



Komen vanuit een diagnose tot behandeling

Eindopdracht 4^{de} jaars BPT opleiding Windesheim Zwolle.

Gemaakt door : T de Boer

Studentnummer : S321107

Inhoudsopgave eindopdracht

Inleiding pag. 1,2

Hoofdstuk 1 pag. 3 t/m 4

- | | | |
|------------|--|-----------------|
| 1.1 | Centrale vraagstelling | pag. 3 |
| 1.2 | Onderzoek naar diagnostische modellen die gebruikt worden | pag. 3,4 |
| 1.3 | Referentiekaders voor diagnostiek binnen de polikliniek | pag. 4 |

Hoofdstuk 2 pag. 5 t/ m 10

- | | | |
|------------|--------------------------------------|-------------------|
| 2.1 | DSMIVtr model | pag. 5 |
| 2.2 | Het sociaal competentie model | pag. 6,7,8 |
| 2.3 | Het diathese stressmodel | pag. 9, 10 |

Hoofdstuk 3 pag. 11 t/m 15

- | | | |
|------------|--|-------------------|
| 3.1 | De casus mevr B.W. | pag. 11,12 |
| 3.2 | Diagnose via het DSMIVtr model. | pag. 12,13 |
| 3.3 | Diagnose via het sociaal competentie model in samenhang met de gegevens van het DSMIVtr model. | pag. 13,14 |
| 3.4 | Diagnose volgens het diathese stressmodel | pag. 14,15 |
| 3.5 | Mijn insteek van de diagnose uit de DSMIVtr in combinatie met de sociaal competentie model en diathese stressmodel. | pag. 15 |
| 3.6 | Mijn bijbehorende insteek voor therapie zou zijn. | pag. 15 |

Hoofdstuk 4 pag. 16

- | | | |
|-------------|---|----------------|
| 4.1. | Door mij geconstateerde overeenkomsten in de modellen. | pag. 16 |
| 4.2. | Door mij geconstateerde verschillen in de modellen. | pag. 16 |

Hoofdstuk 5 pag. 17 t/m 19

- | | | |
|-------------|--|----------------|
| 5.1. | conclusie, voordeel en aanbevelingen. | pag. 17 |
| 5.2. | Het model. | pag. 18 |
| 5.3. | Nawoord. | pag. 19 |

Literatuurlijst pag. 20

Inleiding

Op de voorpagina ziet u een afbeelding van een luchtballon.
Deze luchtballon staat symbool voor het onderwerp van deze scriptie.

In de praktijk:

Is een luchtballon een transportmiddel, dat wordt voortbewogen door de wind. De mand, die plaats biedt aan passagiers (soms bagage), wordt door allerlei stevige kabels (draden) verbonden met de ballon. Deze draden zorgen ervoor dat het gewicht van de mand met daarin de personen wordt gedragen door de ballon. Een gasbrander zorgt ervoor dat de ballon gevuld wordt met warme lucht, waardoor de luchtballon op kan stijgen en door de wind verder kan worden voortbewogen. Door de brander uit of aan te zetten kan er gekozen worden voor het dalen of het stijgen van de luchtballon.

In mijn symbolische voorstelling:

Staat **de luchtballon** in zijn totaliteit symbool voor een cliënt.

Een cliënt, die binnen ons werkveld (met licht verstandelijke gehandicapten), aangemeld wordt, met vragen voor behandeling van zijn of haar problematiek.

Deze cliënt, die zich laat meevoeren in het **mandje**, is de centrale spil.

Het verloop van de vlucht van de ballon staat voor de levensloop en ontwikkeling van de cliënt.

Als het leven van de cliënt in balans is zal de luchtballon zonder problemen zijn verdere vlucht vervolgen. **Daalt** de ballon dan staat dit als symbool voor een cliënt die met problemen kampt, daar niet tegen opgewassen is en hulp vraagt en nodig heeft.

Het soort hulp, waar de cliënt om vraagt, is de vorm van een behandeling, die er voor zorgt dat de problemen afnemen of zelfs verdwijnen. Daardoor ontstaat meer balans in het leven van de cliënt. Symbolisch gezien: De luchtballon zal gaan **stijgen** en zijn verdere vlucht kunnen vervolgen.

De mand is met de luchtballon verbonden door **draden**.

Deze draden stellen symbolisch de verschillende modellen voor, die je kunt gebruiken om te komen tot het stellen van een passende diagnose, waardoor het duidelijk wordt welke passende vorm van therapie je de cliënt kunt aanbieden.

De **brander** staat als symbool voor de therapeut die een therapievorm aanbiedt. De therapeut zal proberen handvatten aan de cliënt mee te geven waardoor deze zich gesterkt voelt en met zijn problematiek leert omgaan. Het leven van de cliënt komt daardoor weer meer in balans, de luchtballon stijgt weer en vervolgt zijn vlucht.

Aan de hand van bovenstaande associatie ben ik me gaan afvragen binnen de vakgroep PMT (Psycho Motorische Therapie) of de bestaande modellen (het diathese stressmodel en het sociale competentie model) op zichzelf staan of dat een wijze van samenvoeging van deze modellen meer verduidelijking zou kunnen geven hoe men uiteindelijk komt tot de aanvang van therapeutische behandeling.

Ik heb vragen gesteld aan collega PMT'ers over hoe zij vanuit een gestelde diagnose komen tot een juiste soort behandeling/therapievorm en de insteek voor therapie.

Wat gebruiken zij daarvoor?

Hoe krijg je als therapeut de ontwikkeling/levensloop van een cliënt in kaart?

Krijg je duidelijk in kaart waar de cliënt tegenaan loopt en lukt het je om hieraan de doelstelling te koppelen?

Gebruiken de vaktherapeuten modellen als hulpmiddel om hiertoe te komen?

Wordt er een eenduidig model gebruikt?

Heeft een therapeut zijn eigen strategie om te komen tot behandeling?

Is het nodig om aan de hand van deze inventarisatie te komen tot een eenduidig model?

Kan dit model dan worden gebruikt? Geeft het meer duidelijkheid voor het soort therapie en insteek daarvan?

Vervolgens heb ik verschillende modellen in een casus met elkaar vergeleken en uitgewerkt met voor- en nadelen. Deze zijn samengevat en vervolgens heb ik er conclusies aan verbonden.

Aan de hand van die conclusies heb ik getracht een model te ontwikkelen, welke werkbaar is, sneller duidelijkheid verschaft en éénduidig is voor de PMT'ers om te komen tot een diagnose voor de invulling van de behandeling.

