

Onderzoek naar oefenvormen die leiden tot observatiemethodiek schizofrenie



Naam studente:

Hanneke van der Heijden

Onderdeel:

Afstudeeropdracht

Begeleiders:

Cor Niks

Iriah van Wijk

Beoordelaar:

Paul Verschuur

School en opleiding:

Windesheim Calo BPT

Datum:

Mei 2008

Inhoudsopgave

1. Voorwoord	blz. 3
2. Samenvatting	blz. 4
2.1 Doel en vraagstelling	
2.2 Opbouw, resultaten en conclusie	
3. Inleiding	blz. 5
3.1 Start situatie	
3.2 Doel van het onderzoek	
3.3 Vraagstelling	
3.4 Deelvragen	
3.5 Theoretisch kader	blz. 6
3.6 Opbouw van het onderzoeksverslag	
4. Methode	blz. 7
4.1 Beschrijving onderzoeksgroep	
4.2 Methodiek	
4.3 Onderzoeksinstrument en PMT	
4.4 Onderzoeksmethode	blz. 8
5. Resultaten	blz. 9
5.1 Algemeen	
5.2 Onderzoeksgroep	
5.3 Deelvragen	
5.4 Weergave resultaten	
5.5 Totaalscore aspecten	blz. 10
5.6 Negatieve symptomen	blz. 11
5.6.1 Voorbeelden van opmerkingen	
5.7 Cognitieve beperkingen	blz. 12
5.7.1 Voorbeelden van opmerkingen	
5.8 Beperkingen in de lichaamsoriëntatie	blz. 13
5.8.1 Voorbeelden van opmerkingen	
6. Conclusie	blz. 14
6.1 Algemeen	
6.2 Vraagstelling	
6.3 Zwakbegaafdheid	
6.4 Groepen aspecten en PMT	blz. 15
6.5 Slotconclusie	blz. 16
7. Discussie	blz. 17
7.1 Methode	
7.2 Waarom deze oefenvormen	
7.3 Resultaten	
7.4 Conclusie	
8. Aanbevelingen	blz. 18
8.1 PMT observatiemethodiek	
8.2 Aspecten van schizofrenie	
8.3 Klinische blik	
8.4 Zwakbegaafdheid en psychosen	
9. Literatuurlijst	blz. 19
10. Bijlagen	blz. 20

1. Voorwoord

In de allereerste week van mijn eindstage merkte ik bij mezelf een hoge mate van interesse voor de observatie- diagnostiek, die ik bijwoonde van Iriah van Wijk (PMT'er). Deze geprikkeldheid bleek ik te kunnen gebruiken voor mijn afstudeeropdracht. Namelijk om een basis voor een overdraagbare en betrouwbare observatiemethode van te creëren.

Ik heb er veel tijd en energie in gestoken om te krijgen wat er nu op papier staat. Het is een heel karwei om als HBO'er een onderzoek als afstudeeropdracht op tafel te krijgen. Bovendien heb ik de persoonlijke eigenschap er veel werk van te maken. Hier horen ook doorzettingsvermogen en nauwkeurigheid bij.

Gelukkig heb ik niet alles alleen hoeven ontdekken. Van Roger (docent Calo) heb ik geleerd hoe ik theoretisch gezien een praktijkonderzoek uitvoer. Van Iriah heb ik de praktische vaardigheden van de oefenvormen geleerd. Maar zij heeft ook geholpen met de verdere totstandkoming van mijn afstudeeropdracht. Samen met Cor (docent Calo) hebben ze kort aan de zijlijn van mijn onderzoekproces gestaan. Ik kreeg hulp waarnodig en ze stuurde me bij waar ik uit de bocht ging. Niet te vergeten, remde Cor me af, om het geheel behapbaar te houden. Precies wat ik nodig had.

Verder ben ik erg blij met de toestemming van de instelling en in het bijzonder de afdeling kliniek intensief. Met name het afdelingshoofd Eric en de psychiater Paul. Zij hebben een belangrijke bijdrage geleverd om het praktijkonderzoek te kunnen doen.

Met veel plezier heb ik de observaties uitgevoerd, de data verwerkt en het geheel op papier gekregen.

Bij deze wil ik iedereen bedanken die, op wat voor manier dan ook, betrokken is geweest, met de totstandkoming van mijn afstudeeropdracht. Zonder jullie allemaal was het me niet gelukt! Bedankt!

2. Samenvatting

2.1 Doel en vraagstelling

Dit is een vooronderzoek naar mogelijk te gebruiken oefenvormen die samen leiden tot een gestandaardiseerde en betrouwbare PMT observatiemethodiek. Bovendien levert dit onderzoek een bijdrage aan het overdraagbaar maken van de klinische blik aan beginnende PMT'ers. Bij dit doel sluit de hierop volgende vraagstelling en deelvragen aan.

Vraagstelling

Wat zijn de verschillen op de scores van de oefenvormen tussen de groep schizofrenie en de groep psychosen? De groep schizofrenie bestaat uit cliënten met schizofrenie of met een schizo- affectieve stoornis. De groep psychosen bestaat uit cliënten met een psychose door middelengebruik of een kortdurende psychose. Het onderzoek vindt plaats binnen de setting van de klinisch intensieve volwassen afdeling en de klinische vervolg volwassen afdeling te GGZ Helmond.

Deelvragen

Wat voor aspecten komen binnen de observatie- diagnostiek oefenvormen van PMT voor? Welke aspecten zijn theoretisch gezien het belangrijkste met betrekking tot schizofrenie? Zijn er dominante overeenkomsten op de scores van de oefenvormen?

2.2 Opbouw, resultaten en conclusie

Het theoretisch kader is het kwetsbaarheidsmodel. De kwetsbaarheden, met betrekking tot schizofrenie, zijn zichtbaar in dit onderzoek aan de hand van aspecten bij de oefenvormen. Groepen aspecten binnen dit vooronderzoek zijn negatieve symptomen, cognitieve beperkingen en beperking in de lichaamsoriëntatie. Belangrijke theoretische aspecten binnen deze groepen zijn energieverdeling, grenzen aangeven, stereotiepe bewegingen, inschatten eigen kunnen, bijstellen inschatting van eigen kunnen, dubbeltaken, aandachtsspanne, vervlakking affect, onsamenhangende spraak en ziekte inzicht.

Binnen deze theoretisch belangrijke aspecten is gezien dat er verschil is tussen de groep schizofrenie en de groep psychosen is. Namelijk dat de eerste groep negatief en de tweede groep positief is in de totaalscore. Bovendien scoort de groep schizofrenie vaker matig tot zeer matig dan de groep psychosen op de aspecten bij de oefenvormen.

Dus de oefenvormen zijn geschikt om een onderscheid te maken tussen een cliënt met schizofrenie of een psychotische cliënt. Omdat het onderscheid zichtbaar is, geven de oefenvormen en de observatielijst een basis voor een gestandaardiseerde en betrouwbare PMT observatiemethodiek. Het is wel moeilijk om de verschillen tussen schizofrenie en zwakbegaafdheid met psychosen te stellen.

Verder is naar voren gekomen dat er een aantal dominante overeenkomsten tussen de groepen schizofrenie en psychosen zijn. Dit is zichtbaar door de aanwezigheid van negatieve symptomen, het niet kunnen van dubbeltaken en het aangeven van grenzen.

Deze gegevens leveren een bijdrage aan het overdraagbaar maken van de klinisch blik aan beginnende PMT'ers, naast de weergave van de resultaten op zich.

Het is een vooronderzoek met een beperkt aantal deelnemers. Er is meer onderzoek nodig om de relevantie te verhogen.

3. Inleiding

3.1 Start situatie

Op mijn stage bij GGZ Helmond heb ik kennis gemaakt met de observatie oefenvormen van Iriah van Wijk. Hier was ik direct enthousiast over. Binnen de intake evaluatie¹ werd ik extra geprikkeld. De PMT- observatie levert op basis van deze oefenvormen een bijdrage aan de DSM- IV diagnose. De psychiater weegt de PMT observaties alvorens hij een beslissende diagnose stelt. Dat vond ik zeer mooi proces. Ik dacht, als deze oefenvormen en observaties zo goed zijn, dan moet dit ook werken binnen andere instellingen. Om mijn gedachte te staven, heb ik dit vooronderzoek opgesteld.

3.2 Doel van het onderzoek

Het is een vooronderzoek naar mogelijk te gebruiken oefenvormen die samen leiden tot een gestandaardiseerde en betrouwbare PMT observatiemethodiek. Deze oefenvormen zijn gericht op de aspecten² die bij schizofrenie te zien zijn.

Bovendien levert dit onderzoek een bijdrage aan het overdraagbaar maken van de klinische blik aan beginnende PMT'ers.

3.3 Vraagstelling

Wat zijn de verschillen op de scores van de oefenvormen tussen de groep schizofrenie en de groep psychosen? De groep schizofrenie bestaat uit cliënten met schizofrenie of met een schizo- affectieve stoornis. De groep psychosen bestaat uit cliënten met een psychose door een middel of een kortdurende psychose. Binnen de setting van de klinisch intensieve volwassen afdeling en de klinische vervolg volwassen afdeling te GGZ Helmond.

3.4 Deelvragen

Wat voor aspecten komen binnen de observatie- diagnostiek oefenvormen van PMT voor? Welke aspecten zijn theoretisch gezien het belangrijkste met betrekking tot schizofrenie? Zijn er dominante overeenkomsten op de scores van de oefenvormen?

