

# Onderscheid door oefenvormen?

## Praktijkonderzoek naar psychomotorische observatiemethodiek voor schizofrenie

Er wordt een psychotische cliënt binnengebracht op de crisisafdeling. Welke DSM-IV diagnose kan er worden gesteld? De observatieperiode wordt multidisciplinair ingezet. Wat kan de psychomotorische therapie betekenen? Kan er met behulp van een psychomotorisch gestandaardiseerde observatiemethodiek onderscheid worden gemaakt tussen cliënten met psychosen en cliënten met schizofrenie?

### In dit artikel ...

- ... een praktijkonderzoek naar een psychomotorische observatiemethodiek;
- ... drie categorieën die van belang kunnen zijn om een psychose en schizofrenie te onderscheiden;
- ... het belang van de verhouding tussen kwetsbaarheid en sterkte.

### Inleiding

Het onderwerp van dit artikel is een praktijkonderzoek naar een psychomotorische observatiemethodiek om schizofrenie te kunnen herkennen. Dit praktijkonderzoek is uitgevoerd in het kader van een afstudeeropdracht binnen de opleiding Bewegingsagogie en psychomotorische therapie (Hogeschool Windesheim, Zwolle). De afstudeerscriptie was genomineerd voor de Klaas van Roozendaalprijs 2009. Aanleiding tot het schrijven van dit artikel is de grote vraag uit de praktijk naar dit onderwerp.

Het praktijkonderzoek heeft gedurende een half jaar plaatsgevonden bij GGZ Oost Brabant te Helmond. Het werd uitgevoerd in de zaal voor psychomotorische therapie met cliënten van de klinisch intensieve volwassenenafdeling. Veelal zijn de cliënten psychotisch en één van de vragen was of deze psychotische cliënten schizofrenie zouden kunnen ontwikkelen.

Het (vervolg)behandeltraject dat wordt ingezet is afhankelijk van de DSM-IV-diagnose. De vraag van de klinisch intensieve afdeling is de cliënten te observeren een bijdrage te leveren aan het stellen van een DSM-IV-diagnose. Voor de psychomotorische bijdrage wordt een observatiemethodiek gebruikt die voornamelijk de draagkracht van de

cliënt in kaart brengt. Via gestandaardiseerde oefenvormen worden de prestaties van de cliënten gemeten. De draagkracht wordt zichtbaar door de scores op de aspecten van de oefenvormen.

### Theoretisch kader

De visie op bewegen achter de oefenvormen is het relationele mensbeeld (Tamboer, 2004). Kort gezegd betekent dit dat een persoon zijn gedrag, persoonlijkheid en de invloed van de context laat zien in zijn bewegen. Daarnaast zorgt het kwetsbaarheidsmodel (Verhulst & Verheij, 2000; Slooff et al., 1994) voor het theoretische kader. Dit model beschrijft de oorzaken van schizofrenie door een combinatie van genetische en biologische factoren samen met psychologische en sociale elementen. Volgens het model ontwikkelt een psychose zich door overbelasting van een kwetsbaar gebied. Er is sprake van een verlaagde draagkracht en de draaglast is groter dan de draagkracht. De hierdoor ontstane symptomen van een psychose laten zich classificierend beschrijven door de DSM-IV. De oefenvormen leveren een bijdrage aan een diagnose in termen van de DSM-IV.

### Oefenvormen

De oefenvormen zijn ontwikkeld binnen GZZ Oost Brabant, locatie 't Warant te Helmond en bestonden al voor aanvang van het praktijkonderzoek. De oefenvormen zijn gekozen op basis van de doelgroep en de observatievragen uit het multidisciplinair team. De observatiemethodiek bestaat uit:

- een handleiding met de oefenvormen (inclusief de scoreomschrijving 'zeer matig');
- acht oefenvormen, gericht op respectievelijk kracht, evenwicht, lijnhantering, oog-handcoördinatie, dubbeltaken, speltactiek, concentratie en één vrije keus;
- een scorelijst per oefenvorm en een algemene scorelijst (beiden voor verwerking van de aspecten).