Ik heb met veel plezier aan deze opdracht gewerkt en ik hoop dat u deze scriptie met hetzelfde plezier leest.

Hoofdstuk 1.

1.1. Centrale vraagstelling:

Kan het samenvoegen van het diathese stressmodel met het sociale competentie model een nieuw en bruikbaar model opleveren, waarmee men, in samenhang met de DSM informatie, de problematiek van een “LVG” cliënt duidelijker in kaart kan brengen, waardoor men meer en uitgebreidere informatie ter beschikking krijgt en waarop sneller een (nog meer op de problemen van de klant gefocust) behandelplan kan worden geformuleerd.

1.2. Onderzoek naar diagnostische modellen die gebruikt worden:

Vroeger lag de nadruk op de diagnostiek tot vaststelling van de handicap. Aan de hand van een IQ bepaling, vaak in samenhang met de sociale redzaamheid, kwam men tot een diagnose. Tegenwoordig ligt de nadruk op de intensiteit van de ondersteuning die nodig is voor een goed en beter bestaan.

Verstandelijk gehandicapten kunnen in cognitief opzicht niet mee komen met anderen van dezelfde leeftijd, onder vergelijkbare omstandigheden. Het zijn mensen die erg snel steun van buiten zichzelf opzoeken. Verstandelijk gehandicapten kunnen hun handelen moeilijk aanpassen aan veranderde omstandigheden of rommelen maar wat aan, nemen onvoldoende verantwoordelijkheid en hebben een geringe zelfcontrole.

Ik beperk mij in deze scriptie tot verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen.

In het algemeen kunnen gedragsproblemen worden getypeerd als “verkeerd gedrag op het verkeerde moment”.

Voor de behandeling of therapie van gehandicapten met gedragsproblemen betekent dit dat er nieuwe gedragspatronen eigen gemaakt moeten worden. Dit is niet eenvoudig, immers het “oude” patroon is al vaak lang in het leven van de persoon ingeslepen.

Behandeling van gedragsproblemen betekent in veel gevallen dat er een ander klimaat, een ander cultuur zal moeten worden geschapen, op de plek waar de verstandelijk gehandicapte woont.

Het uiteindelijk streven van de behandeling is te komen tot het toepassen van het juiste gedrag op het juiste moment.

In een door mij verricht onderzoekje (intern, binnen “mijn” cliënten met gedragsproblemen) kwamen twee modellen (**de DSM IV tr en het sociaal competentie model**) sterk naar voren.

Onderstaande gegevens waren opgenomen:

- De hulpvraag van de cliënt (die ook daaraan geholpen wil worden)
- De verkrijging van een helder beeld van de cliënt (Een beeld is een compacte, samenhangende reconstructie van de werkelijkheid, rekening houdend met levensverhaal, beperkingen, verklaringen voor gedrag en vaardigheden)
- Het perspectief wat nagestreefd wordt
- Verloop van het beeldvormingsproces tijdens sessies.

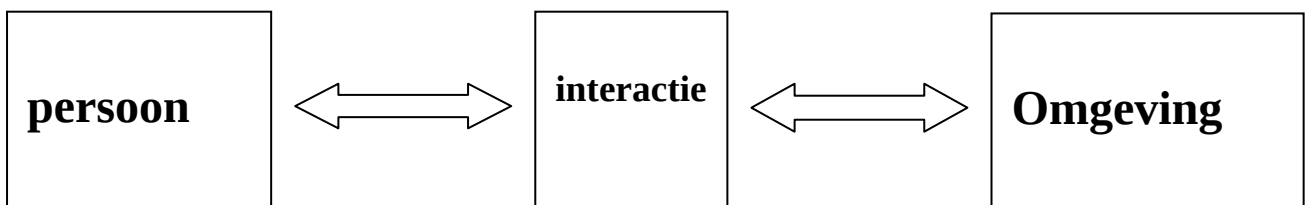
Deze verzamelde gegevens komen of uit verwijfsbrieven van de behandelcoördinatoren of uit dossiers.

Andere modellen, zoals het diathese stress model, het biopsychosociale model en het kwetsbaarheidswerkmodel waren wel bij collega's bekend maar weinig die er daadwerkelijk mee werkten. Daarnaast kan een ieder ook nog, vanuit zijn eigen professionaliteit, kiezen voor een ander model, die binnen de context valt waarin hij werkt. Voorbeelden van deze modellen zijn: ziekte model Rehab (M. van der Gaag en J.P.Wilkens 1994), model van Bateson (G.Bateson en R.W.Dilts), ICF (De International Classification of Functioning and Health), Disability en DSM (D.N van Oudshoorn1995).

1.3. Referentiekaders voor diagnostiek binnen de polikliniek (symbolen voor de draden aan de ballon)

1. **DSM IV TR**
2. **Sociaal competentie model**
3. **Diathesestress model**
4. **Biopsychosociaal model**
5. Bateson model
6. kwetsbaarheidswerkmodel

In deze scriptie beperk ik me tot de bovenste drie genoemde modellen, het vierde model is toch vet vermeld, omdat dit biopsychosociaal model (Turk. D.C.1996) een belangrijk algemeen overkoepelend diagnostisch model is, waarbij het om de interactie tussen de mens en omgeving gaat.



Voor de PMT-er is het een waardevol model omdat er zowel LECS (lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspecten) als D-V-H (denken, voelen, handelen) in zit.

Dit model zit dan ook verweven in mijn eindconclusie.

Hoofdstuk 2.

2.1. Het DSM IVtr model

De DSM is een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de American Psychiatric Association. Het doel van de DSM is om onderlinge vergelijking van (groepen) psychiatrische patiënten mogelijk te maken door eenduidige definities op te stellen waaraan iemand moet voldoen om in een bepaalde groep te vallen.

De DSM doet vooral uitspraak over de belemmering in het dagelijks functioneren (persoonlijk, relationeel, sociaal, beroepsmatig). De DSM wordt gebruikt om in enkele woorden en op overzichtelijke wijze duidelijk te maken waar de problematiek van de patiënt over gaat, met als doel een passende behandeling te kunnen geven. Vooral in de huidige maatschappij met de vaak wisselende zorgverleners is het wenselijk om in één oogopslag de basisproblematiek te overzien. Het gebruik van de DSM categorieën (hokjes) kan echter leiden tot een beschrijving van het ziektebeeld, die tekort doet aan de complexiteit ervan.