3.5 Theoretisch kader

Schizofrenie wordt beschouwd als een van de meest ernstige psychiatrisch stoornissen en kan als volksziekte, in rangorde nummer drie (www.rivm.nl, 2008), worden beschouwd in Nederland. Echter is het stellen van de diagnose bemoeilijkt doordat er geen symptomen zijn die alleen bij schizofrenie voorkomen. Bovendien kan de diagnose schizofrenie pas gesteld worden als er herhaaldelijk een psychose gediagnosticeerd is. Dit betekent voor een PMT'er dat de indicatie vanuit de observaties alleen een werkdiagnose is.

Er bestaan veel theoretische modellen om het verschijnsel schizofrenie te omvatten. Een model dat ik bij dit onderzoek heb toegepast is het kwetsbaarheidsmodel (Zubin en Spring, 1977, Adolescenten psychiatrie, 2000; Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, 1994 & www.rivm.nl, 2008). Ik heb voor dit model gekozen omdat het verschillende oorzaken met betrekking tot schizofrenie zinvol met elkaar in verband brengt. Het model gaat er vanuit dat er bij schizofrenie sprake is van een bepaalde mate van blijvende kwetsbaarheid of verlaagde draagkracht. Volgens divers onderzoek (Van der Gaag, 1988 & Woonings et al, 1992, Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 25) lijkt

¹ Een multidisciplinair overlegmoment met betrekking tot gedane observatie of onderzoek voor bijdrage DSM IV diagnose

² Aspecten zijn bijvoorbeeld dubbeldaken of vervlakt affect. Alle voorkomende kenmerken binnen de oefenvormen, gerelateerd aan schizofrenie, worden hier aspecten genoemd.

tenminste de helft van mensen met een schizofrenie in min of meer ernstige mate aan cognitieve functiestoornissen. Dat is een uiting van kwetsbaarheid. Binnen dit vooronderzoek wordt vooral gekeken naar de volgende cognitieve functies: het doen van dubbeltaken, de aandachtsspanne, het inschatten van eigen kunnen en aan de hand van de resultaten de verwachting kunnen bijstellen

De observaties leveren een bijdrage aan de DSM-IV diagnose, gesteld door de psychiater. Afkomstig van dit diagnosemodel nemen de volgende, positieve en met name negatieve, symptomen een belangrijke plaats in deze observatiemethode: vervlakking affect, onsamenvhangende spraak, stereotiepe bewegingen en beperking van ziekte inzicht.

Mensen met een schizofrenie zijn beperkt in de lichaamsoriëntatie. Zoals grenzen aangeven en energieverdeling. Dit zijn belangrijke, theoretische aspecten binnen dit vooronderzoek. De theoretische onderbouwing komt voort uit revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie.

De achterliggende gedachte van de oefenvormen is het relationele mensbeeld. Zoals je beweegt in de zaal is zoals in het hier en nu bent. Als dit verstoord is door bijvoorbeeld stress dan is dit in het bewegen zichtbaar.

Er komen diverse aspecten van schizofrenie voor binnen de oefenvormen. Niet elk aspect is in dit vooronderzoek verwerkt. Alleen de aspecten met belangrijke theoretische onderbouwingen worden in de resultaten weergegeven.

3.6 Opbouw van het onderzoeksverslag

Allereerst wordt de methode met onderzoeksgroep, methodiek, onderzoeksinstrument en PMT en onderzoeksmethode besproken. Dit wordt opgevolgd door de weergave van de resultaten van dit onderzoek. Zowel in totaalscore als per groep aspecten. Hieruit worden conclusies getrokken wat in het volgende hoofdstuk te lezen is. Tot slot een discussie over het onderzoek en de aanbevelingen over de oefenvormen en observatiemethodiek.

4. Methode

4.1 Beschrijving onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit cliënten van de afdeling klinisch intensief en de afdeling klinisch vervolg. De cliënten komen met een acute opname op de afdeling klinisch intensief door de crisisdienst, een (ambulante) behandelaar of gedwongen (IBS, RM). Ze worden opgenomen omdat er een ernstig beeld is waarbij voornamelijk de omgeving de druk niet meer aan kan. De meeste cliënten zijn bij opname psychotisch. Hierbij komen vooral de volgende items ter sprake: verwaarlozing, suïcidaal, agressie en uitputting. De behandeling, die start bij de opname, bestaat uit activeren met structuur en medicatie. Medicatie is een belangrijk onderdeel, want zonder medicatie kan een psychose niet geremd worden.

Blijkt de psychose langdurig te zijn, zoals een schizofreen beeld, dan komen de cliënten op de afdeling klinisch vervolg. Hier is ook sprake van een gestructureerd programma en neemt medicatie een belangrijke plaats in. In het kader van het vooronderzoek nemen ook cliënten van deze afdeling deel. Om met name het aantal cliënten met schizofrenie, en daarmee de betrouwbaarheid van de oefenvormen, te vergroten.

4.2 Methodiek

De DSM- IV diagnose wordt gesteld als dat nog niet eerder gedaan is bij een cliënt. Of deze dient te worden bijgesteld. Het is niet ongebruikelijk dat een eerder gestelde DSM-IV diagnose in een later stadium gewijzigd moet worden in de diagnose schizofrenie (Schwartz e.a, 2000, www.schizofrenieplein.nl). Vanuit verschillende disciplines wordt er geobserveerd en onderzocht om een bijdrage te leveren aan het stellen van een diagnose. De beslissende diagnose wordt door de psychiater gedaan.

Na 3 á 4 weken volgt er een multidisciplinaire intake- evaluatie. Iedere discipline bespreekt hierbij de relevante informatie van de gedane observatie of onderzoek. Items hierbij zijn: de duur van de psychose, de stemming, het IQ, ziektegeschiedenis, de omgeving waar de cliënt uit komt en heteroanamnese.

Vanuit dit oogpunt komt een cliënt ook individueel bij PMT voor observatie. Hier wordt er door oefenvormen gedrag van de cliënt opgeroepen. De observaties hiervan hebben onder andere betrekking op het ziektebeeld. Op basis van de observatievragen vanuit de psychiater en rekening houdend met de kenmerken van de doelgroep zijn de oefenvormen ontstaan. Belangrijk is hierbij de lage belasting van de oefenvormen, omdat het een kwetsbare doelgroep is.

4.3 Onderzoeksinstrument en PMT

Binnen dit onderzoek komen de cliënten vrijwillig en individueel twee keer 45 minuten naar de zaal. Hier worden een zevental oefenvormen gestandaardiseerd en gestructureerd aangeboden (*bijlage I*). Hiernaast kan de cliënt zelf een spel of oefening kiezen en is er een algemene observatie.

Over het algemeen hebben mensen met schizofrenie minder draagkracht, dat betekent een vergrote kwetsbaarheid. Dat is zichtbaar op de aspecten van de oefenvormen door een lage score. Groepen aspecten met betrekking tot schizofrenie zijn negatieve symptomen, cognitieve beperkingen en beperkingen in de lichaamsoriëntatie. Deze groepen aspecten worden hieronder nader toegelicht.

Negatieve symptomen

Negatieve symptomen domineren vaak het klinisch beeld wanneer de psychose geweken is en bepalen in belangrijke mate de diagnose (Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, 2005, www.schizofrenieplein.nl). Dit zijn aspecten zoals stereotiepe bewegingen, vervlakking van het affect en onsamenvhangende spraak. Dit wordt bij schizofrenie gediagnosticeerd. (Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193). Stereotiepe bewegingen zijn regelmatige, zinloos herhaalde bewegingen. Zowel van ledematen als van strakke gelaatstrekken in het gezicht (grimassen). Bij een strak gezicht waar geen emoties en belevingen zijn af te lezen, is er sprake van een vervlakt affect. Er is sprake van onsamenvhangende spraak, als cliënten in een verhaal van de hak op de tak springen en onnavolgbare verbanden leggen.

Een veelvoorkomend aspect bij mensen met een schizofrenie is de beperking van het ziekte inzicht. Ze zien de aard, gevolgen of het ontstaan van hun toestand niet in. Dit is een aspect wat gescoord wordt in de algemene observatie. Omdat het niet specifiek voorkomend per oefenvorm is.

Cognitieve beperkingen

Cognitieve functies vormen de basis voor het menselijk handelen, het is een belangrijk onderdeel van je draagkracht. Veel cliënten met schizofrenie hebben cognitieve functiestoornissen, wat de draagkracht vermindert. Binnen dit vooronderzoek en de oefenvormen zijn vooral de cognitieve functies dubbeltaken, aandachtsspanne, inschatten van eigen kunnen en op basis daarvan, het bijstellen van de inschatting van eigen kunnen, zichtbaar. Mensen met schizofrenie hebben beperkingen in het toepassen van geautomatiseerde bewegingen, zo ook in dubbeltaken. Ze kunnen niet gelijktijdig een zakje werpen en een som uitrekenen. De beperking in de aandachtsspanne is te zien aan de zeer korte concentratieboog. Verder is het door formele denkstoornissen moeilijk om abstract te denken, informatie waar te nemen en te verwerken. Dit geeft beperkingen in het inschatten van eigen mogelijkheden en op basis van de behaalde resultaten het bijstellen van het inschatten van eigen kunnen.

Beperkingen in de lichaamsoriëntatie

Mensen met schizofrenie zijn beperkt in het beleven en het bewustzijn van het lichaam. Dit komt naar voren uit analyse van informatieverwerkingstheorieën, neurofysiologische en neuropsychologische theorieën (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, 1994). Binnen dit vooronderzoek en oefenvormen komt dit tot uiting bij de aspecten grenzen aangeven en energieverdeling. Als de cliënten niet adequaat reageren op lichaamssignalen, scoren ze matig tot zeer matig op het aspect grenzen aangeven. Dit kan zichtbaar zijn door bijvoorbeeld juist heel snel over de bank te lopen, om niet 'te voelen'. Door de beperking in het beleven van het lichaam zijn mensen met schizofrenie ook niet bewust van hun energieverdeling. Het organiseren van bewegingsgedrag wordt bemoeilijkt. Hierdoor geven ze of alle energie en kracht tegelijk, of ze komen niet in hun kracht.