Gezien de beperkte draagkracht van de cliënten is er op geteld dat de oefenvormen over het algemeen weinig belastend zijn. Bovendien is het belangrijk om de cliënten positief te bekrachtigen en plezier te creëren, zodat de cliënten de zaal in willen komen.

### Categorieën aspecten

Van alle oefenvormen zijn de aspecten in drie categorieën gerangschikt, namelijk cognitieve beperkingen, negatieve symptomen en beperkingen in de lichaamsoriëntatie. De indeling is zo bepaald om de grote diversiteit van symptomen passend bij schizofrenie zo duidelijk mogelijk te rangschikken. Deze drie groepen aspecten leveren de theoretische onderbouwing van het praktijkonderzoek.

#### • *Cognitieve beperkingen*

Volgens diverse onderzoeken lijdt tenminste de helft van de mensen met schizofrenie in min of meer ernstige mate aan cognitieve functiestoornissen (Slooff et al., 1994). Cognitieve functies vormen de basis voor al het menselijk handelen; het is een belangrijk onderdeel van de draagkracht. De uiting van een cognitieve functiestoornis is daarmee een uiting van kwetsbaarheid, wat een verlaging van draagkracht met zich meebrengt. Mensen met schizofrenie hebben bijvoorbeeld beperkingen in het toepassen van geautomatiseerde bewegingen, zoals bij het uitvoeren van dubbeltaken (Slooff et al., 1994). Ze kunnen niet gelijktijdig een zakje werpen en een som uitrekenen. Binnen dit praktijkonderzoek worden de gegevens van de volgende cognitieve functies uiteengezet: dubbeltaken, aandachts-spanne, inschatten van eigen kunnen en het op basis daarvan bijstellen van de inschatting van eigen kunnen.

#### • *Negatieve symptomen*

Negatieve symptomen domineren vaak het klinisch beeld wanneer de psychose geweken is en bepalen in belangrijke mate de diagnose (Brandt-Dominicus et al., 2005). Negatieve symptomen nemen volgens de DSM-IV-omschrijving een belangrijke plaats in bij de gestelde diagnose schizofrenie. In de praktijk zijn negatieve symptomen, bijvoorbeeld onsamenhangende spraak, goed te herkennen bij een cliënt. Dit is merkbaar als cliënten in een verhaal van de hak op de tak springen en onnavolgbare verbanden leggen (Vandereyken et al., 2004). Binnen dit praktijkonderzoek zijn de volgende aspecten binnen de categorie negatieve symptomen verwerkt: vervlakking affect, onsamenhangende spraak en beperking van ziekte-inzicht.

#### • *Beperkingen in de lichaamsoriëntatie*

Uit analyse van informatieverwerkingstheorieën, neurofysiologische en neuropsychologische theorieën (Slooff et al., 1994) komt naar voren dat mensen met schizofrenie beperkt zijn in het bewust beleven van het lichaam. Het organiseren van bewegingsgedrag wordt hierdoor bemoeilijkt. Mensen met schizofrenie zijn zich bijvoorbeeld niet bewust van hun energieverdeling. Ze geven bijvoorbeeld alle energie en kracht tegelijkertijd. In dit praktijkonderzoek geven de aspecten energieverdeling en grenzen aangeven een indicatie weer van de beperkingen in de lichaamsoriëntatie van mensen met schizofrenie.

### Vraagstelling en hypothese

Het betreffende praktijkonderzoek bestudeert of door middel van gestandaardiseerde oefenvormen onderscheid kan worden gemaakt tussen psychotische en schizofrene cliënten. Met de volgende vraagstelling wordt gekeken wat het praktijkonderzoek oplevert:

Door welke verschillen tussen de prestaties op gestandaardiseerde oefenvormen uit de psychomotorische therapie en op aspecten daarvan, onderscheiden cliënten met psychosen zich van cliënten met schizofrenie? Het betreft de volgende categorieën: cognitieve aspecten, aspecten met betrekking tot negatieve symptomen en aspecten met betrekking tot lichaamsoriëntatie.