Dit kan inhouden dat ook de behandeling tekort schiet. Desondanks is een behandeling van patiënten die slechts weinig criteria scoren voor een bepaalde DSM ziektecategorie toch vaak effectief, wanneer deze behandeling specifiek is gericht op de gehele ziektecategorie.

Psychiatrische diagnostiek volgens het DSM vindt plaats vanuit 5 gezichtspunten of 'diagnostische assen':

1. primaire symptomatologie, (de “psychiatrische ziekte”, een klinisch syndroom, met een ziektebeeld dat niet altijd aanwezig is of geweest is, of voorbijgaand is, de zogenaamde acute pathologie)
2. achterliggende persoonlijkheidsstoornissen (en de specifieke ontwikkelingsstoornissen, kenmerken die blijvend zijn),
3. (bijkomende) somatische ziekten (lichamelijke ziekten die psychische ziektebeelden geven) . Een voorbeeld is een wisselende schildklierwerking: Bij te lage werking kan dit leiden tot een depressie, bij een te hoge tot anorexia.
4. psychosociale en uitlokkende factoren (de intensiteit van de psychologische stressor) Voorbeeld: Het na een scheiding alleen gaan wonen zal een ander effect hebben dan het gaan samenwonen.
5. het toekennen van een gradatie in de vorm van een GAF-score (*Global Assessment of Functioning*), die het niveau van functioneren en de mate waarin men zich weet aan te passen aan de omgeving op een schaal van 1 tot 100 weergeeft, waarbij 1 vrijwel nihil en 100 perfect is. Een 0- aanduiding betekent dat men geen duidelijke informatie heeft.

2.2. Het sociaal competentie model

Het sociaal competentie model (H.Spanjaard en M.Kuyt 2004) is een model waarin met een verzameling van technieken een cliënt in staat wordt gesteld zijn of haar competenties te vergroten en de begeleider eenduidig handvatten verkrijgt om dit samen met de cliënt te bereiken.

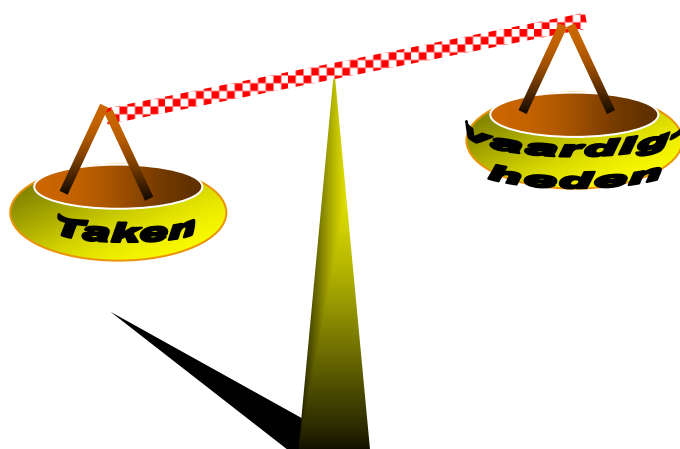
In het algemeen staan mensen voor de opgave in hun leven om (ontwikkelings) taken uit te voeren. Voor deze ontwikkelingstaken zijn vaardigheden nodig. Een taak is een opdracht waarvoor de cliënt gesteld wordt, met de bedoeling deze uit te voeren. Een vaardigheid is een handeling die de cliënt moet uitvoeren om de taak te volbrengen

Wanneer iemand die vaardigheden bezit om zijn of haar taak uit te kunnen voeren dan noemt men de persoon competent.(zie tek 1)

Een persoon is competent als:

- een individu over voldoende vaardigheden beschikt om de taken te vervullen waarvoor hij in het dagelijkse leven gesteld wordt
- de mate waarin iemands gedrag tijdens taken, die een deel uitmaken van het dagelijkse leven, als adequaat worden beoordeeld
- er een balans is tussen de taken en de vaardigheden.

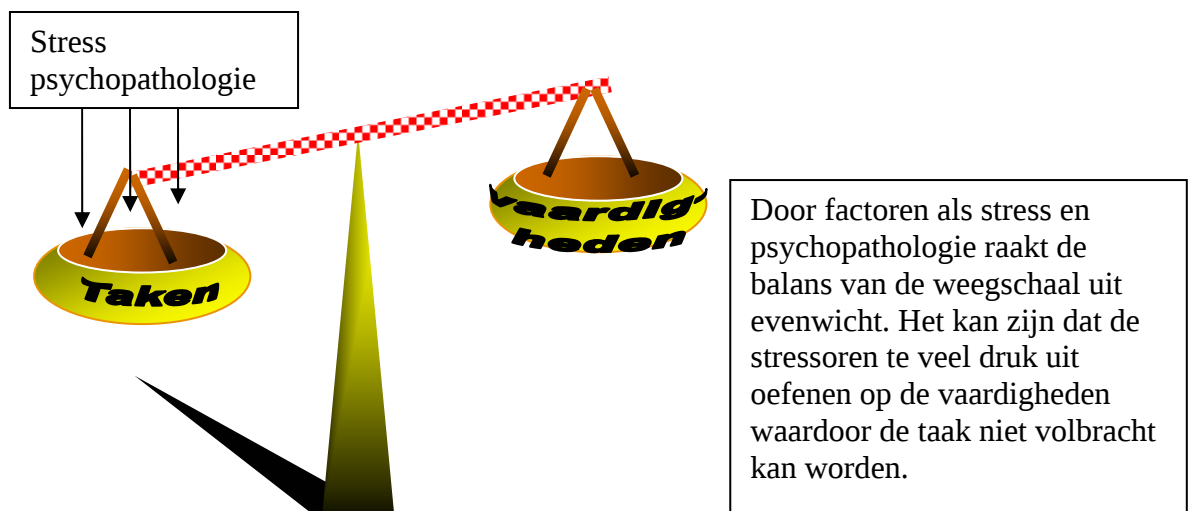
Tek 1.



Stel het je voor als een weegschaal. Als je leven in balans is en de vaardigheid is afgestemd op het volbrengen van een taak dan is de weegschaal in evenwicht.

