

PMT
BA

Als lichaam en geest contact verliezen.

Wat zijn de voor- en tegenargumenten voor PMT bij schizofrenie. Een literatuuronderzoek.

Afstudeeronderzoek aan de Calo Zwolle, 5^e jaar PMT-BA.



Student: Klaske Oosterhoff (s1007773)

Beoordelaar: Sandra Verbeeten

Begeleider: Carla Peeters

Windesheim, Calo

24-05-2012



Ik wilde weten wat het effect van lichaamsgerichte werkvormen is binnen de behandeling van schizofrenie, en welke voor- en tegenargumenten hier over waren te vinden. Ik wilde juist hier over schrijven omdat ik geïnteresseerd ben in de stoornis schizofrenie en ik benieuwd ben wat de beste behandel methode is.

Door de kritische en oplettende blik van mijn begeleidster Carla Peeters kwam ik tijdens het schrijven van mijn scriptie tot de conclusie dat mijn focus niet op de lichaamsgerichte werkvormen moest liggen maar op de PMT in zijn geheel. Lichaamsgerichte werkvormen zijn namelijk niet los te zien van de bewegingsgerichte werkvormen binnen de PMT. De hoofdvraag veranderde dus naar wat de voor- en tegenargumenten zijn voor PMT binnen de behandeling van schizofrenie, waardoor het onderzoek eenduidiger werd.

Mijn dank gaat dan ook voornamelijk uit naar mijn begeleidster Carla Peeters voor haar kritische blik en positieve feedback wat deze scriptie tot een beter geheel heeft gemaakt. Ook wil ik de 'langstudeerdersgroep' van Absens Carens bedanken voor hun motiverende en stimulerende houding tijdens dit schrijven.

Tot slot kan ik zeggen dat ik trots ben op het eindproduct en tevreden met het resultaat. Voor mijn persoonlijke visie op de positie van PMT binnen de behandeling van schizofrenie heeft dit onderzoek zeker een meerwaarde gehad. Hopelijk voor u ook.

Samenvatting

Wat zijn de voor- en tegenargumenten van PMT bij schizofrenie?

Door middel van een literatuurstudie naar de positie en het effect van PMT binnen de behandeling van schizofrenie, heb ik hier een antwoord opgegeven.

Rond schizofrenie heerst veel discussie over onder andere de diagnostisering van deze stoornis, aangezien er geen enkel symptoom specifiek blijkt te zijn voor schizofrenie. Een van de vele symptomen is het verstoorte lichaamsbeeld wat een belangrijk behandeldoel kan zijn.

Binnen de PMT wordt er onlosmakelijk gebruik gemaakt van de lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen

Het effect van PMT binnen de behandeling van schizofrenie blijkt positief te zijn. Er treedt onder andere een vermindering van angst en stress op waardoor de kans op decompensatie verkleind wordt.

De meeste tegenargumenten houden vast aan de theoretische benaderingen zoals bijvoorbeeld de klassieke psychoanalyse waar het therapeutische werkmodel door geïnspireerd kan zijn. De daadwerkelijke invloed van deze benaderingen blijkt klein, er is nog maar weinig van te zien in de PMT zoals hij nu is.

PMT wordt naast de acute fase aanbevolen binnen de behandeling van schizofrenie. Het zorgt voor een vermindering van spanning, angst en stress. Cliënten leren bewust hun lichaamssignalen herkennen en er treedt een verbetering van het zelfbeeld op.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inleiding	5
Methode	6
Theoretisch kader; Schizofrenie	7
1. Psychomotorische therapie (PMT), wat houdt dat in?	8
1.1 Ontwikkeling van de visie over lichaam en geest	8
1.2 Lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen	9
2. PMT met een schizofrene cliënt, wat is het behandeldoel?	12
3. Resultaten	14
3.1 De voor- en tegenargumenten binnen de literatuur over PMT bij schizofrene cliënten	14
4. Discussie	18
5. Conclusie	20
5.1 PMT met een schizofrene cliënt, waarom wel, waarom niet?	20
Aanbeveling	21
Literatuurlijst	22
Bijlage	24

Het oorspronkelijke idee om een onderzoek te doen naar de voor- en tegenargumenten voor lichaamsgerichte werkvormen bij schizofrenie is ontstaan door het lezen van het artikel '*Lichaamsgerichte werkvormen binnen de psychomotorische therapie voor mensen met schizofrenie*' van Vancampfort, D., Probst, M., Knapen, J., Demunter, H., Peuskens, J. & De Hert, M. (2011), en door mijn eigen opvatting over lichaamsgericht werken bij schizofrenie.

Maar tijdens het schrijven van dit onderzoek kwam ik er achter dat er binnen de PMT geen duidelijke scheiding te maken valt tussen lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen. Het onderscheid is wel te maken maar lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Steeds weer kwam ik in de literatuur tegen dat het ging om een combinatie van lichaams- en bewegingsgericht werken, of te wel, het ging om PMT.

Met die reden gaat dit onderzoek niet specifiek over de lichaamsgerichte werkvormen maar over de voor- en tegenargumenten van de PMT binnen de behandeling van schizofrenie.

Mijn visie op de behandeling van schizofrenie was dat je met deze cliënten heel voorzichtig moet zijn met het uitzoeken van je werkvormen binnen de PMT. Ik denk dan aan ontspanningsoefeningen zoals Jacobsen, senso-relaxatie en autogene training, waarbij er het gevaar kan zijn dat een schizofrene cliënt in een psychose raakt. Maar in het artikel van Vancampfort, D. e.a. (2011) werd juist gezegd dat er veel positieve effecten te vinden zijn binnen de behandeling van schizofrenie, wanneer er gebruik gemaakt werd van psychomotorische werkvormen.

Ik wilde weten wat die positieve effecten van PMT dan precies inhielden en wat nu een juiste manier van behandelen is bij een schizofrene cliënt. Wanneer is het gepast om PMT aan te bieden en wanneer niet? Met die vragen ben ik aan dit onderzoek begonnen.

De probleemstelling die zich hier vormt is dat er bij mij onduidelijkheid is over het effect van PMT binnen de behandeling van schizofrenie. Het idee dat ik hier over had leek niet meer te kloppen met de huidige kennis en informatie.

Het doel van mijn onderzoek is om binnen de bestaande literatuur en onderzoeken, te kijken naar de voor- en tegenargumenten voor PMT binnen de behandeling van schizofrenie.

Door dit onderzoek te doen wordt mijn opvatting "PMT met schizofrene cliënten is gevaarlijk" bevestigd of onderuitgehaald en dat kan effect hebben op de behandeling van schizofrenie. Ik wil met dit onderzoek bereiken dat er duidelijkheid komt over de meest passende manier van behandelen voor deze cliënten.

Mijn hoofdvraag is dan ook 'Wat zijn de voor- en tegenargumenten voor PMT bij schizofrenie?'

Deze vraag wil ik beantwoorden en verduidelijken door te kijken naar wat schizofrenie is, wat de behandeldoelen zijn binnen de PMT, welke werkvormen er binnen de PMT bestaan en door te kijken naar wat de literatuur zegt over PMT binnen de behandeling van schizofrenie.

Leeswijzer.

Mijn onderzoek is opgebouwd uit verschillende subvragen om uiteindelijk antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag 'wat zijn de voor- en tegenargumenten voor PMT bij schizofrenie?'

Het onderzoek begint met een korte inleiding in de stoornis schizofrenie waarna hoofdstuk 1 en 2 zich verdiepen in de PMT en de behandeldoelen binnen de behandeling van schizofrenie. In hoofdstuk 3 komen de voor- en tegenargumenten op de vraag of PMT thuishoort binnen de behandeling van schizofrenie aan bod.

Nadat de resultaten kritisch bekeken zijn in hoofdstuk 4, wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag in hoofdstuk 5 'PMT met een schizofrene cliënt, waarom wel, waarom niet'. En als slotstuk kunt u een aanbeveling lezen.

Methode

De methode die ik heb gebruikt om antwoord te geven op mijn hoofdvraag is een literatuurstudie. Ik heb het onderzoek verdeeld in subvragen waardoor er in kleinere stappen toegewerkt wordt naar de conclusie van het onderzoek.

Door mij te verdiepen in de literatuur en te zoeken naar wat er al onderzocht en gezegd is over de hoofdvraag, heb ik de nodige informatie voor mijn scriptie verkregen. Ik heb deze literatuur gevonden door boeken vanuit de opleiding psychomotorische therapie te gebruiken, door in de mediatheek van het Windesheim te zoeken met zoektermen als, *'schizofrenie, lichaamsgericht werken, lichaamsbeleving, psychomotorische therapie en schizofrenie, psychoses, bewegingsgericht, lichaamssignalen en therapeutische werkvormen.'*

Bij het selecteren van de literatuur heb ik gekeken naar de meest recente literatuur en heb ik zoveel mogelijk literatuur van verschillende auteurs meegenomen in mijn onderzoek zodat ik verschillende visies in mijn conclusie kon verwerken en ik een zo breed mogelijk beeld en antwoord op mijn onderzoeksvraag kon krijgen.

Via mijn stage in het AMC heb ik kennis kunnen maken met de website, *tijdschrift voor psychiatrie*. Daar komt het artikel van Vancampfort, D., e.a. (2011) waardoor ik geïnspireerd ben ook vandaan. Door artikelen vanuit dat tijdschrift te lezen en literatuurlijsten van die artikelen door te nemen kwam ik bij, voor mij, interessante literatuur terecht.