4.4 Onderzoeksmethode

Allereerst heb ik de observaties afgenomen op twee verschillende dagen. Na alle observaties te hebben gedaan heb ik de diagnoses opgevraagd. Vervolgens heb ik de gegevens verwerkt, zoals weergegeven in de resultaten.

5. Resultaten

5.1 Algemeen

In dit hoofdstuk wordt eerst de samenstelling van de onderzoeksgroep en het resultaat van de deelvragen weergegeven. Vervolgens een grafiek met de totaalscore en de uitleg op de aspecten per cliënt.

Tot slot wordt er per groep aspecten; negatieve symptomen, cognitieve beperkingen en beperkingen in de lichaamsoriëntatie, de resultaten in grafiek en uitleg weergegeven. Hierin wordt verschil gemaakt tussen de groep schizofrenie, de groep psychosen en de groep psychosen zonder zwakbegaafdheid.

5.2 Onderzoeksgroep

Hierbij een diagnostische beschrijving van de cliënten (Q t/m Y), die hebben deelgenomen aan het onderzoek, op As I van de DSM-IV.

Diagnoses op As I

Groep schizofrenie

Q: schizofrenie

R: schizofrenie

S: schizo- affectief

Groep psychosen

T: kortdurende psychose

U: psychose door middelengebruik

V: psychose door middelengebruik

W: psychose door middelengebruik

X: psychose door middelengebruik, zwakbegaafd

Y: kortdurende psychose, zwakbegaafd

5.3 Deelvragen

Wat voor aspecten komen binnen de observatie diagnostiek oefenvormen van PMT voor?

De aspecten die voorkomen binnen de observatiediagnostiek oefenvormen van PMT zijn te vinden in bijlage I en II. In bijlage I staat per oefenvorm het kopje 'Waar kijk je naar'. In bijlage II bevindt zich de lijst: scores op oefenvormen. Hierbij worden per oefenvorm de voorkomende aspecten aangegeven, waarbij aangegeven kan worden in welke maat ze voorkomen.

Welke aspecten zijn theoretisch gezien het belangrijkste met betrekking tot schizofrenie?

De belangrijkste aspecten met betrekking tot schizofrenie worden weergegeven in de volgende grafieken. Deze aspecten zijn in '4.3 Onderzoeksinstrument en PMT' onderbouwd. In bijlage III worden de theoretische verwijzingen uitgebreid aangegeven.

Zijn er dominante overeenkomsten op de scores van de oefenvormen?

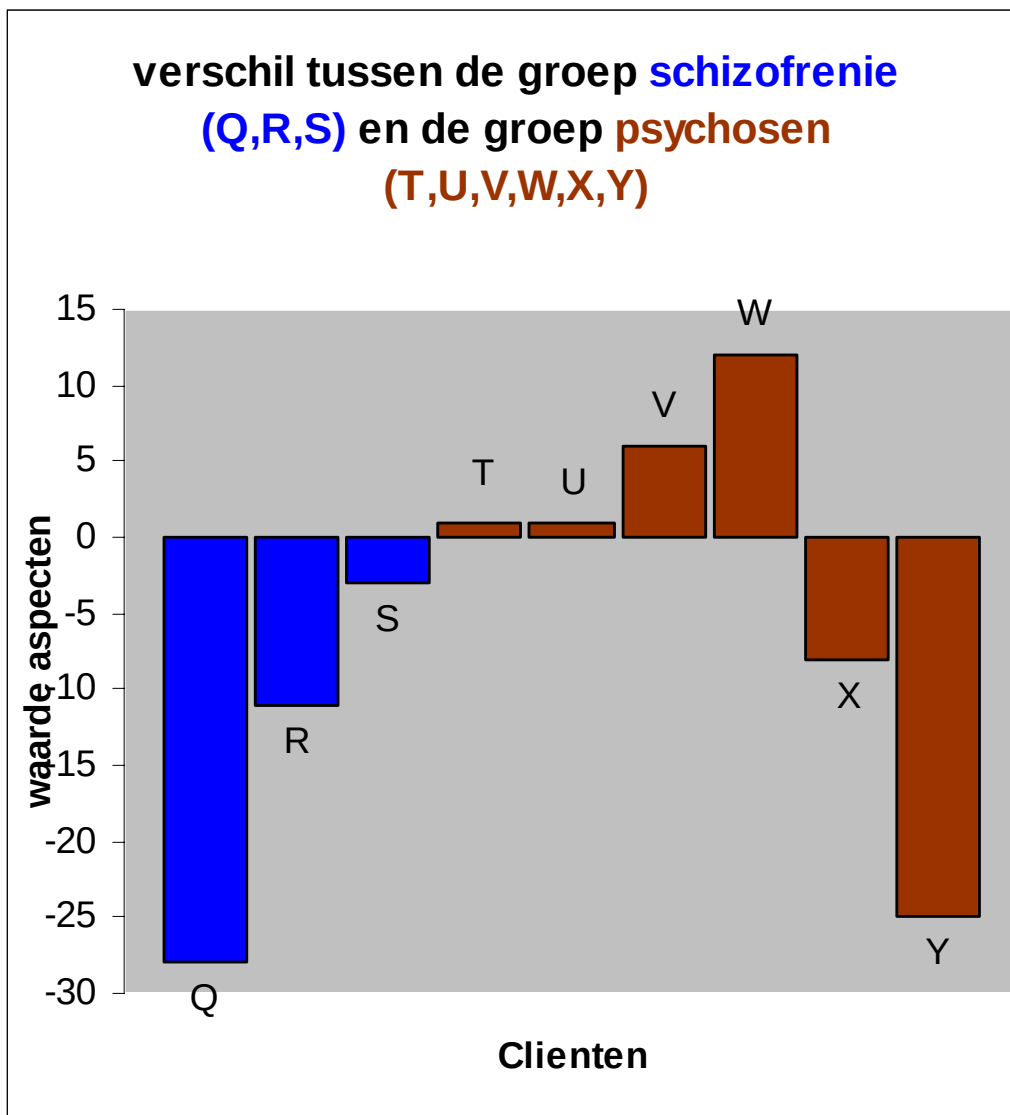
Op deze deelvraag wordt ingegaan bij '5.6 Negatieve symptomen', '5.7 Cognitieve beperkingen' en '5.8 Beperkingen in de lichaamsoriëntatie'. Bovendien wordt er in de conclusie op teruggegrepen.

5.4 Weergave resultaten

Bij een paar cliënten zijn aspecten ingevuld op basis van een gemiddelde wegens afwezigheid van de waarde. Dit gemiddelde is tot stand gekomen door alle waarden van de belangrijke aspecten te middelen bij de betreffende cliënt.

Verder betekent in de grafieken en tabellen een negatieve score dat er vaak matig tot zeer matig is gescoord. En een positieve score dat er vaak bovengemiddeld tot goed is gescoord.

5.5 Totaalscore aspecten



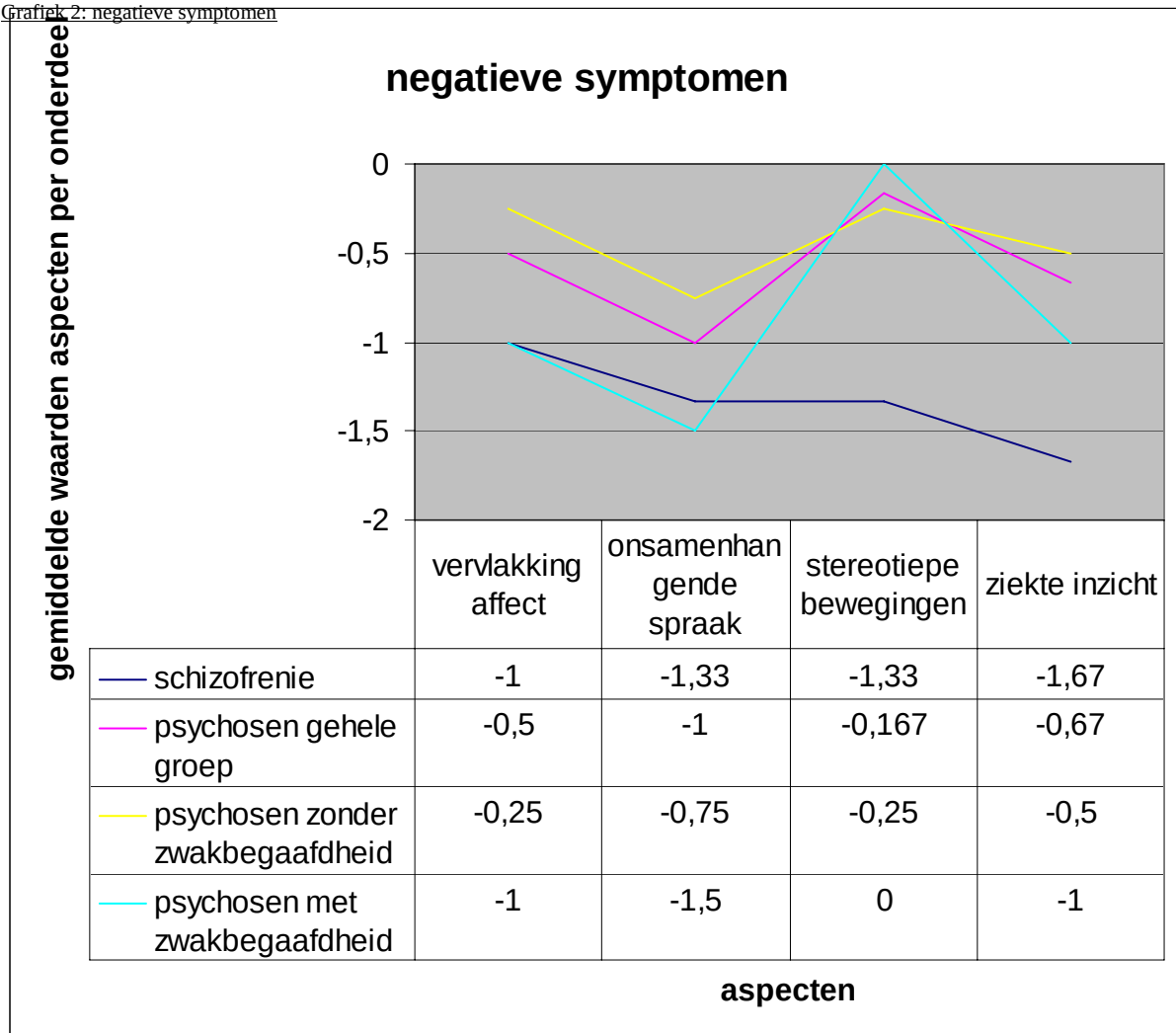
Grafiek 1, totaalscore van de groep schizofrenie en de totaalscore van de groep psychosen, beide cliënt.