Als je leven in disbalans is kan dat door stressoren zijn veroorzaakt. Stressoren zijn externe factoren waaraan men zich niet of moeilijk kan onttrekken en die een negatieve invloed uitoefenen op het functioneren. Voorbeelden hiervan zijn psychopathologie en stress(tek.2). Stressoren kunnen ontstaan door uitstoting uit maatschappelijke verbanden, geen aansluiting kunnen vinden bij vrienden, er is geen werk of er is geen daginvulling, of door een opname onder dwang of drang en het leven in een groep en wisseling van teamleden.

Tek 2.



Stressoren kunnen zodanig werken op de taken dat de vaardigheden er niet goed meer uit komen. Voor het model worden de stressoren aan de kant van de taken neer gezet. Het zou ook aan de kant van de vaardigheden kunnen staan. Hetzelfde geldt voor psychopathologie waardoor je ook niet komt tot de taken. Psychopathologie zijn interne stoornissen die een negatieve invloed hebben op functioneren.

Onder psychopathologie verstaan we een stoornis als; een verstandelijke handicap, ADHD, autisme spectrum stoornis, gedragstoornissen, hechtingstoornissen en emotionele stoornissen.

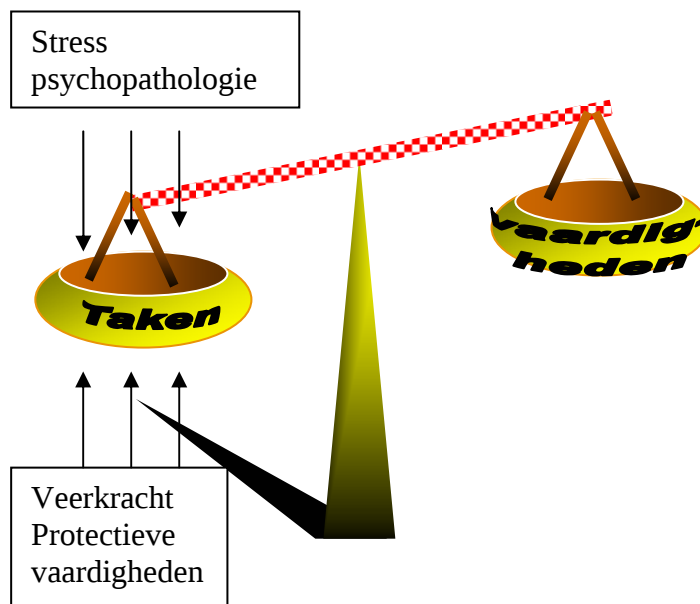
Daarnaast zijn er factoren die mee spelen dat de weegschaal weer in evenwicht kan worden gebracht. De zogenoemde protectieve vaardigheden en veerkracht kunnen er voor zorgen dat de weegschaal weer in balans wordt gebracht.(tek.3).

Protectieve factoren zijn de aspecten in de omgeving van de cliënt die hem kunnen beschermen tegen de invloed van stressoren en die bepaalde uitingen van psychopathologie kunnen verzachten. Protectieve factoren kunnen beïnvloed worden door een behandelteam, waaronder therapeuten, die er voor zorgen dat het voor de cliënt gestructureerd, gemotiveerd en gestimuleerd worden. Daarnaast zorgen het hebben en optimaliseren van een sociaal netwerk en een rijke dagelijkse routine voor protectieve factoren.

Onder veerkracht worden de eigenschappen van cliënten verstaan die hen kunnen beschermen tegen de invloed van stressoren en die bepaalde uitingen van psychopathologie kunnen verzachten.

Voorbeelden van veerkracht van de cliënt zijn, humor, doorzettingsvermogen, creativiteit en motivatie.

Tek 3.



2.3. Het diathese stressmodel:

Bij navraag onder mijn collega's is het begrip wel bekend. Als je vraagt of ze hiermee wel eens te maken hebben gehad of dit model gebruiken, antwoorden ze dat het wel herkenbaar is, wel facetten daaruit gebruiken maar het niet zien als een op zichzelf staand model.

Ik probeer in mijn eigen woorden te omschrijven wat het diathese stressmodel inhoudt.

De klinisch psycholoog, Marvin Zuckerman is de grondlegger van het diathese stress model. Het model beschrijft hij in zijn boek: Vulnerability to psychopathology 1999.

Vervolgens behandelt hij in afzonderlijke hoofdstukken:

- angststoornissen
- stemmingstoornissen
- antisociale persoonlijkheidsstoornissen
- middelenmisbruik
- pathologisch gokken
- schizofrenie.

In zijn boek gaat hij ervan uit dat de kwetsbaarheid (diathese) onvoldoende is voor het ontwikkelen van een stoornis omdat stressfactoren tevens noodzakelijk zijn.

Het diathese stressmodel gaat uit van de kwetsbaarheid van een persoon in combinatie met de wijze waarop deze persoon met stressfactoren omgaat. In het diathese stressmodel staat de specifieke wijze waarop iemand reageert op stress uit de omgeving centraal.

Een diathese (ziekte) kan gevormd worden door genetische aanleg of biologische factoren maar ook door cognitieve en emotionele tendensen

Vaak is er sprake van coping in de interactie met zijn of haar omgeving. Coping is een cognitieve of gedragsmatige inspanning die een persoon levert, om te leren leven met interne en externe eisen uit zijn of haar omgeving, waarvan hij/zij inschat dat die zijn middelen teveel belast. (vermeld in Vlaeyen 2002)

Een diathese stressmodel kijkt naar de volgende aspecten:

1. Prodromen: voortekenen (spanningsignalen) deze gaan vaak vooraf aan het probleem.
Voorbeelden hiervan zijn: slecht slapen, onrustig gedrag, prikkelbaarheid, slechte concentratie, opvallende verandering in gedragspatroon.
2. Symptomen: de dingen die je ziet gebeuren.
3. Interne of innerlijke spanningsbronnen (denken en spreken van binnenuit).
Gevoelens en gedachten die de cliënt angstig en verward maken, waardoor de cliënt in innerlijk conflict komt.
Voorbeelden hiervan zijn: seksuele en agressieve impulsen, loyaliteitsconflicten, te hoog gestelde idealen.
4. Externe of uiterlijke spanningsbronnen: omgevingsprikkelers die de cliënt gespannen, angstig of verward maken.
5. Beschermende factoren: mensen, dingen, veilige situaties die de cliënt beschermen.