Dus door de literatuur die ik al in mijn bezit had goed door te lezen, na te gaan waar zij hun informatie vandaan haalden en door te kijken naar welke bronnen er verwezen werd, heb ik van meer literatuurbronnen gebruik kunnen maken, zoals de site van het Trimbos-instituut en de richtlijnen vanuit de GGZ.

Al deze literatuur heb ik gelezen en gescand op, voor dit onderwerp, nuttige informatie. Ik wilde zo min mogelijk uitwijken naar andere interessante onderwerpen en het vooral concreet houden. Hierdoor heb ik vaak stukken moeten inkorten en moeten herschrijven.

Van alle losse literatuur en informatie heb ik zo goed als mogelijk een geheel gemaakt.

Door het gebruik van verschillende informatiebronnen, zoektermen en auteurs, is mijn conclusie zo breed mogelijk onderbouwd en geeft het een zo'n objectief mogelijke kijk op de plek van PMT binnen de behandeling van schizofrenie.

'Schizofrenie, dat is toch iemand met meerde persoonlijkheden?'

Vaak wordt er bij schizofrenie gedacht aan een stoornis waarbij de cliënt stemmen hoort en last heeft van een gespleten persoonlijkheid. Dit is niet helemaal waar. Het kan inderdaad zijn dat de cliënt last heeft van het horen van stemmen, wat valt onder hallucinaties. Maar de gespleten persoonlijkheid is een verkeerde interpretatie van de naam schizofrenie.

De naam schizofrenie stamt af van het Griekse *schizein* (splijten) en *prhén* (gevoel/verstand), ofwel gespleten geest. Het gaat hier niet om een gespleten persoonlijkheid maar om een splitsing tussen gevoel en verstand. (Wunderink, 2011, p.8)

Schizofrenie is een ernstige psychotische stoornis waarbij de cognitie, het gevoelsleven en de waarneming verstoord zijn. Tijdens een psychotische episode kan er sprake zijn van hallucinaties, wanen en/of verwardheid.

“Een psychotische toestand wordt ook wel omschreven als het verlies van het contact met de werkelijkheid. Mensen in zo'n toestand leven niet langer in dezelfde ervaringswereld als wij, zij interpreteren de zaken anders.” (Slooff, 1997, p. 25-27)

In de literatuur van Nevid, J. S., Rathus, S. A. & Greene, B. (2008, p.224-225) wordt geschreven dat schizofrenie uit vier verschillende fasen bestaat. Schizofrenie begint dan met de premorbide fase. In deze fase is de cliënt nog niet ziek maar er zijn mogelijk bepaalde trekken aanwezig die de kwetsbaarheid voor de stoornis aangeven.

Het moment waarop de eerste tekenen van verslechtering zichtbaar zijn wordt de prodromale fase genoemd. Kenmerkend voor deze fase is de afnemende belangstelling voor sociale activiteiten en toenemende problemen met het vervullen van verantwoordelijkheden. Ook is er verandering te zien in de zelfzorg en aan het uiterlijk van de cliënt.

Als het gedrag steeds vreemder wordt begint de acute fase. Er ontstaan duidelijk psychotische kenmerken zoals hallucinaties, wanen en verwardheid.

Na deze acute fase komt de cliënt in de restperiode waarbij het gedrag terugkeert naar het niveau van de prodromale fase. Psychotisch gedrag is afwezig, maar de cliënt ervaart nog altijd last van stoornissen in het cognitieve, sociale en emotionele gebied.

Binnen deze verschillende fasen toont schizofrenie zich in een heel aantal symptomen. Er zijn veel verschillende symptomen die in allerlei combinaties voor kunnen komen, maar er is geen symptoom dat enkel en alleen bij schizofrenie voorkomt, dus de diagnose is niet zomaar te stellen.¹

Doordat er dus geen specifiek symptoom is voor schizofrenie kan er onduidelijkheid en moeite ontstaan rondom het stellen van de diagnose. Schizofrenie op zichzelf is ook nog onder te verdelen in vele subtypen, afhankelijk van de aan- / afwezigheid van bepaalde symptomen. Er zijn dan ook vele discussies rondom de stoornis schizofrenie. Zo is er onenigheid over de naam 'schizofrenie' en over het nut om deze ziekte te diagnosticeren. De term schizofrenie zou schadelijk zijn voor cliënten door de negatieve klank die het met zich meebrengt. (Havenaar, J. M. 2005) Ook binnen de richtlijnen voor de behandeling van schizofrenie wordt er gesproken over deze verwarring.

“ ‘Schizofrenie’ en de andere DSM-IV-diagnosen voor een psychotische stoornis zijn geen separate ziekten met een specifiek fenotype of een specifieke etiologie. Op het niveau van de fenomenologie zijn er vloeiende overgangen tussen schizofrenie en de bipolaire stoornis en tussen schizofrenie en normaliteit. Op het niveau van de etiologie is vastgesteld dat genen die het risico verhogen voor schizofrenie, ook het risico op andere psychotische stoornissen en op de bipolaire stoornis verhogen.” (Van Alphen, C, e.a. 2012, p. 23.)

¹ Bijlagen 1. Wunderink, L. (2011, p.36-60)

1. Psychomotorische therapie (PMT), wat houdt dat in?

1.1 Ontwikkeling van de visie over lichaam en geest.

Door op een hele beknopte manier de ontwikkeling binnen de psychomotorische therapie te laten zien en in te gaan op de visie over lichaam en geest, wil ik laten zien waar de PMT vandaan komt en wat het inhoud.

De PMT is gebaseerd op het gegeven dat mensen een onlosmakelijke fysieke relatie hebben met de wereld om hen heen. Dit komt overeen met de gestalttherapie van Frits Perls (1893-1970). Alles wat een mens doet, laat zien wie deze mens is. Het welbevinden en de problemen worden zichtbaar door deze fysieke relatie. Met deze visie worden bewegings- en lichaamsgerichte interventies ingezet in de behandeling van psychische en psychosociale problematiek.

Binnen de PMT wordt er dus met lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen gewerkt. De ervaringsgerichte benadering en het lichaamsgericht werken waren niet altijd al onderdeel van behandelingen binnen de psychiatrie. Waar vroeger het bewegen als belangrijk werd gezien, was dat bij de ervaringsgerichte benadering nog niet het geval. (Hekking, P. Fellinginger, P. 2011)

Sport en beweging werd vroeger al als gezond en belangrijk gezien, bij de Grieken bijvoorbeeld was een gezond lichaam erg belangrijk. Maar bewegen is niet alleen belangrijk voor de lichamelijke fitheid, ook voor de verbetering van de geestelijke gesteldheid.

Bewegen heeft namelijk een positief effect op de stressoren, waardoor stressoren minder invloed hebben op de persoon. Een positief effect op de lichamelijke en geestelijke gesteldheid door fysieke activiteit is bijvoorbeeld goed te zien in de behandeling van depressieve cliënten waarbij gebruik gemaakt wordt van running-therapie.

Binnen de psychiatrische behandelingen werd de ervaring van de cliënten van steeds groter belang en daarbij bleek de lichaamservaring onlosmakelijk verbonden te zijn met de bewegingservaring.

“De lichamelijke beleving, (het voelen) van de deelnemers tijdens het uitvoeren van de bewegingsactiviteiten (het handelen) en de betekenis die de deelnemer daar aan geeft, (het denken) werden de basisingrediënten voor het ervaringsproces dat de therapeut beoogde te sturen.” (Hekking, P. & Fellinginger, P. 2011 p. 26)

Het denken-voelen-handelen werd de benaderingswijze voor bewegingservaringen en de daaraan verbonden lichaamservaringen.

“Deskundigheid in het vormgeven van helende ervaringscontexten en het integreren van (veranderende) cognitie, emotie en gedrag werd de kern van de PMT op het gebied van de psychiatrie, revalidatie en verstandelijk gehandicaptenzorg.” (Hekking, P. & Fellinginger, P. 2011 p. 27)

Tijdens de ontwikkeling van het beroep PMT'er en bewegingsagoog kwam de nadruk steeds meer te liggen op verbetering, aanpassing en instandhouding van mogelijkheden in plaats van de genezing. Wat er toe deed was de transfer van de zaal naar het dagelijks leven voor de cliënten. Dat is nog steeds erg belangrijk binnen de opleiding tot PMT'er op de Calo en een noodzakelijke voorwaarde voor de therapie. (Hekking, p. Fellinginger, p. 2011)

Nu het duidelijk is waarop de PMT gebaseerd is en met welke benaderingswijze er gewerkt wordt, ga ik verder met de 'tweedeling' binnen de PMT, de lichaamsgerichte- en de bewegingsgerichte therapie. Een 'tweedeling' tussen haakjes want zoals u net gelezen heeft is de lichaamservaring onlosmakelijk verbonden met de bewegingservaring.

1.2 Lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen.

Hekking, P. & Fellingner, P. (2011) beschrijven in hun boek verschillende strategieën en werkvormen voor de PMT, waarbij de ene werkvorm meer gericht is op het activeren en de bewegingservaringen en de andere methoden meer uitgaan van lichaamssignalen en relaxatie oefeningen. Zij beschrijven zoals de ontlokkende strategie, de pragmatisch-structurerende strategie, en de directieve, klachtgerichte strategie.