De gestandaardiseerde oefenvormen meten de draagkracht en laten zien wat de kwetsbaarheden zijn van een cliënt. De meetwaarden zijn de scores op de aspecten van de oefenvormen. Er vanuit gaande dat een cliënt met een kortdurende psychose meer draagkracht heeft; omdat deze uiteindelijk reïntegreert in de maatschappij zal deze daardoor hoger scoren dan een cliënt met schizofrenie. De hypothese binnen dit praktijkonderzoek luidt daarom: de scores op de aspecten bij de cliënten met schizofrenie zullen lager zijn dan de scores op de aspecten bij de cliënten met een psychose.

## Methode

### Meetinstrument

De aspecten van de oefenvormen zijn uiteengezet in een scorelijst. Hoe de cliënt bij de oefenvorm scoort, wordt verwerkt in deze lijst. Voor elke oefenvorm is er een aparte scorelijst. Hierop kan van 'zeer matig' tot aan 'zeer bovengemiddeld' worden gescoord. Het vergelijkingsmateriaal hierbij is wat een gezond persoon zou presteren. Bij dit praktijkonderzoek zijn de scores per cliënt en per categorie opgeteld. Een score van 'zeer matig' heeft de waarde -2 gekregen en een score van 'zeer bovengemiddeld' de waarde +2.

### Procedure

De procedure die de handleiding van de observatiemethodiek voorschrijft is gehanteerd binnen dit praktijkonderzoek. Dit houdt in dat:

- de cliënten tweemaal 45 minuten in de zaal van psychomotorische therapie zijn geweest met minimaal een week ertussen;
- de oefenvormen verdeeld worden aangeboden om een totaalbeeld te creëren in deze twee zaalmomenten,

waarbij na elke sessie in de scorelijst de observaties worden verwerkt;

- de scorelijst de basis vormt van het verslag dat de psychomotorische bijdrage levert binnen de multidisciplinaire intake evaluatie. Tijdens de evaluatie wordt door de psychiater, met aanvullende informatie van zijn team, de DSM-IV-diagnose bepaald.

Binnen dit praktijkonderzoek zijn wel de scorelijsten en de later gestelde DSM-IV-diagnose gebruikt om de gegevens te verwerken. Verder was het ziektebeeld van alle cliënten gedurende het aanbieden en scoren van de oefenvormen ter observatie niet bekend bij de therapeut.

### Onderzoeksgroep

Er hebben in totaal tien cliënten deelgenomen aan het praktijkonderzoek. Het merendeel van de cliënten verbleef op het moment van deelname aan het praktijkonderzoek op de klinisch intensieve volwassenenafdeling. Een aantal cliënten verbleef op de klinische vervolg-volwassenenafdeling. Deze laatste groep kon ook meedoen, omdat er anders niet voldoende cliënten aan het onderzoek zouden deelnemen. Deze cliënten hadden wel een recent opnameverleden op de klinisch intensieve volwassenenafdeling. Het gehele praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden binnen GGZ Oost Brabant te Helmond.

In tabel 1 staat een diagnostische beschrijving van de deelnemende cliënten Q t/m Y op As I van de DSM-IV. Het belangrijkste verschil tussen de twee groepen is de duur van de stoornis. De duur neemt een belangrijke plaats in bij het stellen van een diagnose. Schizofrenie en een schizoaffectieve stoornis hebben over het algemeen een langduriger ziektebeeld dan een kortdurende psychotische stoornis en een psychotische stoornis door een middel.

Opvallend is te noemen dat zowel cliënt X als cliënt Y zwakbegaafd zijn. In de specifieke resultaten is dit ook apart weergegeven.