6. Beschermende vaardigheden
Voorbeelden hiervan zijn: intellectuele vaardigheden, concentratievermogen, verbale gaven, assertief gedrag, zelfzorg en lichamelijke en creatieve vermogens.
7. Ontbrekende gewenste vaardigheden: welke vaardigheden dienen te worden toegevoegd, opdat de cliënt zich beter voelt.
8. Storend ongewenst gedrag: negatief gedrag, wat positief dient te worden beïnvloed.
Voorbeelden hiervan zijn: overaangepastheid, overbeweeglijkheid, erotiserend gedrag, agressieve woordkeuze of gedragingen.

Uit dit model van spanningsbronnen komt een profiel met wat goed is en minder goed. Diathese- en stressfactoren zijn vaak in de profielschets van de cliënt terug te vinden en bieden de mogelijkheid om een duidelijk behandelplan op te zetten, waarbij je gericht op de diverse factoren in kan zetten.

De behandeling zal vervolgens gericht moeten zijn op het leren herkennen van interne en externe spanningsbronnen door de cliënt. De cliënt onderkent in het therapieproces steeds beter zijn eigen reactiepatronen in relatie tot prodromen en symptomen.

Naarmate de behandeling vordert zal door veranderingen bij de cliënt steeds een bijstelling plaats moeten vinden van de profielschets. Er volgt een proces van een “ik” versterking waardoor de spanningsbronnen steeds beter hanteerbaar worden en de kwetsbaarheid afneemt. Voorwaarde voor dit proces is wel dat er een goede band tussen therapeut en cliënt ontstaat.

Normaliter wordt bij ons aan de hand van een mix van het DSM IVtr model en het sociaal competentie model een behandelingsplan opgemaakt.

Ik vind als PMT'er dat dit niet alleen veel tijd kost (elk van de therapeuten dient de dossiers door te lezen om een beeld te krijgen van de cliënt) maar dat het voor mij eveneens nog te weinig aanknopingspunten bevat voor een juiste therapie.

Ik ben op zoek naar nog meer concretere dingen, waardoor mijn cliënt gericht op de hulpvraag wordt behandeld.

Ik heb hiervoor onderstaande casus (een voorbeeld uit de praktijk) toegepast op het diathese stress model en de uitwerking hiervan samen laten smelten met de verkregen gegevens van het DSM IVtr model en het sociaal competentie model.

Daarna heb ik de overeenkomsten, de verschillen samengevat.

Vervolgens is dit door mij verwoord in een conclusie met aanbevelingen.

Hoofdstuk 3.

3.1. De casus:

B.W. is een 46 jarige vrouw. Toen zij tien jaar was, is haar moeder overleden. B.W. heeft de moeder-taak binnen het gezin, na het overlijden van haar moeder, grotendeels overgenomen. In 1994 is ze getrouwd en ging met haar man bij een echtpaar in Dokkum wonen. Dit is volledig uit de hand gelopen. Het echtpaar heeft haar geld afhandig gemaakt, haar zowel geestelijk als fysiek mishandeld en ook misbruikt. Er was veel drank in het spel. Op een moment dat ze even alleen gelaten is, is ze letterlijk het huis uitgevlucht en heeft telefonisch contact gezocht met een ouder echtpaar, aan wie vroeger de voogdij was toegewezen. Ze was destijds in de war, uit haar evenwicht, had last van toevallen, angstaanvallen, was ernstig verwaarloosd en vervuild. De opvang werd de vrouw van het echtpaar (haar man was inmiddels overleden) uiteindelijk te zwaar en vervolgens woont ze sinds 2001 in een woning aangehaakt bij woonlocatie Heerke Atseweg, een dislocatie van de Wynbrekker te Damwoude. Destijds is er aangifte gedaan bij de politie en is ze ook gescheiden van haar man. Ondanks aandringen van anderen dat ze hulp moest gaan zoeken wees ze dit resoluut af.

Het afgelopen jaar is ze veel bezig met de verwerking van al deze traumatische gebeurtenissen. Heeft veel last van nachtmerries en aanvallen van angst, dat ze de mensen door wie ze is misbruikt, weer tegen kan komen en durft ook niet meer naar Dokkum te gaan. Ze geeft wel weer aan een relatie te willen hebben met een man. Na haar scheiding heeft ze twee kortstondige relaties met mannen gehad. Echter, wanneer het tot meer lichamelijk contact kwam, raakte ze in paniek. Beide relaties zijn om die redenen verbroken. Nu ze op dit moment over de gebeurtenissen vertelt (uit schaamtegevoel durfde ze er niet eerder over te praten) is er echter sprake van een soort herbeleving, die weer met angstaanvallen gepaard gaan.

Ze heeft een uitgebreide woordenschat. Verbaal is ze relatief sterk (kans op overschatting). Ze is impulsief, kent weinig remmingen, springt veel van de hak op de tak en is snel afgeleid. B.W. geeft aan veel last te hebben van lichamelijke kwalen.

Ze is overheersend in contacten. Hierdoor komt ze vaak in botsing met de mensen om haar heen. Ze heeft een duidelijke mening over zaken en heeft duidelijk voor ogen hoe ze bepaalde dingen wil hebben.

In het denken is ze veelal zwart/wit, wanneer andere mensen een afwijkende mening hebben vindt ze dit al gauw te ingewikkeld worden.

Ze is snel geagiteerd als zaken haar te moeilijk worden (ze neemt allerlei taken en verantwoordelijkheden op zich waar ze vervolgens in verdrinkt) of als dingen niet snel genoeg gaan. Ze wordt dan grof in taalgebruik en is dan ongeremd. Bij tegenslagen kan ze volledig in crisis geraken. Dit kan gepaard gaan met veel verdriet.

Ze heeft wel inzicht in haar gedrag (in de zin van dat ze achteraf kan aangeven het hoe en wat), maar verandering is erg moeilijk.

Ze vindt kritiek erg moeilijk te verdragen en ziet dit dan ook waarschijnlijk als een afwijzing. Ze heeft ook een zorgzame kant. Zo kan ze vaak goed opschieten met mensen van lager niveau en wil ze die helpen (waarbij je wel moet uitkijken dat dit haar niet te veel wordt en ze niet te bepalend is, richting hen).

Mevr B.W. is in behandeling aan de polikliniek en is bekend bij de betrokken behandelaar, maar is nu met spoed aangemeld voor crisisopname, vanwege toenemende problemen in de werksituatie en ook in de thuissituatie. Ze legt op het werk een veel te grote druk op de groep door haar grillige aanwezigheid, grove taalgebruik en aandachtvragende gedrag. Tijdens de begeleiding in haar woonsituatie is er eveneens sprake van veel aandachtvragend en claimend gedrag, vooral betreffende lichamelijke klachten. Elke prikkel die B.W. nu ontvangt is er eentje teveel. Bijkomstig is dat ze kort geleden haar zwager in terminale fase van ziekte heeft gezien. Hierdoor is ze erg angstig geworden. Ze hoort de stem van de inmiddels overleden zwager in haar hoofd (die roept dat ze naar hem toekomen moet).