Afhankelijk van het werkdoel en een passende attitude moet er op professionele wijze gekozen worden voor de best passende werkvorm binnen een behandeling.

Ook hierbij is te zien dat er verschillende strategieën gebruikt worden binnen de PMT en dat het onderscheid tussen lichaams- en bewegingsgerichte strategieën niet duidelijk is en door elkaar heen loopt. Maar het onderscheid is wel te maken, door kort op beide werkvormen in te gaan wil ik duidelijk maken wat deze verschillende werkvormen typeert, te beginnen met de lichaamsgerichte werkvormen.

Zoals de naam al zegt is de lichaamsgerichte therapie een manier van therapie geven welke gericht is op het lichaam. Als PMT'er werken we altijd met het lichaam en zijn we gespecialiseerd in het lezen ervan.

“De samenhang tussen het lichaam en de psyche staat centraal.” (Lichaamsgericht Werkend Psycholoog NIP WWW user survey.(z.d)).

Maar wat houdt lichaamsgerichte therapie nu precies in, en wat valt hier onder?

In *‘Zes psychologische stromingen en één cliënt’* van A. Weerman(2006) wordt het volgende gezegd over de lichaamsgerichte therapie.

Een lichaamsgerichte therapeut werkt vanuit de lichamelijke benadering, en bekijkt vanuit dat standpunt de psychische klachten en het gedrag. Dit is anders dan bij de meeste therapeuten die uitgaan van gevoelens, gedachten en gedrag. (denken-voelen-handelen) Lichaamsgerichte werkvormen zijn beïnvloed en geïnspireerd door de psychodynamische en de cliëntgerichte benadering en zijn niet onder te brengen in een aparte lichaamsgerichte psychologie.

Er zijn veel verschillende lichaamsgerichte werkvormen en elke werkvorm heeft zijn eigen psychologische theorie waarop de hij gebaseerd is.

- Bio-energetica, Alexander Löwen is de grondlegger van deze werkvorm en zijn visie komt voort uit de psychodynamisch georiënteerde visie van Reich.

“Via ontspanning van het lichaam kunnen ook emoties loskomen en verwerkt worden.” (Weerman, A. 2006, p. 147)

- Gestalttherapie, ontwikkeld door Frits Perls (1893-1970). De mens en zijn omgeving worden als 1 geheel gezien waardoor dus ook het lichamelijke aspect in de therapie betrokken wordt.
- Integratieve bewegingstherapie, deze therapie is ontstaan vanuit de lichaamsgerichte benadering van Hilarion Petzold (1944) en komt voor een groot deel voort uit de gestalttherapie.

“Binnen deze therapie wordt er ook gebruikt gemaakt van gedragstherapeutische technieken zoals ontspanningsoefeningen, agressietraining, expressie oefeningen, dans en oefeningen uit vechtsport.”(Weerman, A. 2006, p. 148)

Hierboven wordt dus kort weergegeven vanuit welk standpunt een lichaamsgerichte therapeut kan werken en vanuit welke benaderingen de bestaande werkvormen ontstaan zijn. Er zijn dus verschillende werkvormen met verschillende inspiratie bronnen. Maar volgens M. Knaster (1996) zijn er wel altijd drie fundamentele uitgangspunten die in alle lichaamsgerichte werkvormen gelijk zijn.

1. Het lichaam is plaats de voor verandering.
2. Het lichaam is te veranderen doordat het leeft.
3. Mentaal of fysiek is er iets niet meer in evenwicht.

Het Nederlands Instituut van Psychologen (2011) vat deze uitgangspunten en mogelijke invalshoeken als volgt samen:

“Er wordt impliciet gewerkt aan het samenhangende en elkaar beïnvloedende systeem van lichaam en psyche. De invalshoeken kunnen zijn: houding, beweging, aanraking, adem, stem, energie, aandacht, of een combinatie daarvan.”

Het doel is om *“de cliënt bewust te maken van lichaamssignalen waardoor er meer inzicht wordt verkregen op de wisselwerking tussen lichaam en geest, en zo de cliënt te leren zijn eigen lichamelijke en geestelijke gezondheid in balans te brengen en te houden”*. (NIP, 2011)

Binnen de PMT ligt het aan de behandelingsfilosofie van de therapeut hoe de lichaamsgerichte werkvormen worden ingezet. Probst, M. en Bosscher, R.J. (2001) zeggen dat er een keuze gemaakt moet worden over de positie van de verstoorde lichaamsbeleving binnen de behandeling. Wordt de verstoring in de lichaamsbeleving als primaire doelstelling gezien of wordt het gezien als van ondergeschikt belang, waarbij de kenmerken van de verstoorde lichaamsbeleving zichzelf oplossen zodra de andere symptomen behandeld worden.

Er is namelijk discussie over de werkelijkheid van de verstoring in het lichaamsbeeld en –beleving bij schizofrene cliënten.

Probst, M. en Bosscher, R, J. (2001) benoemen drie verschillende visies op het verstoorde lichaamsbeeld bij schizofrene cliënten:

- De eerste visie die benoemd wordt is dat de eigenaardige lichaamssensaties gekoppeld kunnen worden aan waanideeën en dat ze een organische basis zouden kunnen hebben. De waanachtige uitspraken worden beschouwd als poging om vreemde maar reële lichaamservaringen zin te geven.
- Een tweede opvatting is dat deze gewaarwordingen hallucinaties zijn. Er is vooral een psychologische betekenis aan deze lichaamssensaties verbonden. Cliënten zien lichaamshallucinaties als werkelijke lichamelijke gewaarwordingen.
- De derde verklaring is dat er sprake is van een somatische waan. De psychotische cliënt is vaak niet meer in staat om zijn lichaamsdelen als onderdeel van zijn eigen lichaam te zien of te voelen, de lichaamssensaties worden dan gekoppeld aan somatische wanen.

Naast deze drie visies wordt in een aantal gevallen de lichaamssensatie voor een illusie aangezien. Een andere vaststelling in de literatuur is dat een verstoorde lichaamsbeleving niet specifiek is voor schizofrenen, waardoor het ook niet specifiek te behandelen is. Er is weinig duidelijkheid te vinden over de gestoorde lichaamsbeleving bij schizofrene cliënten. Dat het lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving verstoord zijn is wel duidelijk, maar de meningen zijn verdeeld over of het nu echt lichamelijke sensaties zijn of dat het valt onder de wanen en hallucinaties.

Therapeuten die de lichaamsbeleving vooral als primaire doelstelling zien halen hun inspiratie grotendeels uit de dance movement therapy (Stanton-Jones, 1992) waarbij de oefeningen gericht zijn op het uitten van gevoelens op verbale en non-verbale wijze, en de körpercentrierte Gruppenspsychotherapie (Maurer, 1993) welke gericht is op het aanbieden van prikkels en op de verbetering van de gedachtegang, realiteitszijn, realiteitstoetsing en lichaamsafgrenzing. Beide komen uit de psychoanalytische hoek.

De lichaamsgerichte werkvormen binnen de PMT zijn dus onder andere beïnvloed en geïnspireerd door de psychodynamische en de cliëntgerichte benadering. Houding, beweging, aanraking, adem, stem, energie, aandacht, of een combinatie daarvan, kunnen invalshoeken zijn waar binnen de lichaamsgerichte werkvormen gebruik van wordt gemaakt.

Dan nu de bewegingsgerichte werkvormen binnen de PMT. Waar komen deze werkvormen vandaan en wat typeert ze?

Volgens Van Dasler, J. (1994) is zijn bewegingsgerichte werkvormen geen vormen van psychotherapie. Wel is het werkmodel van de bewegingstherapeut vaak gebaseerd op psychotherapeutische theoriën. Dat maakt dat er verschillende bewegingsgerichte werkvormen zijn, afhankelijk van de therapeutische insteek. Van Dasler (1994) noemt in *‘bewogen door beweging’* bijvoorbeeld de bewegingstherapie met een

psychodynamische inspiratie. Hierbij wordt er veel gebruik gemaakt van fantasie en inbeelding. Er wordt gewerkt met symboliseren en het uitten van emoties en gevoelens. Bij deze werkvorm is er de kans dat er herinneringen of associaties uit het verleden wakker geschudt worden.

Een andere vorm van bewegingsgerichte therapie is volgens Dasler, J. (1994) de bewegingsgerichte therapie geïnspireert door de fenomenologie.

‘De Leer van het Menselijk zich Bewegen’ (LMZB) valt hier onder. Een belangrijke invloed binnen de ontwikkeling van de PMT aan de Calo is de LMZB, met C.C.F. Gordijn (1909-1998), als grondlegger van deze leer. De motorische dialoog staat hier centraal, de mens staat in contact met de wereld en verleent betekenis aan wat hij ziet. De wereld is als het ware de tegenspeler van de cliënt en biedt weerstand. Die weerstand kan tot een grensoverschrijding leiden en daar moet de cliënt door middel van beweging op kunnen reageren. Cliënten met psychosociale problemen hebben geen optimale relatie tussen persoon en omgeving, waardoor het doel van de therapeut is om de kwaliteiten van deze relatie te bevorderen. De bestaande motorische dialoog moet behouden en verdiept worden. Binnen de LMZB ligt de nadruk op de omgang met mensen en dingen. Door de omgang met dingen kan de lichaamsbeleving geherstructureerd worden en men krijgt weet van de lichaamsbegrenzing. (Van Dasler, J. 1994, p.41-47)

Volgens Probst, M. & Bosscher, R. J. (2001) is het voordeel van bewegingsgerichte werkvormen binnen de behandeling van schizofrenie dat het heel gestructureerd en geïndividualiseerd is en gericht op de uitvoering als geheel. Na de acute fase kan er meer samenwerking aan bod komen maar vooral in die fase is de structuur en de uitvoering als doel erg belangrijk.