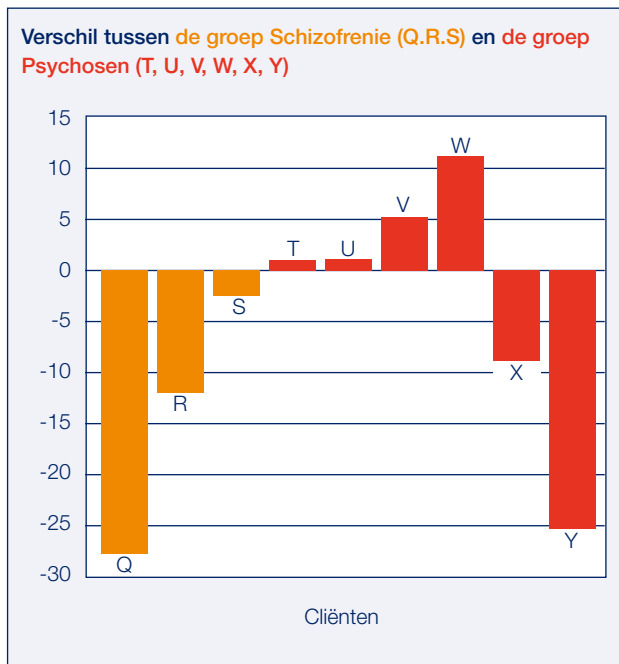
## Resultaten

### Algemeen

In afbeelding 1 is de totaalscore van de deelnemende cliënten aan het praktijkonderzoek te zien. Elke oefenvorm heeft

Groep Schizofrenie n=3	Groep Psychosen n=6
Q: Schizofrenie R: Schizofrenie S: Schizoaffectieve stoornis	T: Kortdurende psychotische stoornis U: Psychotische stoornis door een middel V: Psychotische stoornis door een middel W: Psychotische stoornis door een middel X: Psychotische stoornis door een middel, zwakbegaafd Y: Kortdurende psychotische stoornis, zwakbegaafd

**Tabel 1:** Diagnostische beschrijving van de deelnemende cliënten.



**Afbeelding 1:** Staafdiagram met totaalscores van de individuele cliënten.

aspecten aangeleverd in deze totaalscore. In afbeelding 1 is zichtbaar dat de drie cliënten van de groep Schizofrenie allemaal een negatieve score hebben. De cliënten van de groep Psychosen scoren overwegend positief, behalve de cliënten X en Y.

### Specifiek

De resultaten zijn samengevat in tabel 2.

- *Cognitieve beperkingen*

In tabel 2 is zichtbaar dat de groep Schizofrenie bij de cognitieve beperkingen op elk aspect negatief scoort. De groep Psychosen scoort op de ene helft van de aspecten negatief en op de andere helft positief. Een overeenkomst tussen de doelgroepen is de lage score op dubbeltaken. De groep cliënten met een psychose zonder zwakbegaafdheid heeft de hoogste scores.

Categorie	Aspect	Groep Schizofrenie (n=3)	Groep Psychosen (n=6)	Psychose zonder zwakbegaafdheid* n=4	Psychose met zwakbegaafdheid* (n=2)
Cognitief	Dubbeltaken	-1,7	-1,5	-1,3	-2,0
	Aandachtsspanne	-0,3	-0,8	-0,5	-1,5
	Inschatten eigen kunnen	-1,0	0,8	1,3	0,0
	Bijstellen inschatting eigen kunnen	-1,0	0,8	1,5	-0,5
Negatief	Vervlakking affect	-1,0	-0,5	-0,3	-1,0
	Onsamenhangende spraak	-1,3	-1,0	-0,8	-1,5
	Beperking ziekte-inzicht	-1,7	-0,7	-0,5	-1,0
Lichaamsoriëntatie	Energie verdeling	-1,0	0,0	0,5	-1,0
	Grenzen aangeven	-1,7	-1,0	-1,0	-1,0

\* Verdeling van de groep Psychose (n=6) in een groep niet-zwakbegaafde cliënten en een groep wel zwakbegaafde cliënten.