De totaalscore is afkomstig uit de som van de volgende aspecten: energieverdeling, oog- hand coördinatie, doorzettingsvermogen, grenzen aangeven, stereotiepe bewegingen, lichaamsoriëntatie, loopsnelheid, inschatten eigen kunnen, bijstellen inschatting eigen kunnen, leervermogen, dubbeltaken, timen, geheugen, vastheid hoepelkeuze, aandachtsspanne, vervlakking affect, initiatiefname, verzorging, onsamenhangende spraak en inzicht ziektebesef.

Bij deze grafiek is te zien dat de groep schizofrene of schizo- affectieve stoornis een negatieve totaalscore op de aspecten van de observatielijst van de oefenvormen heeft. De groep psychosen of een psychose door een middel heeft een positieve totaalscore, behalve X en Y. Opvallend is dat beide cliënten (X,Y) zwakbegaafd zijn. De negatieve totaalscore van X en Y lijken veel op de totaalscores van de groep schizofrenie.

5.6 Negatieve symptomen

Grafiek 2: negatieve symptomen



Zichtbaar in deze grafiek en tabel is dat de groep schizofrenie lager scoort op de negatieve symptomen dan de gehele groep psychosen en groep psychosen. Bovendien is zichtbaar dat de groep psychosen zonder zwakbegaafdheid weinig verschil heeft met de groep psychosen in zijn geheel.

In deze grafiek is een verschil te zien bij stereotiepe bewegingen tussen de groep schizofrenie en de groep psychosen met zwakbegaafdheid. De dominante overeenkomst tussen alle groepen is dat hier, bij de negatieve symptomen, dat op elk aspect niet boven de nul wordt gescoord.

5.6.1 Voorbeelden van opmerkingen

Schizofrenie:

Stereotiepe bewegingen: wiebelen, mond bewegingen, motorische onrust of veel armzwaaiingen, meer dan nodig om evenwicht te bewaren

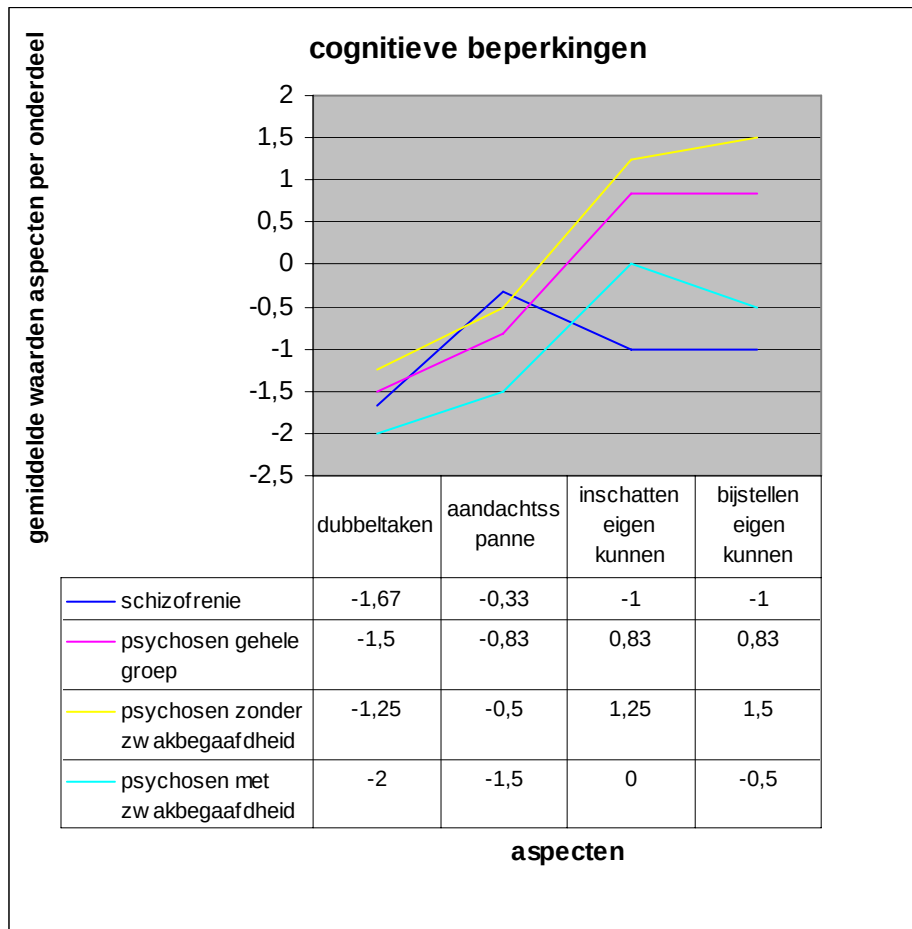
Onsamenhangende spraak: Schrijf je rechts?: 'Ja, ik stem op de VVD'.

Psychosen:

Stereotiepe bewegingen: zeer wijd lopend met veel motorische onrust

Onsamenhangende spraak: Binnen een verhaal beginnen bij voetbal en onnavolgbaar uitkomen bij 'iedereen is tegen mij'.

5.7 Cognitieve beperkingen



Grafiek 3, cognitieve beperkingen

In deze grafiek en ook in de tabel is duidelijk zichtbaar dat elk deelnemende cliënt met een psychose zeer matig functioneert in dubbeltaken. Dit is een dominante overeenkomst. Op de aandachtsspanne wordt door de groepen matig gescoord. Opvallend is dat de groep psychosen met zwakbegaafdheid het laagste scoort op dubbeltaken en aandachtsspanne.

Een aanzienlijk verschil is te zien bij de aspecten inschatten eigen kunnen en bijstellen inschatting eigen kunnen. De groep gehele groep psychosen scoort ruim boven de nul. Dit geeft een duidelijk verschil met de groep schizofrenie met een gemiddelde score van -1. Hier verschilt de groep schizofrenie zich iets met de groep psychosen met zwakbegaafdheid. De groep psychosen met zwakbegaafdheid scoort hierbij iets beter.

Verder geeft deze grafiek duidelijk de verschillen tussen de groep psychosen zonder zwakbegaafdheid en de groep psychosen met zwakbegaafdheid. De groep psychosen zonder zwakbegaafdheid scoort dermate hoger op elk aspect binnen de cognitieve beperkingen.

5.7.1 Voorbeelden van opmerkingen

Schizofrenie:

Bijstellen eigen kunnen: Ondanks 10 te hebben gescoord, bleef ongeveer 6x scoren denken.

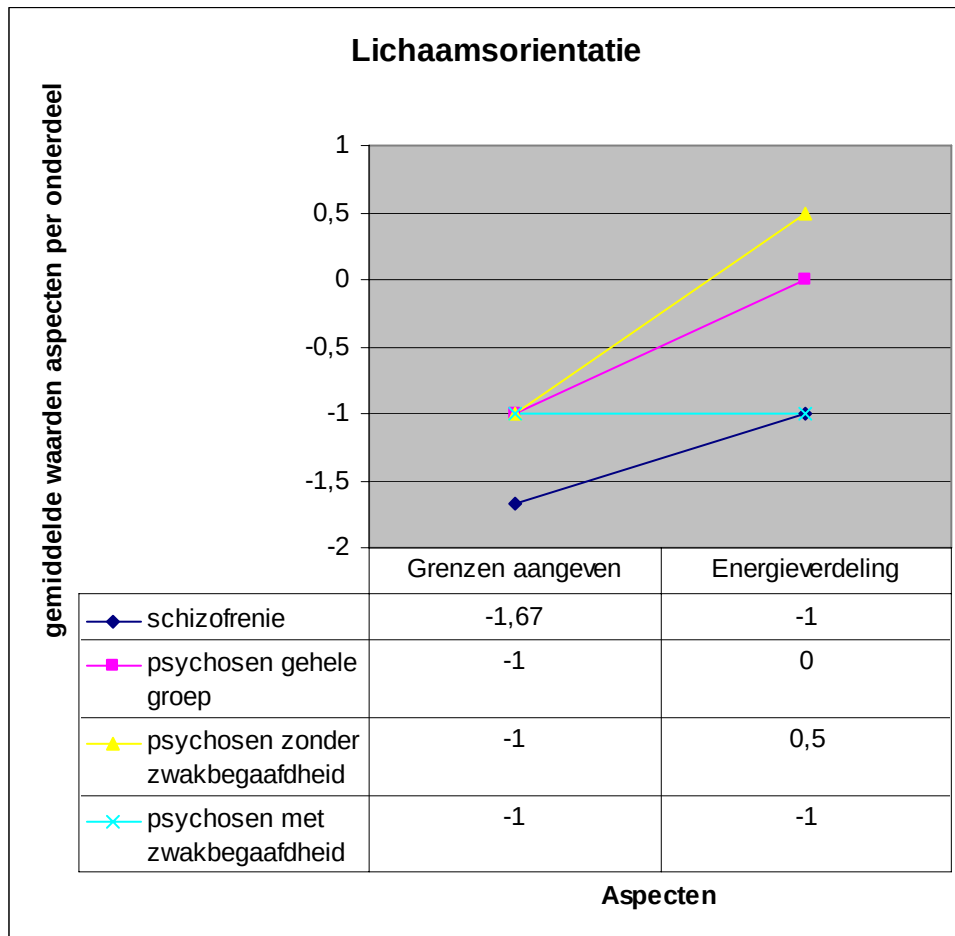
Dubbeltaken: Kan niet rekenen en gooien tegelijk