Op het moment van opname was sprake van:

- sterk wisselende stemmingen
- huilbuien
- geprikkeld, fel gedrag in contact met anderen
- angstig
- onzekere gang (wat later uitliep op conversie)
- verbaal druk aanwezig (overschreeuwt zichzelf)
- bemoeit zich met iedereen
- slaapt slecht en is vroeg wakker

3.2. Diagnose via het DSM IVtr model

DSM IVtr diagnostiek	
type	Overige
AS I.1	Bipolaire stoornis NAO (296.80) Gegeneraliseerde angststoornis (300.02)
AS II.1	Lichte zwakzinnigheid (317)
2	Borderline persoonlijkheidstoornis (301.83)
3	Afhankelijke persoonlijkheidstoornis (301.6)
AS III	Epilepsia partialis continua (temporaalkwab status) (345.7)
AS IV.1	Problemen binnen de primaire steungroep (10)
2	Problemen verbonden aan de sociale omgeving (20)
3	Werkproblemen (40)
GAF	GAF score: 60 GAF scoremax: 70

Als je de diagnose bekijkt zie je dat mevr. B.W. behoorlijk wat mankeert. Vanuit de DSM IVtr zou je nog niet alleen kunnen opmaken welke therapie passend is. Volgens de DSM IVtr is het gebruikelijk dat wat op de AS1 staat het eerst moet worden aangepakt. Of je als therapeut eerst de bipolaire stoornis of eerst de gegeneraliseerde angststoornis of een combinatie hiervan dient aan te pakken, komt uit dit model niet duidelijk naar voren.

- Heeft het niet te maken met haar handicap, dat ze zo moeilijk kan omgaan met haar problematiek?
- Heeft het niet te maken met haar levensgeschiedenis, de dingen die haar overkomen zijn?

Het is in mijn ogen nog te onduidelijk welk probleem de bovenliggende is.

3.3. Diagnose via het sociaal competentie model in samenhang met de gegevens van het DSM IVtr model

Veel uit de DSM IVtr kun je plaatsen onder stress en de psychopathologie. Psychopathologie, interne stoornissen, als een bipolaire stoornis NAO, een gegeneraliseerde angststoornis, haar zwakzinnigheid, borderline en afhankelijke persoonlijkheidstoornis drukken als stressor op haar leven die haar leven mede uit balans brengt. Factoren als stress vind je terug in de levensgeschiedenis. Ze heeft problemen op haar werk, kan zich moeilijk aansluiten bij anderen, maakt moeilijk vrienden. Haar leven is zo ontregeld door stressoren dat opname een gedwongen feit was.

De stressoren zijn bekend, maar zijn er ook protectieve factoren?

Het sociaal competentie model werkt vooral vanuit de kracht van de mens.

Ontdekken waar iemand goed in is en deze vaardigheden sterker maken, waardoor de problematiek wat makkelijker gedragen kan worden en waardoor ze zich meer kan focussen op de taken en vaardigheden.

De protectieve factoren zijn:

- ze heeft redelijk inzicht in haar gedrag
- ze heeft een uitgebreide woordenschat
- ze heeft een duidelijke mening
- ze heeft een zorgzame kant
- ze heeft dagbesteding gedaan, wat ze wel leuk vond om te doen

Van veerkracht was bij opname weinig tot geen sprake.

Mevr. B.W. was slecht handelbaar en liet weinig tot niets toe van begeleiders om haar heen.

Aan de hand van de gegevens vanuit het DSM IVtr model en de gegevens uit het sociaal competentie model wordt bij ons binnen de werkgroep van vaktherapeuten een therapie gekozen. Het verplicht wel dat iedere therapeut het dossier leest en bepaalt of het soort therapie passend kan zijn bij deze cliënt.

Iedere vaktherapeut bekijkt dit vanuit zijn eigen context.

Ook binnen de psychomotorische therapie wordt er zo gewerkt. De diagnose is gesteld door de behandelaar, de verwijzing naar een soort therapie is gegeven en het dossier wordt nogmaals individueel gelezen om te kijken of deze cliënt geschikt is voor een psychomotorische therapie.

Mevr B.W., die op dit moment nog op de gesloten psychiatrische afdeling verblijft, word door middel van competentievergroterend werken behandeld met als doel het leven weer in balans te brengen.

Vanuit het behandelingsplan zijn de volgende behandeldoelstellingen opgezet.

- Op termijn terug naar haar eigen woonplek
- Voor haar aansprekende werk /activiteiten scheppen op een prettige locatie

Vanuit deze behandeldoelstellingen is gekozen voor de navolgende kleinere werkdoelen:

- Het proberen terug te komen in een dag-nachtritme (gaat nu te vroeg op bed en is dan vaak s' nachts wakker)
- De hoeveelheid drinken beperken (drinkt op dit moment veel liters water tegelijk)
- Het gedrag positiever te zien ontwikkelen
- Haar bewegingsangst terug te dringen (Ze heeft moeite met opstaan en lopen, staat zo strak als een snaar)

3.4. Diagnose volgens het diathese stressmodel

Opbouw vanuit de dossiers verkregen:

Prodromen:

- slaapt slecht
- onrustig en onvoorspelbaar gedrag
- sterke stemmingwisseling
- geprikkeld en ontremd gedrag

Symptomen:

- angstig
- willoos (het hoeft niet meer zo nodig, bv niet meer willen lopen)
- gespannen (verstrakt lichaam als een snaar)
- emotionele buien (ze huult zomaar en wisselt het af met lachen)

Innerlijke spanningsbronnen:

- Ze heeft op tienjarige leeftijd haar moeder verloren. Hierdoor heeft ze de taken (huishouding, verzorging) in het huis op zich genomen. Het verlies van haar moeder, die maar 46 jaar is geworden, geeft haar veel verdriet. Nu zij zelf 46 jaar is geworden komt ze daarmee in conflict. Het hoeft allemaal niet meer van haar. Haar moeder mocht ook niet verder leven. Dus zij ook niet. Uitingen van emoties, huilbuien, verdriet, boosheid en radeloosheid.
- Ze heeft kort geleden haar oom in terminale fase van een ernstige ziekte als een kasplant op bed zien liggen. Uiting door angst.
- In haar verleden is zij misbruikt. Ze heeft hier trauma's van. Nu heeft ze angst dat ze mensen weer ontmoet uit het verleden die dat haar hebben aangedaan, ze wil ze niet tegenkomen.
- Ze is in conflict met zichzelf en uit dit door niet meer te willen lopen of op haar voeten te willen staan (conversie)

Externe spanningsbronnen:

- Haar werkplek
- Relaties

Beschermende factoren:

- de rust op de kliniek
- de veiligheid die de kliniek geeft
- de structuur, duidelijkheid die de kliniek geeft
- de aangeboden hulp die zichtbaar werkt
- familie die bij haar op bezoek wil komen

Beschermende vaardigheden:

- ze vindt activiteit borduren leuk
- Op bed liggen (?)
- Puzzelen
- Groot woordenschat, in communicatie weet zij te vertellen hoe zij zich gedraagt.

Ontbrekende gewenste vaardigheden:

- het weer willen lopen
- sociale vaardigheden (Goldstein). Aanleren van vaardigheden wordt autonomie, assertiviteit, interne controle, accuraatheid van waarnemen en communiceren, tolerantie voor frustratie van de cliënt vergroten om beter opgewassen te zijn tegen de eisen die het (dagelijks) leven stelt.

Storende ongewenste vaardigheden:

- niet gepast gedrag
- agressieve woordkeuze en gedrag

3.5. Mijn insteek van de diagnose uit de DSM IVtr in combinatie met de sociaal competentie model en diathese stress model:

- reduceren van haar angsten
- proberen haar gespannen lichaam te laten ontspannen
- motoriek in stand houden en verbeteren, het staan en lopen stimuleren
- plezier ervaringen opdoen
- competentie vergroten

3.6. Mijn bijbehorende insteek voor therapie zou zijn:

- reduceren van haar angsten
- ontspanning aanbieden
- in standhouden en verbeteren van haar motoriek

Er zijn meer overeenkomsten dan verschillen. Dit ligt vaak opgesloten in de benamingen die elk model gebruikt

Hoofdstuk 4.

4.1. Door mij geconstateerde overeenkomsten in de modellen:

- Het sociaal competentie model spreekt over vaardigheidstekorten, dit is hetzelfde als bij het diathese stress model, dat spreekt over ontbrekende gewenste vaardigheden.
- Storend ongewenst gedrag en innerlijke spanningsbronnen in het diathese stress model is in het sociaal competentie model de psychopathologie
- In het diathese stress model wordt gesproken over beschermende vaardigheden, waar het in het sociaal competentie model de protectieve factoren en de al aanwezige vaardigheden wordt genoemd.
- Beide modellen spreken over stress of stressoren
- Beide modellen passen externe spanningsbronnen toe
- Het diathese stress model gebruikt beschermende omgevingsfactoren die ik terug kan vinden in het sociaal competentie model als protectieve factoren

4.2. Door mij geconstateerde verschillen in de modellen:

- Het diathese stress model is een vrij statisch model.
In het begin is het een opsomming van onderwerpen waarmee je aan de slag kan gaan.
- Het sociaal competentie model is meer dynamisch je kunt er al vrij vlot mee aan de slag.
- Het diathese stress model gaat verder dan het sociaal competentie model. Waar het sociaal competentie model een kunstje leert om het in de praktijk goed uit te voeren gaat het diathese stress model hier op door. Het zorgt ervoor dat b.v. het geleerde kunstje binnen de therapie niet alleen daar wordt geleerd, maar er daadwerkelijk ook iets in de praktijk mee kan worden gedaan. De omgeving kun je erop in stellen. Het netwerk van de cliënt kun je mee laten denken in het kunstje wat de cliënt heeft aangeleerd. Met kunstje bedoel ik een bepaalde ontwikkelingstaak met bijbehorende vaardigheden.
- Ik vind dat het sociaal competentie model tekort schiet op cognitief gebied. De omgeving bepaalt vaak wat de cliënt moet laten zien. De normen en waarden worden door de omgeving bepaald.
- Het sociaal competentie model is erg normerend t.o.v. het diathese stress model
- Het sociaal competentie model is ingesteld op de westerse cultuur waarin het diathese stress model gebruikt kan worden in allerlei culturen.

Hoofdstuk 5.

5.1. Conclusie, voordeel en aanbevelingen

Ondanks dat de twee modellen erg veel op elkaar lijken zijn ze schematisch gezien in een nieuw model neer te zetten.

(In je leven sta je voor bepaalde taken. Voor deze taken heb je bepaalde vaardigheden nodig. Door externe en interne factoren kan de mens uit balans zijn. Door vaardigheden aan te leren kun je de taak in je leven weer in balans brengen).

Conclusie:

Onderstaand model heeft als uitkomst een dieper tot de kern doordringende diagnose, een duidelijker en inzichtelijker profielschets van cliënt, waardoor komen tot een juiste behandeling en insteek van behandelen duidelijker wordt.

Het levert een efficiëntere manier van werken op.

Er ontstaat een eenduidig model die door alle vaktherapeuten, werkzaam binnen onze instelling, kan worden gebruikt.

Bij nieuw instromende vaktherapeuten op de werkvloer laat je een eenduidig werkbaar model zien.

Voordeel:

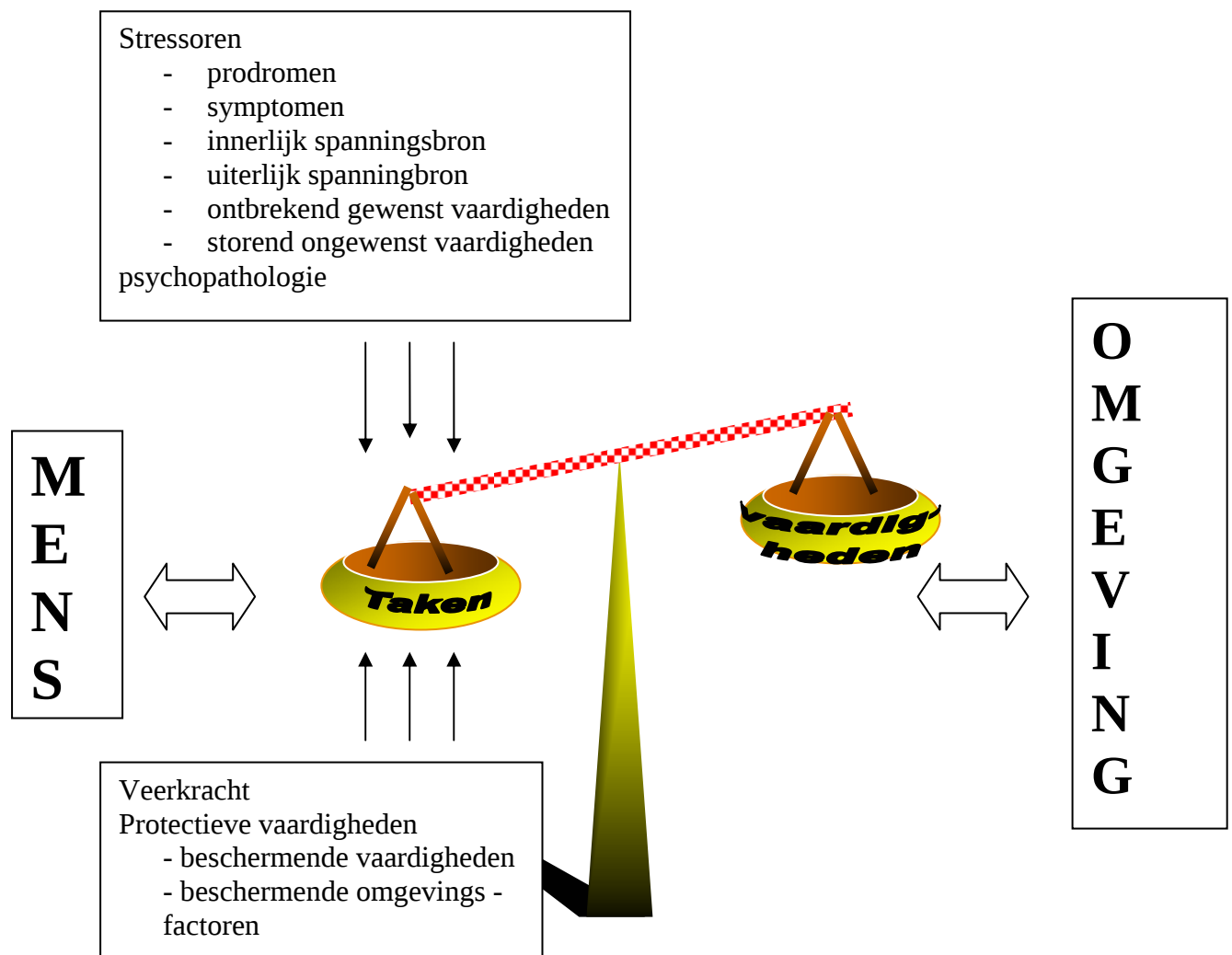
Dit heeft als belangrijkste voordeel dat mijn vakbroeders sneller (geen “tig” dossiers meer hoeven te doorworstelen) toekomen tot een behandeling (die in mijn ogen ook nog eens zinvoller is).

Aanbevelingen:

- op het gebied van de diagnostische modellen meer vakkundigheid en deskundigheid inbrengen, zodat zowel intern als extern duidelijkheid wordt geschapen hoe je komt van diagnose tot behandeling.
- de vaktherapeuten een vast diagnose model te laten gebruiken (dit heeft dan ook nog eens als bijkomend voordeel dat nieuw instromend personeel sneller mee kan schakelen).

5.2.

Het model:



5.3. Nawoord

Therapie geven is vaak gebaseerd op een trucje leren en deze zodanig toepassen in de praktijk, dat aan de taken een betere invulling gegeven kan worden. Door alleen maar met de taak en vaardigheid bezig te zijn schiet je mijn inziens te kort met het geven van therapie. Echter het zal best wel helpen.

Elke therapeut (drama- muziek-, creatieve- en de PMT'er) gebruikt de draden van de ballon als modellen om invulling te kunnen geven tot het komen van een behandeling. Uiteindelijk komen al die draden uit in het mandje. Het mandje waar de cliënt zich in bevindt met zijn of haar hulpvraag. Iedere therapeut heeft van uit zijn eigen context een kijk op wat voor draad hij nodig zal hebben om een cliënt te behandelen. De een zal alleen model X kiezen, de ander zal werken vanuit de diagnose die gesteld wordt van uit een DSM IVtr model en weer een ander zal een diagnose stellen vanuit het diathese stress model. Kortom aan de modellen worden eigen interpretaties gegeven. Van al de genoemde modellen in dit verslag zijn er maar weinig vakgenoten die echt een van deze modellen gebruik maken. Voor mij was dit de kans om vanuit de diagnose niet alleen het tot nu gebruikte DSM IVtr in samenhang met het sociaal competentie model te gebruiken, maar een nieuw (hierboven beschreven) model te creëren bestaande uit het DSM IVtr, aangevuld met een mix vanuit het sociaal competentie model en vanuit het diathese stress model. Je weet vanuit het diathese stress model vrijwel direct wat je insteek zal zijn en waar je de behandeling mee kunt aanvangen. Vaak door deze juiste insteek kom je sneller en directer bij de kern van de problematiek waar jij als deskundige je hulp op kan inzetten.

Kortom, je probeert het leven van die cliënt weer in balans te brengen.

Gebruikte literatuur:

- Gaag.M van der, J.P.Wilkens(1994), REHAB: Een maat van psychiatrische invaliditeit, Swets & Zeitlinger. Lisse.
- D.N. van Oudshoorn. Dordt's strategisch model(DSM) Hoofdstuk 2 t/m 5.
- Turk, D.C.(1996) biopsychosocial perspective on chronic pain.
- N.W. Slot en H.J.M. Spanjaard. Competentie vergroting in de residentiële jeugdzorg, hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen.
- H. Spanjaard en M.Kuyt. Kort ambulant handleiding voor kort durende ambulante jeugdzorg gericht op competentie 4^{de} druk 2005.
- Boek van Marvin Zuckerman Vulnerability to Psychopathology. A Biosocial Model. American Psychological Association, Washington, DC, 1999.
- social competentie model. T5 innovatie training implementatie.
- Sandra Verbeeten, Hans Knegtering. Bewegingsagogie en psychomotorische therapie, syllabus, Diagnostiek, indicatiestelling en behandelplanning 2006.