**Tabel 2:** Specifieke resultaten met gemiddelde waarden per aspect en per groep.

- *Negatieve symptomen*

In deze categorie is alleen negatief gescoord, wat betekent dat bij zowel schizofrenie als bij een psychose negatieve symptomen aanwezig zijn. Bij de groep Schizofrenie wordt lager gescoord dan bij de groep psychotici. Dit verschil is groter als er onderscheid wordt gemaakt in de mate van zwakbegaafdheid.

- *Beperkingen in de lichaamsoriëntatie*

Ook bij de resultaten met betrekking tot de lichaamsoriëntatie blijkt dat de groep Schizofrenie negatief scoort op elk aspect. De groep Psychosen scoort op het ene aspect negatief en op het andere aspect positief. Daarnaast geeft de splitsing met zwakbegaafdheid een extra onderscheid aan, namelijk dat deze cliënten op beide aspecten negatieve scores. Binnen deze categorie is een overeenkomstige negatieve score op het aspect grenzen aangeven tussen de doelgroepen.

### Conclusie

Met behulp van de resultaten kan een antwoord worden gegeven op de vraagstelling: Door welke verschillen tussen de prestaties op gestandaardiseerde oefenvormen uit de psychomotorische therapie, en op aspecten daarvan, onderscheiden cliënten met psychosen zich van cliënten met schizofrenie? De resultaten zijn van een kleine onderzoekspopulatie en ze zijn niet getoetst op significantie. Hierdoor geven de onderzoeksresultaten slechts een indicatie. Wel zijn uit de resultaten voorlopige conclusies te trekken.

Een voorlopige conclusie kan getrokken worden uit de totaalscore. Hier onderscheiden de cliënten met een psychose zich van de cliënten met schizofrenie door een hogere totaalscore, zoals gesteld in de hypothese. Deze gegevens bevestigen de gedachte van de hypothese en daarmee de gedachte dat de oefenvormen onderscheid kunnen aangeven tussen cliënten met een psychose en cliënten met schizofrenie.

Uit de specifieke resultaten zijn diverse voorlopige conclusies te trekken. De uiteenzetting van de specifieke scores laat zien dat de groep Schizofrenie overwegend negatief scoort, zoals de totaalscore ook weergeeft. Deze specifieke uiteenzetting geeft een tweede bevestiging van de gestelde hypothes, namelijk dat de scores op de aspecten bij de cliënten met schizofrenie lager zijn dan de scores op de aspecten bij de cliënten met een psychose. Verder laten de specifieke resultaten zien wat de kwetsbare gebieden zijn van de cliënten die hebben deelgenomen aan het praktijkonderzoek. Daarnaast laten deze resultaten zien wat de krachten zijn van de cliënten. Dit geeft aan dat de oefenvormen ook te gebruiken zijn om zichtbaar te maken waar iemand sterk in is.

Vervolgens zijn er een aantal opmerkelijke zeer voorlopige conclusies te trekken naar aanleiding van dit praktijkonderzoek. Dit betreft de overeenkomsten tussen de doelgroepen, zoals de aspecten dubbeltaken en grenzen aangeven. Uit de resultaten is af te lezen dat zowel de groep Schizofrenie als de groep Psychosen niet in staat is op de aspecten dubbeltaken en grenzen aangeven positief te scoren. Een hieruit voortvloeiende voorlopige conclusie is dat zowel cliënten met een psychose als cliënten met schizofrenie niet in staat zijn dubbeltaken uit te voeren en grenzen aan te geven. Ook is een opmerkelijke overeenkomst tussen de totaalscores te zien van de groep Schizofrenie en de groep cliënten met een psychose met zwakbegaafdheid. Beide groepen scoren namelijk negatief. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat beide groepen een zeer lage draagkracht hebben. De verschillen tussen cliënten met schizofrenie en cliënten met zwakbegaafdheid en een psychose zijn hierdoor moeilijk waar te nemen door middel van deze oefenvormen.