Psychosen:

Bijstellen eigen kunnen: Goed bijgesteld

Dubbeltaken: Gooit eerst, dacht daarna pas na

5.8 Beperkingen in de lichaamsoriëntatie



Grafiek 4, lichaamsoriëntatie

Bij de grafiek en tabel van lichaamsoriëntatie is zichtbaar dat grenzen aangeven door alle groepen negatief wordt gescoord. Bij de groep schizofrenie is dit lager dan bij de gehele groep psychosen. Bij de energieverdeling is zichtbaar dat de groep schizofrenie ook hier negatief scoort en dat de groep psychosen positief scoort.

Binnen de groep aspecten beperkingen in de lichaamsoriëntatie, zijn geen dominante overeenkomsten. Bovendien is het verschil tussen schizofrenie en psychosen met zwakbegaafdheid, aan de hand van deze resultaten, moeilijk zichtbaar.

5.8.1 Voorbeelden van opmerkingen

Schizofrenie:

Grenzen aangeven: Niet op de evenwichtsbalk durven, toch doen

Energieverdeling: Snel vermoeid, geeft niet aan toe

Psychosen:

Grenzen aangeven: Wel aangeven, niet vasthouden

Energieverdeling: Geeft aan het te verdelen, stopt bij 'lamme arm'

6. Conclusie

6.1 Algemeen

In dit hoofdstuk worden de resultaten geïnterpreteerd en teruggekoppeld aan de vraagstelling. Binnen dit onderzoek zijn de resultaten in een totaalscore en per groep aspecten weergegeven. De resultaten gaan over de aspecten van schizofrenie, die in de oefenvormen zichtbaar zijn.

Wat betekenen deze resultaten in zijn totaliteit met betrekking tot de vraagstelling? Wat betekenen de verschillen tussen de groepen schizofrenie en psychose? Dit is te lezen bij de '6.2 Vraagstelling'. De invloed van zwakbegaafdheid is te lezen bij '6.3 Zwakbegaafdheid'.

Wat geven de resultaten in de grafieken 2,3 en 4 weer? Het gaat over de negatieve symptomen, cognitieve beperkingen en beperkingen in de lichaamsoriëntatie. Wat betekent de uiteenzetting van deze resultaten? Wat is de dominante overeenkomst en wat heeft het voor gevolgen voor de klinische blik? Dit wordt duidelijk bij '6.4 Groepen aspecten en PMT'.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een slotconclusie (6.5).

6.2 Vraagstelling

Wat is het verschil op de scores van de oefenvormen tussen de groep schizofrenie en de groep psychosen? In de totaalscore scoort de groep schizofrenie negatief. De groep psychosen scoort positief in de totaalscore. Wat betekenen deze gegevens?

Het betekent voor de groep schizofrenie dat vaak matig tot zeer matig scoort op de aspecten bij de oefenvormen. Dit resulteert in een negatieve totaalscore. De matige tot zeer matige score is ook te zien in de resultaten waarbij de verschillende onderdelen zijn uitgezet. Het betekent dus dat ze een verminderde draagkracht hebben, een vergrote kwetsbaarheid.

Wat betekent het voor de groep psychosen, dat ze ondanks de positieve eindscore, ook regelmatig negatief scoren op de aspecten? De regelmatig negatieve score is te zien bij de resultaten van de gegroepeerde aspecten. Het betekent dat de draagkracht, in vergelijking met gezonde mensen, is verlaagd. In vergelijking met de groep schizofrenie, heeft de groep psychosen een grotere draagkracht, binnen dit praktijkonderzoek omdat ze een positieve eindscore hebben.

Deze vergelijking geeft antwoord op de vraagstelling. Het verschil tussen de groepen schizofrenie en psychosen is dat de groep schizofrenie meer matig tot zeer matig scoort op de aspecten bij de oefenvormen. Dus dat de groep schizofrenie is meer kwetsbaar dan de groep psychosen.

Dit geeft aan dat op basis van de observatie oefenvormen een PMT'er verschil kan aangeven tussen cliënten met schizofrenie en cliënten met een psychose. Dus kan doormiddel van deze observatie oefenvormen een bijdrage worden geleverd aan de DSM-IV diagnose.

6.3 Zwakbegaafdheid

In de totaalscore lijkt de score van de groep psychosen met zwakbegaafdheid veel op die van de groep schizofrenie. Is er een verschil binnen deze oefenvormen aan te geven tussen cliënten met schizofrenie en cliënten met een psychose en zwakbegaafdheid?

Dat de cliënten met een psychose met zwakbegaafdheid zeer negatief scoren op de totaalscore is logisch te verklaren. Veel voorkomende aspecten, die door de oefenvormen zichtbaar worden, zijn cognitieve functies. Cognitieve functies vormen basis voor het menselijk handelen. Als deze laag of verstoord zijn, dan heb je een verhoogde kwetsbaarheid. Cognitieve functies zijn laag bij zwakbegaafdheid en verstoord door een psychose, bij deze cliënten is dat dus dubbelop, dus een negatieve totaalscore. Bovendien scoort de gehele onderzoeksgroep negatief op negatieve symptomen en laag in beperkingen in de lichaamsoriëntatie.

Als de gegevens vergeleken worden bij de apart uitgezette onderdelen dan zijn de verschillen tussen de groep schizofrenie en de groep psychosen met zwakbegaafdheid zijn moeilijk zichtbaar. Bij de grafiek cognitieve functies score ze duidelijk lager. Behalve op inschatten en bijstellen van verwachtingen van eigen kunnen, al is de score hier ook negatief. Er is echter een uitschieter te zien bij stereotiepe bewegingen. Hierbij is een groot verschil zichtbaar, met een positieve score voor psychosen met zwakbegaafdheid. Maar dat lijkt eerder toevallige uitschieter in de resultaten. Het verschil blijkt moeilijk zichtbaar.

6.4 Groepen aspecten en PMT

Wat betekenen de resultaten van de groepen aspecten. Wat is de dominante overeenkomst? Naast deze antwoorden worden de conclusies met betrekking tot de klinische blik voor PMT'ers getrokken.

Negatieve aspecten

Zowel bij schizofrenie als psychosen komen negatieve symptomen voor. Het is een dominante overeenkomst. Bij de groep schizofrenie wordt er lager gescoord. Dat geeft het verschil aan met de groep psychosen. Bij de groep schizofrenie komen meer negatieve symptomen voor.

Gezien de klinische blik kan je zeggen dat er negatieve symptomen voorkomen bij schizofrenie en psychosen. Daarnaast dat de symptomen in hogere mate voorkomen bij schizofrenie, te zien bij deze oefenvormen. Dat bijvoorbeeld het ziekte inzicht bij cliënten met schizofrenie nog beperkter is dan het ziekte inzicht bij een kortdurende psychose.

Cognitieve aspecten

Bij de cognitieve beperkingen is zichtbaar dat de groep schizofrenie op elk aspect negatief, dus matig tot zeer matig scoort. De groep psychosen scoort op de ene helft van de aspecten negatief en op de andere helft positief. Dat is het verschil tussen de groep schizofrenie en de groep psychosen. Om dus onderscheid tussen de groepen te kunnen maken, gezien de klinische blik, wordt gekeken naar de hoeveelheid van de score matig tot zeer matig.

De dominante overeenkomst is de lage score op dubbeltaken. Op zich is dat niet vreemd omdat je hierbij veel cognitief geheugen voor nodig hebt. Bij een psychose is het cognitief geheugen sowieso verstoord. Dus dat is bij zowel de groep schizofrenie als bij de groep psychosen verstoord. Dit resulteert zich in een zeer matige score voor beide groepen. Voor de klinische blik betekent dit dat het niet kunnen van dubbeltaken zichtbaar is bij zowel een psychose als bij schizofrenie, volgens dit praktijk gerichte vooronderzoek.

Lichaamsoriëntatie

Ook bij de resultaten van de lichaamsoriëntatie blijkt de groep schizofrenie negatief scoren op elk aspect. De groep psychosen scoort op het ene aspect negatief en op het andere aspect

positief. Dit sluit bij aan op de conclusie van de vraagstelling. Namelijk dat de groep schizofrenie meer matig tot zeer matig scoort dan de groep psychosen.

Gezien de klinisch blik en de dominante overeenkomst blijkt grenzen aangeven voor elke cliënt moeilijk te zijn. Verder zijn er wel opmerkelijke verschillen bij de energieverdeling aan te geven tussen de groep psychosen en de groep schizofrenie. Het verdelen van energie is voor de groep schizofrenie veel moeilijker, gezien ze vaker matig tot zeer matig scoren.