Het positieve effect van bewegingssituaties binnen de behandeling van schizofrenie is dat het emotionele reacties losmaakt. Men is in de acute fase voorzichtig met het aanbieden van bewegingsgerichte therapie aangezien cliënten makkelijk overspoeld kunnen worden met prikkels.

Burgwall, T. (2001) schrijft over bewegingsgerichte therapie dat het zich meer op de activering van het lichaam richt. Bewegen staat centraal en daarbij het gedrag wat tijdens sport en spel naar voren komt. Er wordt minder gevraagd van de cliënt als het gaat om het reflectievermogen, de cliënt kan zijn gedachten even loslaten en zich focussen op wat hij aan het doen is, gewoon bewegen.

Het lichaam staat niet centraal zoals bij de lichaamsgerichte therapie het geval is, maar het gaat hier vooral om het bewegen en gedrag.

De bewegingsgerichte werkvormen richten zich dus volgens de LMZB op het motorische dialoog. Sport en spel zijn de middelen waarmee gewerkt wordt en de focus ligt hier op het bewegen en het gedrag. Maar ook fantasie en inbeelding kunnen middelen zijn om mee te werken. Dat de bewegingsgerichte werkvormen erg gestructureerd zijn en dat het emotionele reacties losmaakt is volgens Probst, M. & Bosscher, R. J. (2001) een groot voordeel.

Lichaamsgerichte werkvormen en bewegingsgerichte werkvormen, twee verschillende manieren van werken maar binnen de PMT zijn ze niet te scheiden. Wel is er zoals u net gelezen heeft een onderscheid te maken. Van Alphen, C, e.a. (2012) geven dit onderscheid als volgt weer:

“Bewegingsgerichte interventies zijn activiteiten die hun oorsprong hebben in het bewegingsonderwijs en sport en spel. [...] Bewegingsactivering (zoals sport, oefening, conditietraining) is gericht op het verbeteren van de algehele gezondheid (conditie, gewicht, soms ook welbevinden), waarbij doelstellingen op fysiek niveau doorgaans centraal staan.”

“Lichaamsgerichte methodieken zijn oefeningen die gericht zijn op lichaamsbewustwording zoals relaxatiemethoden en ademhalingsoefeningen (nvmp, 2009) [...] met als doelstellingen bijvoorbeeld de stemming verbeteren, het zelfbeeld verbeteren, interactievaardigheden ontwikkelen, en stressregulatie.” (Van Alphen, C, e.a. 2012, p. 192)

2. PMT met een schizofrene cliënt, wat is het behandeldoel?

Om er voor te zorgen dat de behandeling bij schizofrenie binnen elke instelling ongeveer gelijk en even goed is, zijn er landelijke richtlijnen opgesteld door de Multidisciplinaire Richtlijn Commissie. De behandelingen die daarin naar voren komen worden in hoofdstuk 3 besproken maar voordat ik de doelen binnen de PMT ga bespreken wil ik eerst aangeven dat de psychomotorische therapie binnen de Multidisciplinaire Richtlijnen wordt aanbevolen. Er zijn namelijk 5 aanknopingspunten te vinden tussen de kenmerken van schizofrenie en de werkwijze van de PMT. Het gaat om de volgende punten:

- Een gestoorde lichaamsbeleving
- Sedentair bewegingsgedrag,
- Moeilijkheden in het omgaan met stress,
- Psychomotorische stoornissen en somatische co morbiditeit
- Somatische Comorbiditeit en het metaboolsyndroom

Een groot percentage van de schizofrene cliënten lijdt hieraan en daarom is het belangrijk om hier binnen de behandeling aandacht aan te schenken. (Van Alphen, C, e.a. 2012, p. 192)

Kijkend naar de behandelingen die er over het algemeen gegeven worden, de symptomen van de stoornis en de bijwerkingen van de medicatie, zou je mijns inziens de volgende behandeldoelen voor de PMT kunnen opstellen bij de behandeling van een schizofrene cliënt.

- *Het herstellen van het sociaal functioneren.* Cliënten met schizofrenie leven vaak in een sociaal isolement en trekken zich steeds meer terug. Het sociale contact is verstoord. Leerdoelen binnen de PMT kunnen zijn: het leren omgaan met elkaar, behulpzaam zijn, samenwerken en rekening houden met elkaar. (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 P. 94). Aan dit doel kan al gewerkt worden binnen de prodromale fase. De behandeling is dan gericht op het begeleiden en ondersteunen, wat wordt vormgegeven in een training van sociale vaardigheden, cognitieve gedragstherapie en woontraining. (Wunderink, L. 2011 p. 110)
- *Omgaan met stress en spanning.* Stress en spanning is vaak de oorzaak van een psychose of decompensatie. Deze stress en spanning hangt over het algemeen samen met spanningen in de omgeving of met het stoppen/minderen van medicatie. Door gebruik te maken van ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen en stress management training krijgen de cliënten vaardigheden aangeleerd waarmee ze kunnen omgaan met stress en spanning. (Wunderink, L. 2011 p. 113)
- *Taak Concentratie Training.* Schizofrene cliënten hebben vaak moeite met het zich kunnen concentreren, doordat ze afgeleid worden door allerlei gedachten (wanen/hallucinaties). Doordat de cliënt zich richt op de taak of omgeving kan hij gedachten of stemmen uitbannen. (Dingemans, P. M. A. J., e.a. 1997, p. 32)
Het leren zich te concentreren houdt in dat er tijdens verschillende bewegingssituaties rekenschap wordt gegeven van de realiteit, de cliënt erop ingesteld blijft en dit volhoudt. (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 P.95). Een onderdeel van het leren concentreren is het oefenen met de vaardigheid om structuur aan te brengen en overzicht te houden.
- *Bewegen en activiteiten ondernemen.* Door de lusteloosheid en het niet kunnen komen tot activiteit is het moeilijk om de cliënt te activeren. Dit is wel belangrijk want lichaamsbeweging is niet alleen bevorderlijk voor het herstel van mentale functies maar kan ook de gevolgen van antipsychotische medicatie op de stofwisseling tegengaan. (Wunderink, L. 2011 p.113) Bij het activeren van de cliënt wordt er ook gewerkt aan initiatief nemen en het vergroten van de zelfverzekerdheid. De cliënt moet initiatief durven nemen en deelnemen aan voor hem onbekende situaties. Door op een actieve wijze deel te nemen aan bewegingssituaties wordt het algemeen welzijn verhoogd, de conditie verbeterd en vindt er cognitieve activering plaats. (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 P.95)

- *Leren ontspannen.* Het bewegingsgedrag bij schizofrene cliënten is houterig, niet soepel, nerveus en verkrampd. Het doel is dan ook om zonder overdreven spierspanning en op een rustige wijze de bewegingen in de verschillende situaties uit te voeren. (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 P.95)
- *Beheerst bewegen.* Een van de symptomen van schizofrenie is dat cliënten zinloos bewegingsgedrag, impulsieve ontremde doorbraken of heel krampachtige bewegingen en gebaren kunnen laten zien. Door het bewegingsgedrag te controleren en de inspanning te doseren krijgen ze weer controle en beheersing over hun eigen lichaam. (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 P.95)
- *Verbale communicatie.* Cliënten praten dikwijls op een monotone en breedvoerige wijze. Hun zinnen zijn incoherent en onsamenhangend. Het doel is dat de cliënt op een zinvolle en vlotte manier tot verbale contacten kan komen met een aangepaste stem. (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 P.96) Dit heeft ook weer zijn uitwerking op het sociaal functioneren en de zelfverzekerdheid van de cliënt.
- *Zelfvertrouwen vergroten.* Door de cliënt een zo normaal mogelijk leefklimaat te bieden is het nodig dat hij vaardig genoeg is om zelfstandig te wonen en werken. Het is hierbij van belang dat de cliënt verantwoordelijkheid en individualiteit kent, dit heeft hij nodig voor een normaal leefklimaat en het beleven van zijn eigen autonomie (Van den Bosch, R. J., Louwerens, J. W. & Slooff, C. J. 1999, p.15)
- *Contact leggen met het lichaam.* De lichaamsbeleving is verstoord, om dit te herstellen moet men weer in contact komen met het lichaam. Dit kan door expressie en communicatie van het lichaam. Er wordt gewerkt aan het leren her- en erkennen van lichaamsgrenzen zodat er een realistisch lichaamsbeeld tot stand komt.