### Discussie en aanbevelingen

Binnen de haalbaarheid van dit praktijkonderzoek is alles zo betrouwbaar mogelijk uitgevoerd. Om de conclusies betrouwbaarder te maken, is meer onderzoek nodig. Hiervoor is het nodig het aantal geobserveerde cliënten te vergroten en het onderzoek door meerdere therapeuten te laten uitvoeren. In een eventueel vervolgonderzoek kan dit praktijkonderzoek gezien worden als vooronderzoek.

Uit dit praktijkonderzoek blijkt dat psychotische cliënten ten opzichte van schizofrene cliënten positievere scores; meer draagkracht hebben. Bij het beantwoorden van de vraag of er schizofrenie wordt ontwikkeld, kan deze observatiemethodiek een hulpmiddel zijn, omdat deze een indicatie geeft van de verhouding tussen kwetsbaarheid en sterkte. Als een psychotische cliënt bijvoorbeeld weinig sterke gebieden blijkt te hebben, is de kans groter dat er schizofrenie wordt ontwikkeld. Bovendien is het aan te bevelen de verhou-

ding tussen kwetsbaarheid en sterkte te gebruiken binnen vaktherapeutische doelen. Dit kan bijvoorbeeld door een cliënt met een psychotisch verleden bij psychomotorische therapie te leren zijn sterke kanten in te zetten. Dat kan een nieuwe psychose voorkomen en de kans op het ontwikkelen van schizofrenie verkleinen.

### Tot slot

Met dank aan Cor Niks (docent aan de opleiding Bewegingsagogie en psychomotorische therapie, Hogeschool Windesheim, Zwolle) en Iriah van Wijk (psychomotorisch therapeut bij GGZ Oost Brabant te Helmond) voor het opbouwende commentaar bij de totstandkoming van dit artikel.

### Literatuur

- Brandt-Dominicus, J.C. & V. van der Velde (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Trimbos-instituut.
- Slooff, C.J., M.T. Appelo, I.M. Berkenbosch & J.W. Louwerens (1994). *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie*. Uitgave Projectenprogramma Woonrevalidatie Psychiatrisch Centrum Licht en Kracht (Schizophrenia Rehabilitation Research). Assen: Van Gorcum.
- Tamboer, J.W.I. (2004). *Filosofie van bewegingswetenschappen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Vandereyken, W. & R. van Deth (2004). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhulst, F.C. & F. Verheij (2000). *Adolescentenpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum

### Over de auteur

Hanneke van der Heijden heeft haar opleiding Bewegingsagogie en psychomotorische therapie in 2008 op Hogeschool Windesheim te Zwolle afgerond met een eindstage binnen GGZ Oost Brabant 't Warant te Helmond. Op dit moment is ze werkzaam als psychomotorisch therapeut bij GGZ Oost Brabant te Veghel binnen de specialistische zorg voor eetstoornissen en bij het St. Anna ziekenhuis te Geldrop binnen de PAAZ en poliklinische zorg.

### Samenvatting

Dit artikel beschrijft een praktijkonderzoek over een observatiemethodiek met als basis gestandaardiseerde oefenvormen. Deze methodiek wordt toegepast bij de cliënten van de klinisch intensieve volwassenenafdeling door de afdeling psychomotorische therapie van GGZ Oost Brabant te Helmond. Binnen dit praktijkonderzoek wordt bestudeerd of met deze observatiemethodiek onderscheid kan worden gemaakt tussen cliënten met een psychose en cliënten met schizofrenie. Uit de resultaten van dit praktijkonderzoek kan de voorlopige conclusie worden getrokken dat er door middel van de oefenvormen onderscheid is aan te duiden tussen cliënten met een psychose en cliënten met schizofrenie. Op basis van deze gegevens kan gezegd worden dat deze psychomotorische observatiemethodiek een hulpmiddel kan zijn om de vraag of er schizofrenie wordt ontwikkeld mede te beantwoorden. ■