6.5 Slotconclusie

De groep schizofrenie scoort meer matig tot zeer matig dan de groep psychosen. Dat is het verschil tussen een cliënt met schizofrenie of een cliënt met een psychosen. Dus de oefenvormen zijn geschikt om een onderscheid te maken. Omdat het onderscheid zichtbaar is, geven de oefenvormen en de observatielijst een basis voor een gestandaardiseerde en betrouwbare PMT observatiemethodiek. Wel is het moeilijk om de verschillen tussen schizofrenie en zwakbegaafdheid met psychosen te zien.

De dominante overeenkomsten binnen dit praktijkgerichte vooronderzoek tussen de groepen schizofrenie en psychosen zijn: de aanwezigheid van negatieve symptomen, het niet kunnen van dubbeltaken en het aangeven van grenzen.

Deze gegevens leveren een bijdrage aan het overdraagbaar maken van de klinisch blik aan beginnende PMT'ers, naast de weergave van de resultaten op zich.

7. Discussie

7.1 Methode

Een doel binnen onderzoek is zo betrouwbaar mogelijk te werk te gaan. Bij dit onderzoek ben ik de enige die de observatielijsten heeft ingevuld. Binnen dit praktijk onderzoek is dit de enige haalbaarheid hierin. Dit betreft ook het aantal cliënten. Hoe meer cliënten hoe betrouwbaarder de data. Binnen dit praktijk onderzoek hebben tien cliënten deelgenomen. Hierbij zijn de gegevens van één cliënt afgefallen, omdat deze cliënt depressief bleek te zijn. Bovendien hebben een paar cliënten, door diverse redenen, een oefenvorm niet kunnen doen. Hiervoor zijn gemiddelde waarden ingevuld. Omdat er anders geen duidelijke resultaten kunnen worden weergegeven.

Kortom de haalbaarheid en de betrouwbaarheid hebben hand in hand gestaan binnen dit praktijk gerichte vooronderzoek. Binnen de haalbaarheid is alles zo betrouwbaar mogelijk uitgevoerd.

7.2 Waarom deze oefenvormen?

Schizofrenie is een complex ziektebeeld omdat het bij iedereen op een andere manier tot uiting komt. Daarom is het ook moeilijk om een klinische blik voor beginnende PMT'ers over te dragen. Dat is de reden om deze oefenvormen als basis te nemen. Zoals in de resultaten en conclusies is gebleken dat de aspecten van schizofrenie worden opgeroepen. Hierbij is een verschil aan te geven tussen schizofrenie en psychosen. Dus binnen dit praktijkonderzoek geven de oefenvormen het beeld te werken.

Als deze oefenvormen dan als basis worden aangehouden levert dat een positieve bijdrage aan het overdragen van de klinische blik. Het geeft namelijk een stabiele basis van waaruit gewerkt kan worden..

7.3 Resultaten

Om een zo helder mogelijke beschrijving te geven, wat overzichtelijk en pakkend is, heb ik ervoor gekozen niet van alle aspecten de resultaten weer te geven. De belangrijkste, met theoretische onderbouwing, zijn weergegeven

Wat ik verder opvallend vind, is dat er zo hoog gescoord is op oog- hand coördinatie. De resultaten hiervan tellen mee in de totaalscore. De hoge score is er waarschijnlijk omdat er veel cliënten vrijwillig naar de zaal komen binnen dit onderzoek. Dat betekent vaak dat ze kunnen sporten, mede door een goed ontwikkelde oog- handcoördinatie. Wat resulteert in een hoge score op oog- handcoördinatie, wat je volgens de theorie niet zou verwachten.

7.4 Conclusie

Op basis van de theorie en resultaten heb ik conclusies kunnen trekken. Als er meer gegevens zijn, dan is de betrouwbaarheid hoger. Dan kunnen er meer, en zelfs evidence based, conclusies worden getrokken.

8. Aanbevelingen

8.1 PMT observatiemethodiek

In dit vooronderzoek is gebleken dat de oefenvormen te gebruiken zijn om verschillen tussen schizofrenie en psychosen aan te geven. Om dit gegeven betrouwbaarder te maken is meer onderzoek nodig. Ik beveel hierbij aan het aantal geobserveerde cliënten te vergroten en het door meerdere therapeuten te laten uitvoeren. Dit kan door bijvoorbeeld videomateriaal. Verder kan de standaardisering worden gereguleerd als meerdere therapeuten deze oefenvormen uitvoeren. Bovendien wordt het geheel betrouwbaarder als de (beginnende) PMT'ers geschoold worden, zoals ook bij onderzoek van de PsyMot wordt toegepast.

Als dit vooronderzoek een aanzet geeft tot verder onderzoek, dan zijn de ruwe data op te vragen.

8.2 Aspecten van schizofrenie

Veel persoonlijke verschillen binnen schizofrenie zijn door de oefenvormen duidelijk zichtbaar te maken. De verschillen uit zich niet perse in waar iemand niet goed in is. De oefenvormen zijn ook te gebruiken om zichtbaar te maken waar iemand sterk in is. Intelligentie is bijvoorbeeld moeilijk zichtbaar in de floride fase op de afdeling. Met de oefenvormen is dan een indicatie te geven betreft de intelligentie.

8.3 Klinische blik

Het gehele onderzoek, inclusief de oefenvormen en observatielijsten dragen bij aan de klinische blik voor beginnende PMT'ers. Het onderzoek is te gebruiken voor het zien van voorbeelden en op welke manier de oefenvormen daadwerkelijk werken. Belangrijk hierbij is het scholen van de beginnende PMT'ers die het instrument willen gebruiken.

De beschrijvingen van de oefenvormen zijn geschikt om toe te kunnen passen in de zaal. De observatielijst is te gebruiken om aan te geven wat de cliënt in de zaal laat zien. Hierna kan, aan de hand van deze informatie, een verslag geschreven worden. Dit verslag is te gebruiken in de intake evaluatie en/ of kan worden toegevoegd aan het dossier.

Verder is aan te bevelen te kijken naar de hoeveelheid van negatieve symptomen en cognitieve functies. Bovendien is aan te bevelen te letten op dubbeltaken en grenzen aangeven. Omdat het veel voorkomt dat deze niet adequaat zijn. Hierin lijken de resultaten gezien dit onderzoek veel op elkaar. Het is wel belangrijk observatiemateriaal voor binnen de intake-evaluatie.

8.4 Zwakbegaafdheid en psychosen

Zoals in de conclusie is gebleken dat de verschillen tussen de groep schizofrenie en de groep psychosen en zwakbegaafdheid, moeilijk zichtbaar zijn, is het dus belangrijk dat er eerst gekeken wordt naar zwakbegaafdheid, alvorens de observatie met deze oefenvormen te doen. Het is aan te bevelen dit na te vragen bij de psychiater of in de reeds bekende gegevens op te zoeken. Zodat dit meegenomen wordt met de observaties en beter de PMT werkdiagnose beter gespecificeerd kan worden.

9. Literatuurlijst

Boeken:

Koster van Groos, GAS (vertaler) (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Vertaling. Hartcourt Book Publishers.

Nolen, W.A. (2004). *Psychofarmaca, de toepassing van medicijnen in de psychiatrie*. Informatie voor patiënten familieleden en betrokkene. Lundbeck B.V.

Roozendaal, N.P.(1967). *Een methode van bewegingsonderzoek in de psychiatrische inrichting, verhandeling aangeboden tot het verwerven van de graad van Licentiaat in de Lichamelijke opleiding*. Katholieke universiteit van Leuven. Instituut voor Lichamelijk Opleiding.

Slooff, CJ, Appelo, MT, Berkenbosch, IM, & Louwerens, JW (1994) *Revalidatiemodulen voor met een schizofrenie*. Uitgave Projectenprogramma Woonrevalidatie Psychiatrisch Centrum Licht en Kracht (Schizophrenia Rehabilitation Research Assen/ Groningen). Van Gorcum En Comp BV Assen.

Vandereyken, W., van Deth, R., (2004) *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Tweede herziene druk. Bohn Stafleu van Loghum. Houten. ISBN 90 313 4187 8

Verhulst, F.C., Verheij, F., (2000). *Adolescenten psychiatrie*. Van Gorcum & comp. BV ISBN 90 232 34405

Tijdschriftartikelen:

Claudia Emck (1997). *Diagnostische procedure voor psychomotorische therapie*. *Bewegen en hulpverlening*, 14, 127-140

Claudia Emck (2007). *Scoren en erbij blijven deel 1: de ontwikkeling van de PsyMot als diagnostisch instrument*. *Tijdschrift voor vaktherapie* 2007/2, 41-45

Claudia Emck (2007). *Scoren en erbij blijven deel 2: Terry in beweging*. *Tijdschrift voor vaktherapie* 2007/3, 19-26

Internetbronnen:

Oefenvorm speltactiek, in januari 2008 gehaald van bron: www.pmtinfosite.nl

Schizofrenie, in maart 2008 gehaald van bron:
www.rivm.nl/vtv/object_document/02694n16908.html

Rangorde volksziekte, in mei 2008 gehaald van bron:
www.rivm.nl/vtv/object_document/01549n16912.html

Richtlijn schizofrenie 2005, in februari 2008 gehaald van bron:
www.schizofrenieplein.nlhulp/advies/richtlijn.htm

10. Bijlagen

Bijlage I:	Oefenvormen observatie	blz. 21
Bijlage II:	Lijst: scores op oefenvormen	blz. 25
Bijlage III:	Theoretische verwijzing	blz. 28
Bijlage IV:	Ingevuld voorbeeld Lijst: scores op oefenvormen	blz. 33

Bijlage I

Oefenvormen observatie

Inleiding:

De gekozen oefenvormen komen voort uit de doelgroep en de vragen uit het multidisciplinair team. Deze ontstaanswijze heeft zich ontwikkeld op GZZ Oost Brabant locatie t Warant, te Helmond. De genoemde maten en gemiddelden komen van deze ontwikkeling.