“Wanneer het beleefde lichaam zijn grenzen ontdekt, dus wanneer het lichaam bewoond kan worden en wanneer de ervaring van ruimtelijkheid optreedt, zal het beleefde lichaam zijn dynamiek terug vinden” (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 p.103)
- *Vertrouwen op het lichaam.* Het lichaam laat de cliënt als het ware in de steek, veel vaardigheden die de cliënt eerst kon lukken nu niet meer. Het contact is verbroken en het lichaam voelt niet meer als eerst. Hierdoor is het vertrouwen in het eigen lichaam weg. Door met het lichaam te werken moet het vertrouwen in het lichaam zich vergroten. De cliënt moet weer grip krijgen op zijn eigen kunnen. Het verlies van vertrouwen kan ook een gevolg zijn van wanen waarbij de controle over lichaam en geest uit handen lijkt te zijn gegeven. (Van der Bosch, R. J., e.a. 1999, p.2)
- *Omgaan met het uiten van emoties en gevoelens.* Cliënten krijgen te maken met allerlei emoties en met het accepteren van de stoornis. Deze emoties en gevoelens moeten ze leren uiten op een ‘normale’ manier. Binnen de PMT kan er door beweging, houding en mimiek geprobeerd worden gevoelens uit te drukken. (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 P.95)
- *Regulatievermogen.* Cliënten moeten leren hun gedrag te reguleren. Het gedrag dat ze laten zien kan erg overmoedig of uitgelaten zijn, wat opvliegend of agressief over kan komen bij anderen. Ze moeten dus leren zich te houden aan structuur, afspraken, gedragsregels en spelregels. (Probst, M. & Bosscher, R. J. 2001 P.96)

Deze doelen kunnen binnen de PMT aangepakt worden. Er moet door de therapeut gekeken worden welke doelen aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt. Door samen te kijken waar er aan gewerkt moet worden wordt de kans vergroot dat de cliënt gemotiveerd blijft en is de behandeling zo goed mogelijk afgestemd op de wensen van de cliënt. Er moet altijd rekening gehouden worden met de symptomen en bijwerkingen van medicatie, de therapeut moet hiervan op de hoogte zijn.

Afhankelijk van het behandel doel kan er besloten worden om lichaams- of bewegingsgerichte werkvormen binnen de PMT in te zetten. Bij het doel ‘bewegen en activiteiten ondernemen’ is een bewegingsgerichte aanpak passend. Bij het vergroten van het vertrouwen in eigen lichaam, leren ontspannen en contact leggen met het lichaam, zijn lichaamsgerichte werkvormen meer passend.

3. Resultaten

3.1 De voor- en tegenargumenten binnen de literatuur over PMT bij schizofrene cliënten.

Er zijn heel wat visies en benaderingen over de juiste behandeling van schizofrenie en daarbij ook over de positie van PMT binnen de behandeling van schizofrenie. Door deze verschillende visies langs te gaan wil ik een overzicht creëren van de voor- en tegenargumenten voor PMT binnen de behandeling van schizofrenie. Als eerst 5 visies/argumenten waarin het positieve effect van PMT binnen de behandeling van schizofrenie duidelijk wordt.

1. Claudia Emck (1998) heeft in haar boek '*Stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen*' een training geschreven voor jongeren met psychotische stoornissen waarbij ze leren omgaan met stress, de Stress Management Training (SMT). Binnen deze methoden wordt er gebruik gemaakt van lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen.

Het doel van SMT is om gedachten, situaties en gevoelens die stress opleveren te kunnen hanteren. Het gaat dus vooral om het leren omgaan met kwetsbaarheid en de symptomen. Dit is van groot belang aangezien stress de kans op een psychose kan verhogen. Binnen de behandeling staan er twee doelen centraal:

- Het leren herkennen van lichaamssignalen die geassocieerd zijn met stress.
- Het adequaat reageren hierop.

Subdoelen die hierbij horen zijn:

- Het waarnemen van spanningssignalen.
- Het bewust worden hiervan.
- Het verwoorden van deze gevoelens en sensaties.

Binnen de behandeling wordt er onder andere gebruik gemaakt van rekken en strekken, Jacobsen, prikkeling van zintuigen, controlled-approach, spel, balansoefeningen, catch-and-fall en controle en vertrouwensoefeningen. Het is hierbij van belang dat er voldoende veiligheid en structuur geboden wordt. Het bespreken van de lichaamsbeleving wordt al snel als intiem en soms bedreigend ervaren. (Emck, C. 1998).

Binnen deze training wordt er gebruik gemaakt van lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen. Het herkennen van lichaamssignalen is een van de doelen die centraal staat. behandeldoelen als *Vertrouwen op het lichaam*, *Contact leggen met het lichaam* en *Omgaan met stress en spanning* zoals in hoofdstuk 2 beschreven staat, kunnen binnen deze behandeling ook prima meegenomen worden.

2. In het boek van Emck, C. (1998) wordt er ook gesproken over de visie van Du Bois (1990) op de lichaamsbeleving bij psychotische stoornissen. Hij pleit voor een PMT behandeling bij schizofrenie omdat hij vindt dat de lichaamsbeleving bij jongeren/volwassenen wordt bepaald door het lichaamsgevoel en niet door het lichaamsbeeld.

Dit betekent dat wat er aan het lichaam gevoeld wordt van groter belang is dan wat men objectief visueel waarneemt. Binnen de schizofrenie is dit een belangrijke visie aangezien de lichaamsbeleving verstoord is, en men dit kan herstellen door te werken aan het herkennen (voelen) van lichaamssignalen. Daarnaast is het van groot belang om gericht te zijn op deze lichaamssignalen aangezien het lichaamsgevoel voorafgaand aan een decompensatie altijd verstoord raakt. Dat is dus een duidelijk waarschuwingssignaal voor een fase van decompensatie.

De voordelen van lichaamsgerichte werkvormen zijn volgens Du Bois (1990):

- Dat de realiteitstoetsing verbeterd wordt.
- Dat stress verminderd wordt.

Doelen die hierbij horen zijn:

- Het lichaamsgevoel verbeteren.
- Het lichaamsbeeld versterken.
- Bezorgdheid over lichamelijke sensaties bespreken.
- Vergroten van het zelfvertrouwen door motorische vaardigheden.

De nadruk wordt gelegd op de combinatie lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen omdat het

verbaliseren van de ervaring een essentieel onderdeel van de behandeling is.

3. In het artikel *'lichaamsgerichte werkvormen binnen de PMT voor mensen met schizofrenie'* van Vancampfort, D., e.a. (2011), is er onderzoek gedaan naar de effecten van lichaamsgerichte werkvormen binnen de PMT voor mensen met schizofrenie. Hun visie op de gestoorde lichaamsbeleving bij schizofrene cliënten is dat deze beïnvloedt wordt door de positieve- en negatieve symptomen en het afgevlakte affect. Deze symptomen kunnen dus de oorzaak zijn van bijvoorbeeld het niet kunnen uitten van emoties, of het niet in contact zijn met hun eigen lichaam.

"In de acute fase bestaat de gestoorde lichaamsbeleving vaak uit somatische hallucinaties en wanen, zelfverwonding en stoornissen in de pijnbeleving en lichaamsperceptie."
(Vancampfort, D., e.a. 2011 p.532)

Dus tijdens de acute fase maar ook daarna is er sprake van een stoornis in de lichaamsbeleving. Bij deze cliënten is er een gebrek aan zelfvertrouwen, lichaamssignalen worden niet gevoeld of verkeerd geïnterpreteerd en de cliënt voelt zich niet goed in zijn eigen lichaam. Ook werd er aangetoond dat een gestoorde lichaamsbeleving gepaard gaat met sterke gevoelens van stress en angst.

In het artikel wordt er sterk tot matig bewijs is geleverd voor de werking van verschillende soorten lichaamsgerichte werkvormen:

- Yoga. Yoga zorgt voor een vermindering van psychiatrische symptomen, stressgevoelens en, in groepsverband, negatieve symptomen en angstgevoelens.
- Progressieve spierrelaxatie. Deze werkvorm heeft het effect van een vermindering van angst- en stress gevoelens en een toenemend welzijnsgevoel.
- Mindfulness- en massagetechnieken. Deze technieken verminderen stressgevoelens en angstklachten.
- Body awareness therapy. Binnen deze therapie werd er een verbetering in de posturale balans en het bewustzijn van lichaamssignalen, zoals spierspanning, gemeten.

Ook deze effecten sluiten goed aan bij een aantal behandeldoelen uit hoofdstuk 2, bijvoorbeeld *Leren ontspannen* en *Omgaan met stress en spanning*.

Vancampfort, D., e.a. (2011) zien dus genoeg redenen waarom een schizofrene cliënt baat kan hebben bij een behandeling met PMT waarbij er gebruik gemaakt wordt van lichaamsgerichte werkvormen. De lichaamsbeleving is bij deze cliënten duidelijk verstoord, of dit nu vanuit hallucinaties of een gestoorde lichaamsperceptie voortkomt. En aan de resultaten van eerdere onderzoeken is te zien dat er lichaamsgerichte werkvormen binnen de PMT zijn welke een positief effect hebben op de symptomen van schizofrenie. Ze besluiten het artikel dan ook met de volgende conclusie:

"Psychomotorische therapie met individueel aangepaste lichaamsgerichte doelstellingen lijkt het meest aangewezen. Aangezien schizofrenie een zeer heterogeen ziektebeeld is en het gepaard gaat met een zeer diverse somatische co-morbiditeit. Het vereist een individueel aangepast farmacologisch behandelprotocol." (Vancampfort, D., e.a. 2011 p.538).

