (1993). *Schizofrenie, Subjectieve ervaringen & cognitief onderzoek*.
Houten / Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum

Dingemans, P.M.A.J., Bosch, van den R.J., Kahn, R.S., Schene, A.H. (1995). *Schizofrenie, Onderzoek en implicaties voor de behandeling*.
Houten / Diegem: Bohn Stafleu van Loghum

Emck, C. (1995). *Het Diathese-stressmodel: een basis voor psychomotorische therapie bij borderline problematiek*. *Bewegen en hulpverlening*, vol. 12, pp. 105-120

Emck, C. (1997). *Een diagnostische procedure voor psychomotorische therapie*. *Bewegen en Hulpverlening*, vol. 14, pp. 127-140

Emck, C. (1998). *Stress Management Training voor jongeren met psychotische stoornissen*.
Amersfoort Leuven: Acco

GGZ-NML (2008). *Zorgprogramma schizofrenie*. Interne publicatie Venray: GGZ-NML

Hattum, van M., Hutschemaekers, G. (2007). *In Beweging, De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut

Jogems-Kosterman, B. (1994). *Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia*.
Nijmegen. pp. 150-155

Kollaard, S. Stichting September (2008). *Zorgboek Schizofrenie. Omgaan met deze psychotische stoornis*. Meppel: GM-groep

Kuiper, T. (1994). *PMT en de negatieve symptomen van Schizofrenie*.
Afstudeerscriptie VO-PMT. Amsterdam: Hoge school van Amsterdam

Nieman, D., Linszen, D. (1999). *Neurofysiologische en neuropsychologische correlaten van schizofrenie*. *Neuropraxis*, vol. 3, pp. 124-131

Rindt, I. (1994). *De stilte is oorverdovend: schizofrenie en psychomotorische therapie*.
Afstudeerscriptie. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit Bewegingswetenschappen

Selten, J.P. (1998). *The subjective experience of negative symptoms*.
<http://www.anoiksis.nl/artikelen/>

Sietsma, L. (2001). *Kader voor diagnostiek: een aanzet*. Interne publicatie Zwolle: BPT/Calo

Spijkerman, H. (1991). *Psychomotorische Therapie bij mensen met Schizofrene Stoornissen*. Afstudeerscriptie Psychomotorische Therapie. Groningen: Hogeschool van Amsterdam

Tanghe, A., Keyzer, H. de. (2000). *Schizofrenie en andere psychosen*. Leuven / Apeldoorn: Garant

Wampers, M., Hert, M. de, Peuskens, J. (2002) *De (on)draaglijke lichtheid van preventie van schizofrene psychose*. Mechelen: Kluwer

Wunderink, L. (1997). *Als de werkelijkheid onbegrijpelijk wordt. Alles over Schizofrenie en andere Psychotische Stoornissen*. Wormer: Immerc bv

Online:

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2186n17536.html (2009) *Nationaal Kompas Volksgezondheid versie 3.17*. Bilthoven: RIVM

Bijlage 1 Interview M.

Boudewijn: **Wanneer heb je voor het eerst iets gemerkt van je schizofrenie?**

M: *Toen ik nog erg jong, zo rond acht of negen jaar oud was, hoorde ik voor het eerste een soort van stem /geluid. Het leek van buitenaf te komen. Toen ik ongeveer 15 jaar oud was, gebruikte ik voor de eerste keer cocaïne en ging ik blowen. Ik deed dit geregeld en kreeg rond mijn 17^e jaar een soort van psychose na het blowen. Ik was met een meisje en vertelde haar "ik weet niet wat er is maar het lijkt net alsof ik steeds iets hoor". Dit bleken stemmen te zijn.*

Boudewijn: **Zou je kunnen uitleggen wat die stemmen je precies vertelden?**

M: *Nou, het waren niet echt stemmen het was meer een gevoel van angst en paniek. Na het blowen wist ik nog steeds niet wat er aan de hand was. Ik raakte in een soort "trance" waarin ik één richting op bleef staren. Ik schrok van geluiden en dacht steeds iets te horen, dit waren wat "kleinere psychoses".*

Boudewijn: **Zou je een voorbeeld kunnen geven van die "kleinere psychoses" en de stemmen die je hoorde?**

M: *Ik zal dat proberen uit te leggen door de hele periode te beschrijven. Toen ik ongeveer 17 of 18 jaar was ben ik "écht" ziek geworden. Ik hoorde steeds stemmen, twee vrouwelijke stemmen. Er zijn ook stemmen bijgekomen. Ik kreeg ruzie met mijn vrienden waardoor ik alleen nog maar met mijn "vaste vriendin" omging. En toen begon het pas écht. Ik rookte veel wiet, eerst met mijn vrienden rookte we minstens twee gram wiet per dag. Daarna ging ik ook alleen roken. Ik rookte veel wiet en gebruikte af en toe cocaïne. Ik ging mij afzonderen op mijn kamer. Eerlijk gezegd ben ik toen "gewoon gek geworden", ik dacht dat ik in de Prehistorie leefde, was 's nachts aan het blowen verwaarloosde mezelf en keek heel veel TMF, ik was dan de hele dag aan het staren naar het beeldscherm. De videoclip van "David Guetta" met het nummer "Love don't let me go" past precies bij hoe ik me voelde. Op een gegeven moment ben ik doorgedraaid en sloeg ik met mijn vuist tegen de televisie omdat ik "K-otic" haatte! Één van die bandleden keek mij zó vies aan! De televisie viel daarna kapot op de grond, toen schopte ik mijn stereo kapot en meteen daarna sloeg ik gaten in de deur van mijn kamer, ik was toen thuiswonend. Mijn vader en de huisarts stonden toen voor mijn deur, mijn hand zat onder het bloed maar was niet gebroken.*