Algemeen:

Het is belangrijk om de cliënten positief te bekrachtigen en plezier te creëren om in de zaal te komen. De oefeningen hebben een functionele naam als kapstok voor de cliënt. Vanwege achterdocht uit de doelgroep wat zich uit in weerstand en angst om wat te doen in de zaal. Als je het benoemt op functionele aspecten en ze positief bekrachtigt dan krijgen ze er plezier in. De functionele naam dekt daarmee niet de gehele lading van de oefenvorm, wat je werkelijk doet. Per oefenvorm staat omschreven waar je werkelijk naar kijkt.

De oefenvormen zijn over het algemeen weinig belastend voor de cliënt. Samen met het positief bekrachtigen sluit dit aan bij de methode die wordt aangedragen in het boek *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie*.

De oefeningen hebben geen vaste volgorde. Wel is het voornaamst om na oefening B oefening C te doen. Omdat oefening C onder de noemer van evenwicht valt voor de cliënten.

Oefenvorm A (kracht)

Arrangement:

Een basketbal, een basketbord op normale hoogte waarvan minimaal 15 meter afstand van genomen kan worden.

Bewegingsvoorstel:

De basketbal tegen het witte bord van de basket gooien. Als je het raak gooit tegen het bord, tegen de ring telt ook, ga je verder naar achter staan. Kijken welke afstand je haalt.

Interventies:

Positief bekrachtigen, ook als er beperkte kracht is. (Bijvoorbeeld goed gooien, goed best gedaan)

Wist je dat zo'n kracht had? Hierbij navragen of ze dit zelf ook gedacht of verwacht hadden. (competentiegevoel)

Waar kijk je naar:

Kracht, verdeling van de energie, motivatie om te presteren, gevoel of ze competent zijn, inzet, agressiviteit, het aangeven van grenzen, doorzettingsvermogen, welke hand ze gebruiken en hoe groot zijn de stappen naar achter.

Oefenvorm B (evenwicht)

Arrangement:

Een omgekeerde bank, met voldoende ruimte eromheen. Zodat er zonder steun aan de muur kan worden opgestapt en afgestapt.

Bewegingsvoorstel:

Lopen over een omgekeerde bank. Om te kijken hoe je evenwicht is.

Interventies:

Bij de eerste keer geen interventies plegen (dan heb je de beste observatie)

Aangeven dat je hand als hulp kan bieden, als het nodig is.
Is je evenwicht veranderd door je medicatie?
Ongeveer 5 keer over de bank laten lopen, om te kijken naar het beste resultaat.
Vragen om achteruit te lopen op de bank.
Vragen met gesloten ogen te lopen op de bank, vooruitlopend.
Kijken of de bank mee wordt opgeruimd, anders ernaar vragen.

Waar kijk je naar:

Evenwicht, vertrouwen, geeft hij grenzen aan (m.n. betrekking tot achteruit/ gesloten ogen lopen), hoe is het lichamelijk contact met de ander, hoe is het contact met de therapeut, hulpvaardigheid, zijn er passende en/ of stereotiepe bewegingen, wat is de loopsnelheid, overmoedigheid en roekeloosheid.

Oefenvorm C (lijnafwijking)

Arrangement:

In de lengte van de zaal bij middenlijn gaan staan.

Bewegingsvoorstel:

Het is de bedoeling dat je met gesloten ogen naar de overkant van de zaal loopt. Ik loop naast je.

Interventies:

Na de eerste keer aangeven dat je ze tegenhoudt mochten ze tegen de muur aanbotsen, indien nodig, maar indien nodig wel tegenhouden de eerste keer.

Ongeveer vier keer op en neer lopen, met als noemer te kijken wat de gemiddelde afwijking is van de middenlijn.

Na het lopen vragen of het spannend was om met gesloten ogen te lopen en of ze stiekem hebben gekeken.

Waar kijk je naar:

Of de cliënt zijn ogen gesloten houdt (vertrouwen), of de cliënt eerlijk is over stiekem kijken, of de cliënt luistert naar zijn lichaamssignalen, naar de lijnafwijking/ hantering, omgang met de afstand en nabijheid met de therapeut, loopsnelheid, naar de oriëntatie, bewaken eigen grenzen, angst en roekeloosheid.

Oefenvorm D (oog- hand coördinatie)

Arrangement:

Vooraf doet de therapeut een inschatting of vraagt na of de cliënt goed kan basketballen.

Optie 1: Basket op een normale hoogte, basketbal en staan op een normale afstand (ongeveer 1,5 meter van de basket, daar is vaak een lijn)

Optie 2: Een grote bak van 1m² in het midden van de zaal en 10 pittenzakjes van hetzelfde gewicht op een afstand van ongeveer 3 meter.

Bewegingsvoorstel:

We gaan kijken hoe het is met je oog- hand coördinatie. Om het een beetje leuk te maken, maken we er een spel van. Daarbij schat jij in hoe vaak je denkt raak te gooien met tien worpen en de therapeut schat ook in hoe vaak je raak gooit. Dan kijken we na tien worpen wie het juist geraden heeft. Diegene heeft gewonnen.

Interventies:

Speel het spel drie keer en vraag voor elk spel telkens opnieuw wat hij denkt te scoren. Na een inschatting vragen of hij denkt zo vaak te scoren of dat hij hoopt zo vaak te scoren.

Plagenderwijs zeggen dat hij meer moet scoren zodat je zelf wint of zeggen dat hij niet meer moet scoren, zodat jezelf wint.

Waar kijk je naar:

Of de cliënt zichzelf goed kan inschatten, of de cliënt zijn scores kan bijstellen aan de hand van de resultaten, wat de oog- hand coördinatie is, of de cliënt geduld heeft met werpen, of de cliënt angstig is om bijvoorbeeld aan zijn scores te voldoen, impulsiviteit, doorzettingsvermogen, omgaan met kritiek, onzekerheid en concentratie.

Oefenvorm E (dubbeltaken)

Arrangement:

Een grote bak van 1m² in het midden van de zaal en 10 pittenzakjes met allemaal hetzelfde gewicht.

Bewegingsvoorstel:

We gaan kijken hoe het met je dubbeltaken is. Vrouwen zijn vaak beter in dubbeltaken dan mannen. Toch is het bij iedereen verschillend. We beginnen met het gooien 10 pittenzakjes op een zelfgekozen afstand, waarbij 7 van de 10 raak moet zijn. Daarna kijken we of de afstand goed gekozen is, door te kijken of er 6-8 zakjes in de bak zit. Nogmaals de zakjes gooien om te kijken of er nog steeds 7 van de 10 zakjes worden raak gegooid. Is de afstand niet goed, een nieuwe afstand bepalen. Doel: twee keer op de goede afstand gooien.

Hierna de rekenvaardigheid checken. Dit zijn + en – sommen. De sommen tot en met 15 zijn de basis. Moeilijkere sommen (boven 15) geven als dit mogelijk is, makkelijkere sommen (onder 10) als dit nodig is.

Vervolgen aangeven dat we nu tegelijk gaan gooien en een rekensom maken.

Aangeven dat meestal ofwel het gooien minder goed gaat ofwel het rekenen. Hierbij dezelfde soort rekensommen geven als bij de rekenvaardigheid check vooraf.

Interventies:

Twee keer uitvoeren om te kijken of de score hetzelfde blijft.

Tot slot aangeven of ze dubbeltaken kunnen, omdat het belangrijk is om te weten..

Verder positief benaderen en complimenten geven op wat goed gaat.

Waar kijk je naar:

Kunnen ze dubbeltaken doen, kunnen ze het spel leren (gaat het steeds beter?), rekenvermogen, gaan ze goed met de regels om, concentratie, coördinatie, inschatten (afstand) en timen. Het is belangrijk dat er goed getimed wordt; dat wil zeggen tegelijkertijd werpen en rekenen. Gaat dit niet tegelijkertijd, bijvoorbeeld net eerder gooien of eerst gaan rekenen, dan gaan de dubbeltaken niet goed.

Oefenvorm F (speltactiek)

Arrangement:

Optie 1: Basket op een normale hoogte. Zes hoepels achter elkaar, waarbij de eerste hoepel ongeveer 2 meter van bak ligt. (afstand ligt aan worpvermogen cliënt)

Optie 2: Een grote bak van 1m² in het midden van de zaal en 10 pittenzakjes met allemaal hetzelfde gewicht. Zes hoepels achter elkaar, waarbij de eerste hoepel ongeveer 2 meter van bak ligt. (afstand ligt aan worpvermogen cliënt)

Bewegingsvoorstel:

Het bewegingsvoorstel doen door middel van een voorbeeld. Ik gooi met de dobbelsteen bijvoorbeeld 3 ogen en ik ga in de eerste hoepel staan. Dan krijg ik voor elk rake worp 1 punt. Zou ik in hoepel 2 gaan staan dan krijg ik 2 punten per raak zakje en zo verder tot 6 punten per zakje in hoepel 6. Met een dobbelsteen bepaal je

het aantal zakjes dat je mag gooien. Gooi je alle ogen raak vanuit je eigen gekozen hoepel, dan krijg je tien punten extra. Je blijft tijdens een beurt staan in de eenmaal gekozen hoepel. De therapeut speelt mee.

Interventies:

Na het spel een aantal geheugenvragen stellen zoals de volgende:

Heb je in hoepel 6 gestaan? Heb je 3 ogen gegooid? Heb ik in hoepel 2 gestaan? Heb je een speltactiek gebruikt?