4. Als vierde argument wil ik het boek van Knaster, M. (1996) aanhalen *'Luister naar je lichaam: handboek lichaamsgerichte therapie'*. Zij schrijft hier over de voordelen van het in contact komen met je lichaam. Die voordelen zijn volgens haar dat:
 - Er een vermindering van stressreacties optreedt.
 - Er een beter evenwicht en coördinatie ontstaat.
 - Het zintuiglijke bewustzijn wordt vergroot.
 - Het denken wordt verhelderd.
 - Het concentratievermogen wordt verbeterd.
 - Het zelfbeeld wordt verbeterd.

- De zelfacceptatie wordt vergroot.

Naast deze specifieke voordelen lijkt beweging en lichaams oefening, ofwel PMT, voor meer evenwicht, ontspanning, en een grotere psychische en mentale kracht te zorgen, waardoor het persoonlijk zelfvertrouwen vergroot wordt.

Het laatste argument dat voor PMT binnen de behandeling van schizofrenie pleit komt vanuit de GGZ behandelrichtlijnen zoals het Trimbos-instituut die beschrijft.

5. Zoals ik in hoofdstuk 2 al aangaf wordt PMT binnen de multidisciplinaire richtlijnen door Van Alphen, C, e.a. (2012) aangeraden als onderdeel van de behandeling bij schizofrenie. PMT wordt aanbevolen aangezien er bewijzen zijn gevonden voor de positieve effecten op het psychomotorisch functioneren, hier valt de non-verbale expressie en communicatie, bewegingsplanning en – organisatie, coördinatie en lichaamsbeeld onder. Ook is er verbetering te zien in de reactietijd, het globaal functioneren en de mate van gespannenheid.

Daarnaast leidt “een combinatie van bewegingsactiviteiten met yoga, meditatie, stressreductietraining en creatieve therapie, vergeleken met sociale vaardigheidstraining, tot een verbeterde fitness en stressreductie, maar niet tot verandering in zelfconcept of bloeddruk” (Van Alphen, C, e.a. 2012, p. 193)

In een studie van Rohricht (2006) werd aangetoond dat lichaamsgeoriënteerde psychologische therapie een afnemen van negatieve symptomen liet zien . Van Alpen, C., e.a. (2012, p.193-197) verwijzen ook naar een andere studie waaruit bleek dat yogatherapie (spierontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen en relaxatietechnieken) een positief effect had op de negatieve- en depressieve symptomen, het sociaal functioneren en de kwaliteit van leven.

De voorgaande argumenten bevelen PMT dus aan binnen de behandeling van schizofrenie. De nadruk wordt gelegd op het werken met een combinatie met lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen. En dat is precies hoe er binnen de PMT gewerkt wordt.

Naast deze positieve geluiden zijn er ook negatieve geluiden te horen over de PMT. Deze argumenten zijn vooral gericht op de theorieën en benaderingen die ten grondslag liggen aan het therapeutische werkmodel.

1. Zo staat er in de richtlijnen van Van Alpen, C., e.a. (2012) dat counseling/steunende psychotherapie voor mensen met schizofrenie niet aan te bevelen is voor de behandeling van symptomen. Datzelfde geldt voor psycho-analytische behandelingen. De psychoanalytische behandelingen blijken namelijk geen effect te hebben op de symptomen, ziekenhuisopname of terugval. De koppeling tussen counseling/steunende psychotherapie, psychoanalytische behandelingen en de PMT is dat het therapeutische werkmodel geïnspireerd kan zijn door de de counseling/steunende psychotherapie en de psychoanalytische benadering. Deze inspiratiebron is zelfs terug te voeren naar de klassieke psychoanalyse.

De klassieke psychoanalyse stamt af van Freud (1856-1939), waarbij de cliënt op de divan ligt en alles vertelt waar hij aan denkt en wat er in hem op komt. Volgens Freud was een stagnatie in de ontwikkeling de oorzaak voor de problemen van nu. Om achter die onverwerkte en onbewuste gevoelens te komen was het van belang om de cliënt zijn vrije associatie en dromen te laten vertellen waar betekenis aan verleend kon worden. Vrije associaties komen naar boven wanneer we ontspannen zijn en we ons weg laten dromen.

Na de klassieke psychoanalyse kwam de psychoanalytische therapie waarbij er meer interactie was tussen cliënt en therapeut.

Deze therapeutische benadering heeft zich veel ontwikkeld en blijft zich ontwikkelen doordat er steeds weer andere benaderingen en interpretaties in verwerkt worden.

De psychodynamische benadering is een overkoepelende term voor alle psychoanalytische therapieën inclusief de psychoanalyse.

De klassieke psychoanalyse is terug te zien in de psychodynamische benadering binnen ontspanningsoefeningen, betekenis verlenen en de vrije associatie. En deze werkvormen komen we ook in de PMT tegen bij bijvoorbeeld lichaamsgerichte werkvormen en de psychodynamisch geïnspireerde bewegingswerkvormen. (Weerman, A. 2006)

2. In 'Zes psychologische stromingen en één cliënt' van Weerman, A. (2006) waar bovenstaande therapieën in beschreven worden, wordt gezegd dat de klassieke psychoanalytische therapie niet geschikt wordt geacht voor patiënten die neigen naar een psychose. Dit omdat bij deze cliënten het contact met de realiteit ernstig verstoord is en omdat ze niet goed naar zichzelf kunnen kijken, aangezien ze geen duidelijk onderscheidt kunnen maken tussen wat ze voelen en wat bij de omgeving hoort.

Er is geen duidelijk afgegrensd 'ik' dat zichzelf kan verkennen. De innerlijke beleving en de werkelijkheid lopen door elkaar. Deze cliënten hebben volgens Weerman, A. (2006) juist meer baat bij een steunende therapie waarbij er meer structuur aanwezig is, de therapeut een steunende houding aanneemt voor de cliënt door angsten van de cliënt op te vangen en de therapeut een veilige omgeving weet te creëren waar de cliënt zichzelf kan leren kennen.

3. Ook Van den Bosch, R. J., e.a. (1999) stellen dat de psychotherapie in haar klassieke vorm te belastend is voor schizofrene cliënten.

"De psychotherapie in de klassieke vorm is vrijwel altijd te belastend voor patiënten die op grond van hun kwetsbaarheid makkelijk psychotisch worden. Daarbij kan persoonlijkheidsproblematiek wel een spanningsbron zijn die bijdraagt aan het terugkeren van symptomen, wanneer dat het geval is moeten er waar mogelijk, haalbare en beperkte veranderingen komen." (Van den Bosch, R. J., e.a. 1999 p. 15)

4. Emck, C. (1998) verwijst naar Eussen (1995), welke stelt dat de activerende therapie vooral in de acute fase benut kan worden. Het gaat daarbij om het herstellen van het contact met de werkelijkheid. Verbale groepstherapie raadt hij in deze fase af.

Niet praten maar doen, de reflectie en bewustwordingen die bij lichaamsgerichte werkvormen naar voren komt wordt hier als negatief gezien in de behandeling van psychotische jongeren in de acute fase.

De tegenargumenten zijn dus vooral gericht op de psychoanalytische- en psychodynamische benadering waaruit vooral het therapeutisch werkmodel door geïnspireerd kan zijn. De grootste zorg ligt rondom de acute fase en het negatieve effect van de klassieke psychoanalyse daarop waar weinig structuur aanwezig is en er met vrije associatie en dromen gewerkt wordt.

Door Van Alpen, C., e.a. (2012) wordt er verwezen naar onderzoeken waaruit blijkt dat er nagenoeg geen effecten zijn van steunende psychotherapie en psychoanalytische therapieën. Deze therapieën hebben volgens Van Alpen, C., e.a. (2012) vooral invloed op het werkmodel van de therapeut.

4. Discussie

In de voorgaande hoofdstukken heeft u alle resultaten en informatie kunnen lezen van dit onderzoek. Deze resultaten wil ik nu door middel van een kritische blik ter discussie stellen en vervolgens in de conclusie samenbrengen.

Allereerst het feit dat ik deze hoofdvraag probeer te beantwoorden door middel van een literatuuronderzoek. Mijn eerste idee was om door middel van een casestudy mijn hoofdvraag te beantwoorden, dan zou ik vanuit mijn eigen ervaringen kunnen vertellen wat de voor- en tegenargumenten waren. Hier heb ik uiteindelijk toch niet voor gekozen aangezien de kans van slagen klein was. Hier bedoel ik mee dat er op mijn stage wel plek voor was maar de in- en uitstroom van cliënten groot was en het tijdsbestek voor een goed onderzoek klein. Een literatuurstudie geeft veel informatie vanuit allerlei visies waardoor er veel kanten belicht worden. Dat zorgt voor een bredere blik, maar het maakt het ook lastiger om tot één duidelijke conclusie te komen. Daarbij is er weinig concrete informatie over dit onderwerp te vinden wat het lastig maakt om duidelijke argumenten te formuleren.

In het eerste hoofdstuk leg ik uit wat PMT is en welk onderscheid er te maken is tussen de twee werkvormen. Eerder al kwam ik tot de conclusie dat de lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen niet te scheiden zijn. De PMT werkt namelijk vanuit de ervaringsgerichte benadering waarbij de lichaams- en bewegingservaringen onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn. Dit blijkt ook uit de resultaten in hoofdstuk drie, veel argumenten laten juist die combinatie van lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen zien.