Boudewijn: **Kan je vertellen hoe het toen verder ging en hoe je ouders hier mee om zijn gegaan?**

M: *Mijn vader was een aantal keren erg boos geworden, ik weet niet meer precies hoe het chronologisch in elkaar zit maar nadat ik bij de huisarts was geweest vertelde hij dat er sprake was van een crisissituatie en dat ik daarom naar een opvangtehuis moest. (ik noem deze instelling 'opvangtehuis' om de privacy van M. te beschermen, BdB) Ik werd daar in een ambulance naartoe gebracht waarin ik heel hard heb lopen schreeuwen. De tijd in het opvangtehuis was een hele saaie periode en ben na tien maanden met ontslag gegaan. Toen voelde ik me wel weer rustig.*

- Boudewijn: **Zou je ook een recent voorbeeld kunnen noemen, waarin je het delict hebt gepleegd waardoor je nu hier in Venray verblijft?**
- M: *Ik heb na de periode die ik net omschreef weer een jaar thuis gewoond. Maar toen ben ik weer teruggevallen in een psychose, mede door het weer gaan gebruiken van drugs.*
Op een avond was ik aan het douchen. Ik heb toen anderhalf uur onder de douche gestaan. Mijn moeder klopte op de deur en zei dat het nu wel genoeg was geweest. Toen trok ik mijn kleren aan ben uit de badkamer gelopen en heb toen een paar keer hard tegen de deur van mij ouders slaapkamer geslagen.
Mijn vader riep toen heel hard "je gaat vanavond nog terug naar het opvangtehuis". Hij heeft toen het opvangtehuis gebeld die me kwamen halen samen met acht politieagenten.
- Boudewijn: **Bedankt tot zover, laten we even een pauze inlassen.**
- Boudewijn: **Laten we verder gaan waar we zijn gebleven, je werd weer opgenomen in het opvangtehuis. Kun je me tussendoor ook vertellen of je toen ook agressief was naar andere mensen?**
- M: *Ja, ik was af en toe agressief naar anderen..... (gaat hier niet verder op in, BdB)*
Ik ben toen weer opgenomen en ben vier jaar zwaar psychotisch geweest. Ik leefde in een wereld van kannibalisme en verkrachtingen. Maar ik wilde dit niet doen, ik was er bang voor. Dit waren allemaal hele enge dingen!
Na deze periode mocht ik naar huis met proefverlof. Ik was toen 23 jaar.
Ook toen heb ik toch nog problemen gemaakt. Door de stress van de stemmen reageerde ik ook gestrest tegen mijn familie. Onder andere door mijn broertje te slaan en te schoppen.
In deze periode zijn de stemmen inmiddels ontwikkeld tot meervoudige heel uitgebreide en super surrealistische stemmen.
Wat later kreeg ik een emotionele "breakdown", ik haatte mezelf zo erg dat ik veel lag te janken.
Mijn vader was inmiddels overleden en ik vroeg vergiffenis aan mijn gezin.
- Boudewijn: **Had je in deze periode ook gedachtes, dat je jezelf iets wilde aandoen?**
- M: *Nee, ik heb nooit overwogen om mezelf iets aan te doen.*
- Boudewijn: **Denk je te kunnen verwoorden hoe je tot het delict waar je voor veroordeeld bent, bent gekomen?**
- M: *Ze (twee meisjes, BdB) hadden mijn zusje geslagen. Toen heb ik ook een paar keer gevochten, drie keer gevochten en elke keer gewonnen!*
Ik ben toen gearresteerd doordat ik had gevochten met een portier, ik wil verder geen details vertellen maar ik had hem flink hard in elkaar geslagen.
Vervolgens ging ik van "hot naar her":

Huis van Bewaring (wegens beschermen privacy geen verdere info over verblijfplaats)
Huis van Bewaring II
Huis van Bewaring III
Eerste vonnis, TBS met dwangverpleging. Poging tot doodslag. In hoger beroep veroordeeld tot artikel 37; poging tot doodslag
GGZ-NML Venray FPA

Boudewijn: **Denk je een concreet voorbeeld te geven van één van de stemmen?**
M: *Toen ik op vakantie was raakte ik zo in paniek van de stemmen dat ik keihard begon te rennen.*

Boudewijn: **Dat is niet helemaal wat ik bedoel, wat hoor jij nou wat ik niet hoor? Kan je dat eens proberen te omschrijven?**
M: *Het is een soort “glinsterend” geluid. Heel realistische zinnen en gesprekken, eigenlijk kan ik het niet zo goed uitleggen.*

Boudewijn: **Hoe is dat nu?**
M: *De stemmen praten nog steeds tegen mij, ze doen zich voor als iemand anders. Het zijn niet mijn mentoren.
Soms zijn ze vriendelijk, dan weer vijandig. Soms zijn ze helpend en soms “gaan ze te ver”.*

Boudewijn: **Praat je ook terug tegen de stemmen die je hoort?**
M: *Ja ik voer inderdaad gesprekken met deze stemmen. We hebben het dan over; meisjes en over maatschappelijke dingen, ja over van alles eigenlijk.
We hebben het niet over mensen direct om ons heen.
Wel zie ik beelden van sommige pasfoto's, maar niet “zwart op wit”, maar “wit op zwart”.*

*Als je de televisie aanzet, dan maakt de tv zelf een geluid. Ook als je het geluid van de tv hebt uitgezet.
Dat precies is wat ik hoor, in mijn rechteroor. Heel subtiel en realistisch.*

Dat was het eigenlijk wel, zullen we stoppen?!

Oktober 2008

Bijlage 2 Officiële definitie schizofrenie volgens de DSM-IV-TR

Bij het vaststellen of iemand daadwerkelijk aan schizofrenie lijdt, zijn alle hulpverleners aan strikte criteria gebonden. Zo wordt de uniformiteit tussen verschillende hulpverleners bevorderd, waar ter wereld de diagnose ook wordt gesteld. Al deze criteria staan vermeld in de DSM-IV-TR. Hieronder staat de volledige lijst met criteria, die gebruikt wordt om schizofrenie te diagnosticeren.

■ Schizofrenie (Schizophrenia)

- A. *Kenmerkende symptomen*: Twee (of meer) van de volgende, elk gedurende één maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig (of korter bij succesvolle behandeling):
- (1) Wanen
 - (2) Hallucinaties
 - (3) Onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie)
 - (4) Ernstig chaotisch of katatoon gedrag
 - (5) Negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie

N.B.: *Slechts één symptoom uit criterium A wordt vereist indien de wanen bizar zijn of de hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurend commentaar levert op het gedrag of de gedachten van betrokkene, of twee of meer stemmen die met elkaar spreken.*

- B. *Sociaal/Beroepsmatig disfunctioneren*: Vanaf begin van de stoornis ligt het functioneren, voor een belangrijk deel van de tijd, op een of meer terreinen zoals werk, relaties of zelfverzorging duidelijk onder het niveau dat voor het begin van de stoornis werd bereikt (of indien het begin in de kinderleeftijd of adolescentie ligt is het niet gelukt het niveau te bereiken, dat op relationeel, school of beroepsmatig terrein verwacht kon worden).
- C. *Duur*: Symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. In deze periode van zes maanden moeten er ten minste één maand symptomen zijn die voldoen aan criterium A (dat wil zeggen symptomen uit de actieve fase) en kunnen er perioden voorkomen met symptomen met prodromale of restsymptomen. Gedurende deze prodromale of restperiode kunnen de symptomen van de stoornis zich beperken tot negatieve symptomen of tot twee of meer symptomen van criterium A in een lichte vorm (bijvoorbeeld vreemde overtuiging, ongewone zintuiglijke ervaringen).
- D. *Uitsluiting van schizoaffectieve of stemmingsstoornissen*: Een schizoaffectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten omdat ofwel (1) er geen depressieve episodes, manische of gemengde episodes tegelijk met symptomen van de actieve fase zijn voorgekomen; of (2) indien er episodes met een stemmingsstoornis tijdens de actieve fase zijn voorgekomen met de totale duur die kort was in verhouding tot de duur van de actieve en de restperiode.
- E. *Uitsluiting van het gebruik van middelen/of een somatische aandoening*: De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

- F. *Samenhang met een pervasieve ontwikkelingsstoornis*: Indien er een voorgeschiedenis is met een autistische stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld indien er gedurende ten minste één maand (of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn.

Verder staan in de DSM-IV-TR de volgende subtypes van schizofrenie beschreven. (Voor een verdere verklaring over deze types verwijs ik naar de DSM-IV-TR).

- Paranoïde type (Paranoïd Type)
- Gedesorganiseerde type (Disorganized Type)
- Katatone type (Catatonic Type)
- Ongedifferentieerde type (Undifferentiated Type)
- Resttype (Residual Type)
- Schizofreniforme stoornis (Schizophreniform Disorder)
- Schizoaffectieve stoornis (Schizoaffective Disorder)
- Waanstoornis (Delusional Disorder)
- Kortdurende psychotische stoornis (Brief Psychotic Disorder)
- Gedeelde psychotische stoornis (Shared Psychotic Disorder (Folie à Deux))
- Psychotische stoornissen door [Vermeld de somatische aandoening] (Psychotic Disorder Due to [Indicate the General Medical Condition])
- Psychotische stoornis door een middel (Substance-induced Psychotic Disorder)
- Psychotische stoornis Niet Anderszins Omschreven (Psychotic Disorder Not Otherwise Specified)