De behandeldoelen zijn allemaal theoretisch onderbouwd, maar wanneer het aankomt op de verdeling van lichaams- of bewegingsgericht aan deze doelen werken, gaat het om mijn eigen invulling hiervan. Op basis van de typering en eigenheid van de twee werkvormen en mijn eigen ervaringen binnen de PMT, schaar ik het ene behandeldoel onder de lichaamsgerichte werkvormen en het andere behandeldoel onder de bewegingsgerichte werkvormen.

De resultaten die in het artikel van Vancampfort, e.a. (2010) worden geven zijn voor een groot deel afkomstig uit kwalitatieve studies. De bewijzen die ze leveren en die ik gebruik binnen dit onderzoek zijn niet allemaal even sterk. Zo blijkt er nog onvoldoende bewijs te zijn voor de effecten van op mindfulness gebaseerde stressreductie op angst en stress, en het effect van massagetechnieken op het stressniveau. Wel is er een sterk bewijs dat het toepassen van yoga therapeutische technieken de positieve en negatieve symptomen vermindert. Zij bevelen aan het einde van hun artikel dan ook aan om meer onderzoek te doen naar de effecten van lichaamsgerichte werkvormen op de gestoorde lichaamsbeleving. (Vancampfort, e.a. 2010).

M.Knaster (1996) heeft het over verschillende voordelen van lichaamsgerichte therapie. Deze voordelen zijn naar mijn idee nuttig bij een cliënt met schizofrenie, maar tegelijkertijd vraag ik mij af of deze voordelen reëel zijn. Bezit iemand met schizofrenie de vaardigheden om op deze manier in contact met zichzelf te komen? Tijdens een psychotische episode is de kijk op zichzelf en de werkelijkheid immers totaal verstoord. Helder denken en een verbeterd zelfbeeld als resultaat van lichaamsgerichte therapie zijn dan meer dan welkom, maar door de toestand waar de cliënt zich op dat moment bevindt lijkt het mij niet mogelijk om aan lichaamsgerichte therapie deel te nemen en deze resultaten te behalen.

Wanneer de cliënt uit zijn psychotische episode is zijn er op dit gebied wellicht wel resultaten te behalen. Het wordt ook in veel behandelingen en richtlijnen genoemd dat er tijdens de acute fase weinig behandelingen effect blijken te hebben. Ook Emck, C. (1998) geeft dat aan bij haar stress management training,

“Gezien de heftigheid van de symptomatologie is het niet raadzaam om de jongeren in de acute fase van een psychose SMT aan te bieden.” (Emck, C. 1998 p.20)

Bij een aantal tegenargumenten wordt er gezegd dat psychotherapie en verbale groepstherapie gecontra-indiceerd is. (Van den Bosch, R. J., e.a. 1999 p. 15) en (Emck, C. 1998). Maar vervolgens wordt er niet goed uitgelegd waarom het dan niet goed is. In de literatuur kon ik niet duidelijk de koppeling vinden tussen bijvoorbeeld de psychotherapie en de PMT van nu. Ook binnen de richtlijnen voor de behandeling van schizofrenie van Van Alpen, C., e.a. (2012) worden behandelingen met psychoanalytische therapieën afgeraden. De argumenten die ze daar voor geven zijn gegrond maar of die argumenten ook gelden voor de PMT vraag ik mij af. Deze benaderingen blijken effect te hebben op de therapeutische werkvormen maar dat zegt niet meteen dat het ook duidelijk te zien is binnen de behandelingen, er zijn namelijk nog vele andere benaderingen die ook een rol kunnen spelen binnen het therapeutische werkmodel.

Binnen de PMT is er nog maar weinig zien van de klassieke psychoanalyse van Freud, S. (1856-1939). Er is niet direct sprake van het werken met vrije associatie en fantasie. Alleen bij psychodynamisch geïnspireerde bewegingstherapie kan dit aan bod komen. Binnen de PMT wordt er vaak juist heel gestructureerd gewerkt. Bij Jacobsen bijvoorbeeld wordt er aan de hand van duidelijke richtlijnen en structuur voor gezorgd dat de cliënt juist niet afdwaalt met zijn gedachten maar gericht blijft op de oefening en zijn lichaam. De vrije associatie zoals dat bij psychoanalytische therapieën aan bod komt is niet terug te zien in ontspanningsoefeningen of yoga gerelateerde oefeningen binnen de behandeling van schizofrenie.

En tot slot worden er door Probst, M. & Bosscher, R. J. (2001), verschillende visies op de lichaamsbeleving bij schizofrene cliënten weergegeven. Binnen deze visie zijn ze op zoek naar verklaringen voor lichaamssignalen, waarbij niet gekeken wordt naar de betekenis die het kan leveren. Er wordt niet gekeken naar de functie en het belang van lichaamssignalen, de lichaamssignalen worden geschaard onder lichaamshallucinaties en somatische wanen. Er wordt hier niet gesproken over de functie van lichaamssignalen zoals het aankondigen van een decompensatie.

Met deze kritische blik in het achterhoofd heb ik alle voorgaande resultaten samen gebracht in de conclusie en ik geef daarmee een antwoord op de hoofdvraag.

5. Conclusie

5.1 PMT met een schizofrene cliënt, waarom wel, waarom niet?

Door alle resultaten samen te voegen wil ik in deze conclusie het antwoord geven op de vraag wat de voor- en tegenargumenten zijn voor PMT binnen de behandeling van schizofrenie.

De argumenten voor PMT in de behandeling van schizofrene cliënten.

In de onderzochte literatuur zijn veel argumenten te vinden waarbij PMT aanbevolen wordt in de behandeling van schizofrenie. Deze argumenten zijn voor een groot deel gebaseerd op eerder gedaan onderzoek. Uit deze onderzoeken bleken de verschillende lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen een positief effect te hebben op de symptomen van schizofrenie.

Dit is te zien in het effect op de stress- en angst reductie bij schizofrene cliënten. (Vancampfort, e.a. 2010), het realiteitsbesef dat vergroot wordt en door het leren herkennen van lichaamssignalen waardoor er snel en adequaat gereageerd kan worden op een decompensatie (Emck,C. 1997 (Du Bois1990)). Meer positieve effecten zijn dat er een verbetering van het zelfbeeld optreedt, lichaamssignalen bewust worden waargenomen en de cliënt leert om bewust adequaat om te gaan met stressvolle situaties.

Door gebruik te maken van beide werkvormen binnen de PMT leren de cliënten om de ervaringen die ze opdoen te verbaliseren. (Emck,C. 1997 (Du Bois1990)). PMT wordt als belangrijk gezien doordat de stoornis schizofrenie een grote impact op het lichaam heeft. De symptomen en de bijwerkingen van de medicatie hebben effect op het motorische aspect.

De argumenten tegen PMT in de behandeling van schizofrene cliënten.

De tegenargumenten die er gegeven worden hebben vooral te maken met het risico dat PMT met zich mee kan brengen en welke benaderingen ten grondslag liggen aan het therapeutische werkmodel.

De invloed vanuit de psychoanalyse en psychodynamische benadering zou bestaan uit de vrije associatie en dromen. Dit biedt niet genoeg structuur voor de cliënt omdat het meegaat in zijn onrealistische kijk op de wereld om zich heen.

Nog een duidelijk tegenargument is dat je als therapeut niet in elke fase van de stoornis PMT aan kan bieden. Zo beschrijft C. Emck (1998 p.20) dat het niet raadzaam is om met jongeren in de acute fase SMT aan te bieden, gezien de heftige symptomatologie.

Ook Probst, M. En Bosscher, R. J. (2001) zijn het daar mee eens, zij zeggen dat het lichaam tijdens een psychose niet meer in staat is tot het aangaan van relaties met anderen, en het zijn eigen grenzen niet meer kent. Tijdens de acute fase wordt lichaamsgerichte therapie dus afgeraden, net als vele andere soorten therapie. Alleen cognitieve gedragstherapie is volgens Van Alpen, C., e.a. (2012), in alle fases inzetbaar.

Concluderend, heeft de PMT dus zijn voor- en nadelen. Het effect blijkt positief te zijn zo lang er maar goed gekeken wordt naar de behandeldoelen, en de persoonlijke aansluiting hierop. In het geval van de acute fase, wordt PMT over het algemeen afgeraden. De therapeut besluit uiteindelijk samen met het eventuele multidisciplinaire team en met de cliënt wat de behandeldoelen zijn. De werkwijze om deze behandeldoelen te halen is afhankelijk van het therapeutische werkmodel en van de draagkracht van de cliënt.

Als ik kijk naar alle argumenten en effecten die er gegeven zijn kan ik tot de conclusie komen dat PMT een vaste plek binnen de behandeling van schizofrenie dient te krijgen.

Aanbeveling

PMT binnen de behandeling van schizofrenie vind ik geschikt. Er wordt gewerkt vanuit de ervaringsgerichte benadering waarbij bewegings- en lichaamservaringen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

Aan de hand van de literatuur ga ik mee in de aanbeveling dat er in de PMT ook van beide werkvormen gebruiken gemaakt moet worden aangezien de cliënten hierdoor de mogelijkheid krijgen om hun ervaringen te verbaliseren.

PMT is niet geschikt in de acute fase van de stoornis schizofrenie. De cliënt is dan niet in staat om deel te nemen aan ervaringsgerichte therapie. Zijn beeld van de werkelijkheid is op dat moment namelijk ernstig verstoord.

Het belang van PMT binnen de behandeling van schizofrenie is groot aangezien het lichaamsbeeld verstoord is. Door PMT kan het contact tussen lichaam en geest hersteld worden en kan er gewerkt worden aan een verbetering in het lichaamsbeeld van de cliënt.

Als therapeut dient men altijd op de hoogte te zijn van de persoonlijke situatie en leerdoelen van de cliënt. Door rekening te houden met de aanwezige of afwezige symptomen en de eventuele bijwerkingen van medicatie gebruik kan de behandeling zo optimaal mogelijk aangeboden worden.

Het doel van mijn onderzoek was om binnen de bestaande literatuur en onderzoeken, te kijken naar de voor- en tegenargumenten PMT binnen de doelgroep schizofrenie.

Dit doel is bereikt en ik hoop dat het duidelijk is geworden wat die voor- en tegenargumenten zijn. Mijn visie op de PMT binnen de behandeling van schizofrenie is bijgesteld en ik weet nu ook waar deze visie op gebaseerd is.

Ik hoop dat u door het lezen van dit onderzoek meer inzicht heeft gekregen op de positie van PMT binnen de behandeling van schizofrenie en dat uw visie hierover positief beïnvloed is. Ik hoop dat wanneer de PMT nog niet standaard is opgenomen binnen de behandeling van schizofrene cliënten, dit verandert en u overtuigd bent van het positieve effect van PMT bij schizofrene cliënten.

- Bittler, B. C. (1999) *Op rek gebaseerde ontspanningstherapie bij psychiatrische patiënten. Een zinvol alternatief voor het Jacobson protocol?* Amsterdam: Doctoraalscriptie faculteit der bewegingswetenschappen, richting bewegingsagogiek.
- Burgwal, T. (2001, maart). *De "State of art" van psychomotorische therapie bij ernstig depressieve mensen.* Verkregen op 23 april, 2012 via www.pmtinfosite.nl/gast-aut/01031bur.php
- Colla, P. (1994) *Psychomotorische therapie in beweging. Actuele themata uit de psychomotorische therapie.* Leuven/Amersfoort: Acco
- Dingemans, P. M. A. J., Kahn, R. S., Slooff, C. J., Van den Bosch, R. J., Kluiters, H., Wiersma, D. & Van Borssum Waalkes, J. B. (1997) *Schizofrenie.* Leiden: Drukkerij Groen BV.
- Emck, C. (1998) *Stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen.* Leuven/Amersfoort: Acco
- Everts, E.G., Fabius, M., Gouwerok, A. & Mijnster, C. (2000) *psychotische stoornissen.* Arnhem : NVPMT.
- Havenaar, J. M. (2005) *Waarom een diagnose schizofrenie?* [Electronische versie] Tijdschrift voor psychiatrie, 47 (3), 149-155. Verkregen op 30 april 2012 (verkregen op 30 april)
- Nevid, J. S., Rathus, S. P. & Green, B. *Psychiatrie een inleiding.* (2008) Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Hekking, P. & Fellingner, P. (2011) *Psychomotorische therapie: een inleiding.* Amsterdam: Boom.
- Kabel, M. (2003) *Psychosen en schizofrenie. Theorie en behandeling.* Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Knaster, M. (1996) *Luister naar je lichaam : handboek lichaamsgerichte therapie.* Haarlem: Altamira-Becht.
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) *Lichaamsgericht Werkend Psycholoog.* (2011). Verkregen op 23 april, 2012, van <http://www.psynip.nl/website/registratie-en-accreditatie/nip-registratieregelingen/lichaamsgericht-werkend/lichaamsgericht-werkend-psycholoog-nip>
- Mulder, T. (2001) *De geboren aanpasser. Over beweging, bewustzijn en gedrag.* Amsterdam/antwerpen: Contact
- Probst, M. & Bosscher, R.J. (2001) *Ontwikkeling in de psychomotorische therapie.* Zeist, Cure and Care publishers
- Scheffers, M., Rekkers, M. & Bosscher, R. (2006) *Hoe Meet Ik Lichaamsbeleving? Aanbeveling voor Psychomotorische Therapeuten.* Tijdschrift voor vaktherapie. 2006 (4) p. 21-30.
- Simons, J. (2009) *Introductie in de psychomotoriek.* Antwerpen/Apeldoorn: Garant
- Van Alphen C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Castelein, S., Dekker, F.L., van Duin, D., van Ewijk, W.M., van der Gaag, M., Van Gool, R. , de Haas, C. Henquet, M.L.M. Hermens, T. Ketelaars, H. Kneegting, M.J. Krans, M. Lanssen, R. Lochy, O., Loonen, P A.J.M., Meesters, D., van Meijel, B.K.G., Miltenburg, G., Oud, M.J.T., de Pater, C.F., Peterse, A., van der Plas, J., Rammers, D., Rentenaar, I.M.F., van Santen, G.W., Scheewe, T.W., Selten, J.P., Slooff, C.J.A.J., Stoop, C., Vlamincx, P., Vollaard, H., Van Weeghel, J., Van Wel, T. (10-04-2012) *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (MDR).* [Elektronische versie] Utrecht, De Tijdstroom. Verkregen op 15 mei 2012 via <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/Multidisciplinaire%20richtlijn%20Schizofrenie%202012.pdf>
- Vancampfort, D., M. Probst, J. Knapen, H. Demunter, J. Peuskens, M. de Hert. (2011) *Lichaamsgerichte werkvormen binnen de psychomotorische therapie voor mensen met schizofrenie: een literatuur onderzoek.* [Elektronische versie] Tijdschrift voor psychiatrie, 53 (8), 531-541.
- Vancampfort, D., J. Knapen, M. Probst, R. van Winkel, J. Peuskens, K. Maurissen, H. Demunter, M. (2010) *De therapeutische waarde van bewegen voor mensen met schizofrenie.* Tijdschrift voor psychiatrie, 52 (8), 565-574.
- Van Dasler, J. (1994) *Bewogen door beweging. Bewegingsagogie en bewegingstherapie in de psychogeriatric.* Nijkerk: Intro.
- Van den Bosch, R. J., Louwerens, J. W., & Slooff, C. J. (1999) *Behandelstrategieën bij schizofrenie.* Houten/Diegem: Cure & Care development.

- Van Hattum, M. & Hutschemaekers, G. (2000) *In beweging*. Utrecht: Trimbos instituut. (Emck, C. Hf 4)
- Wampers, M., De Hert, M. & Peuskens, J. (2002) *De (on)verdraaglijke lichtheid van preventie van schizofrene psychose*. Mechelen: Kluwer.
- Weerman, A. (2006) *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest: Nelissen.
- Wunderink, L. (2011). *Doorgaan met schizofrenie en andere psychoses*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos uitgevers.

Bijlage 1:

Wunderink, L (2011) heeft de symptomen van schizofrenie in 5 dimensies onderverdeeld:

1) Positieve symptomen

Positieve symptomen voegen als het ware iets toe aan het gedrag. Het zijn de opvallende symptomen van schizofrenie.

a) Hallucinaties

- Auditief, visueel, dissociatief, olfactorisch, tactiel en haptisch.

b) Wanen

- Bizarre wanen

- Beïnvloedings- en controlewanen, identiteitswaan, geslachtsveranderingswaan, dysmorfobische waan en niet te typeren bizarre wanen.

- Niet-bizarre wanen

- Betrekkingswaan, paranoïde waan, zwangerschapswaan, erotomane waan, hypochondere waan, dubbelganerswaan, persoonsmiskenningswaan, Grootheidswaan, schuldwaan en een nihilistische waan.

c) Waanwaarnemingen en waanstemming

2) Negatieve symptomen

Negatieve symptomen zijn terug te zien in het verminderde of afwezig zijnde normale functioneren. De negatieve symptomen komen meestal meer naar de voorgrond wanneer de psychotische fase voorbij is.

a) Vervlakking van emoties, van het affect.

b) Gebrek aan spontane bewegingen.

c) Gebrek aan geestdrift.

d) Gebrek aan interesse.

e) Inactiviteit

3) Desorganisatie symptomen

Desorganisatie symptomen kunnen voor, tijdens en na een psychotische episoden aanwezig zijn.

a) Onsamenhangende spraak en formele denkstoornissen.

b) Chaotisch gedrag.

c) Inadequaat affect of ongepaste emoties.

4) Manische symptomen

Manische symptomen kunnen aanwezig zijn tijdens een psychotische episoden maar ook daarbuiten. Wanneer deze symptomen uitzonderlijk veel aanwezig zijn moet er gedacht worden aan een bipolaire stoornis of schizo-affectieve stoornis.

5) Depressieve symptomen

Depressieve symptomen zorgen voor de remming en vertraging van het denken en handelen. Ook wordt de stemming erdoor beïnvloedt. Deze symptomen lijken veel op de negatieve symptomen en zijn

dan ook moeilijk te onderscheiden.

Daarnaast zijn er nog andere symptomen die tijdens het beloop van de stoornis of soms al daarvoor zich voordoen welke veroorzaakt worden door andere psychiatrische stoornissen. Veel voorkomende psychiatrische stoornissen die tijdens schizofrenie voorkomen zijn angststoornissen waaronder paniekstoornissen, sociale fobie en claustrofobie. Dwangstoornissen, eetstoornissen, seksuele stoornissen en verslavingsstoornissen. (Wunderink, L. 2011, p.36-60)