Waar kijk je naar:

Is de cliënt gemotiveerd om te presteren, spelinzicht, geheugen, vastheid in hoepelkeuze (kiest men steeds voor dezelfde hoepel of varieert men afhankelijk van de dobbelsteenworp), is er een spelstrategie en zo ja welke, neemt iemand veel of juist risico's, heeft er een wisselende strategie plaatsgevonden, is de cliënt dominant/terughoudend, is er plezier, kan de cliënt (evt.) tegen verlies en is er sprake van een afgevlakt affect?

Oefenvorm G (concentratie)

Arrangement:

Rond het middelpunt van de zaal een hoepel. De cliënt en de therapeut ieder een tennisbal.

Bewegingsvoorstel:

Het is de bedoeling dat je de bal in de hoepel rolt. Je mag hierbij zelf een afstand kiezen, uitproberen en oefenen.

Interventies:

De therapeut doet mee.

Positief bekrachtigen door bijvoorbeeld:

Je kan je goed concentreren, wist je dat?

Lukt het om goed te slapen hier op de afdeling, dat kan invloed hebben op je concentratievermogen

Hoe is het met de concentratie op je werk en vroeger op school?

Waar kijk je naar:

Of cliënt zich kan concentreren, of de cliënt zich kan aanpassen aan de ander, afstand en positiekeuzes, of er behoefte is aan structuur bijvoorbeeld vaste punten en lijnen, wat de emoties zijn, of iemand rustig en/of druk is, mate van tegenzin, doorzettingsvermogen en het slaapgedrag.

Oefenvorm H (eigen keuze)

Deze oefenvorm bestaat uit het kijken of de cliënt het initiatief neemt, of de ruimte inneemt zelf iets te kiezen te doen. Let wel, het is aan het einde van de observatiesessie, een cliënt kan ook al vermoeid zijn. Geef aan dat het voor 5 tot maximaal 10 minuten is.

Oefenvorm I (algemene observatie)

Het kijken naar algemene aspecten zoals de verzorging, stemming, indruk, overkomen, inzicht ziekte besef en of wat de mate is met de link met de realiteit.

Bijlage II : Lijst: scores op oefenvormen

Algemeen * doorstrepen wat niet van toepassing is

Geslacht: man/vrouw*

Afdeling: klinisch intensief/ klinisch vervolg*

Geboortejaar:

Index	
Maat	=
Zeer matig	--
Matig	-
Gemiddeld	0
Bovengemiddeld	+
Goed	++

Oefenvorm A (kracht)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Kracht						
Oog- hand coördinatie						
Energieverdeling						
Prestatiemotivatie						
Competentiegevoel						
Agressiviteit						
Doorzettingsvermogen						
Grenzen aangeven						
Mate van stappen						Klein/ groot
Voorkeurshand	Links		Rechts		Beide	

Overige opmerkingen :

Oefenvorm B (evenwicht)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Evenwicht						
Vertrouwen						
Lichamelijk contact ander						
Grenzen aangeven						
Hulpvaardigheid						
Contact therapeut						
Passende bewegingen						
Stereotiepe bewegingen						
Loopsnelheid						

Overige opmerkingen :

Oefenvorm C (lijnhantering)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Vertrouwen						
Lichamelijk contact ander						
Contact lichaam eigen						
Grenzen aangeven						
Lijnhantering						
Omgang met afstand en nabijheid						
Loopsnelheid						
Oriëntatie						

Overige opmerkingen :

Oefenvorm D (oog- hand coördinatie)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Oog- hand coördinatie						
Inschatten eigen kunnen						
Bijstellen eigen kunnen						
Geduld						
Prestatie angst						
Impulsief						
Oriëntatie						
Doorzettingsvermogen						
Omgaan met kritiek						
Onzeker						
Overige opmerkingen :						

Oefenvorm E (dubbeltaken)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Coördinatie						
Dubbeltaken						
Leervermogen						
Rekenvermogen						
Vastheid afstandkeuze						
Timen						
Regelhantering						
Aandacht vragen						
Concentratie						
Overige opmerkingen :						

Oefenvorm F (speltactiek)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Prestatiemotivatie						
Spelinzicht						
Geheugen						
Vastheid hoepelkeuze						
Spelstrategie						
Omgaan met risico's						
Wisselde strategie						
Dominant						
Terughoudend						
Plezier						
Kan tegen verlies						
Afgevlakt affect						
Overige opmerkingen :						

Oefenvorm G (concentratie)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Aandachtsspanne						
Afstemmen op de ander						
Emotie						
Rustig						
Druk						
Vervlakking affect						
Tegenzin						
Behoeftte aan structuur						
Positiekeuze	Vrij		Gestructureerd			
Overige opmerkingen :						

Oefenvorm H (eigen keuze)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Initiatief name						
Het kunnen kiezen/ beslissen						
Overige opmerkingen :						

Oefenvorm I (algemene observatie)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Tonen emoties						
Chaotische stemming						
Depressieve stemming						
Verzorging						
Onsamenhangende spraak						
Lichaamshouding						
Vriendelijk						
Vijandig						
Link met realiteit						
Inzicht ziektebesef						
Slaapgedrag						
Overige opmerkingen :						

Diagnose DSM IV

Assen	Beschrijving
AS I	
AS II	
AS III	
AS IV	
AS V	

Bijlage III

Theoretische verwijzing

In deze bijlage omschrijf ik de aspecten die hebben bijgedragen aan de totaalscore. De aspecten zijn gerangschikt per oefenvorm. Als eerste geef ik de maat, zeer matig tot matig, weer. Daarnaast geef ik ook de onderbouwing van het aspect weer. Waarom het een aspect is dat theoretisch gezien bij schizofrenie past, is te lezen bij reden theoretische verwijzing.

Oefenvorm A:

Energieverdeling:

Zeer matig tot matig:	Alles tegelijk geven, niet in de kracht komen, geen energie kunnen geven
Reden en theoretische verwijzing:	• Organisatie van bewegingsgedrag is moeilijk (revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 160) • Ernstig chaotisch of katatoon gedrag (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193) • Last van motorische opwinding, afwisselen van motorische stoornissen (psychiatrie, van diagnose tot behandeling, blz. 108)

Oog- hand coördinatie:

Zeer matig tot matig:	Beperkte coördinatie door heel statisch of te actief te werpen.
Reden en theoretische verwijzing:	• Houterig, onhandig en niet efficiënt bewegen, beperkingen van coördinatie, catatonie (revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 160) • Motorische onbeweeglijkheid, overmatige motorische activiteit (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 196)

Doorzettingsvermogen

Zeer matig tot matig:	Het zeer snel willen opgeven van de activiteit
Reden	Er is sprake van een verminderd vermogen langdurig met een taak bezig te zijn; dit uit zich in: • Weglopen bij de taak omdat het niet meer volgehouden wordt (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 59)

Oefenvorm B:

Grenzen aangeven:

Zeer matig tot matig:	Het niet adequaat reageren op lichaamssignalen, bijvoorbeeld; heel snel over de bank lopen om niet te voelen, of toch doorgaan ook al is het te spannend.
Reden en theoretische verwijzing:	• Beperkingen in lichaamsoriëntatie (het beleven en bewustzijn van het lichaam, het waarnemen van het eigen lichaam, de verwerking van tactiele informatie en het besef van ledematen en lichaamsdelen in de ruimte) (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 160/161) • Moeite met het scheiden van relevante stimuli, organisatie van bewegingsgedrag is moeilijk Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 160) • Affectieve vervlakking (beknopte handleiding bij de diagnostische

	criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)
--	--------------------------------------

Stereotiepe bewegingen:

Zeer matig tot matig:	Het maken van stereotiepe bewegingen of grimassen
Reden en theoretische verwijzing:	Negatieve symptomen, katatonie (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)

Oefenvorm C:

Contact lichaam eigen: lichaamsoriëntatie

Zeer matig tot matig:	Het niet adequaat reageren op een naderende muur
Reden en theoretische verwijzing:	- Beperking in de verwerking van met name tactiele informatie en het besef van ledematen en lichaamsdelen in de ruimte (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 160/161) - Vervlakking van het affect (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)

Snelheid

Zeer matig tot matig:	Heel traag en passief lopen
Reden en theoretische verwijzing:	- Sociaal en beroepsmatig disfunctioneren (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193) - Een algemeen slecht niveau van functioneren door een geringe draagkracht, uit zich in passiviteit (adolescenten psychiatrie blz. 93) - Bijwerkingen van antipsychotica; sufheid en slaperigheid (psychofarmaca, de toepassing van medicijnen in de psychiatrie, blz. 18)

Oefenvorm D:

Inschatten eigen kunnen:

Zeer matig tot matig:	Het niet in kunnen schatten van de eigen mogelijkheden
Reden en theoretische verwijzing	- Aangetoonde cognitieve functiestoornissen: capaciteit van de informatie verwerking; het abstractie en voorstellingsvermogen (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 25) - Negatief symptoom is gedachte- en spraakarmoede (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193) - Cognitieve stoornissen, als in formele denkstoornissen kunnen zijn: moeilijk abstract denken, vertraagd denken, gedachte blokkade en spraakarmoede (psychiatrie van diagnose tot behandeling, blz. 106)

Bijstellen eigen kunnen:

Zeer matig tot matig:	Behaalde resultaten in het voorgaande niet gebruiken voor bijstellen van eigen kunnen
Reden en theoretische verwijzing:	- Aangetoonde cognitieve functiestoornissen: capaciteit van de informatie verwerking, het organiseren van het geheugen en het reproduceren van informatie (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 25) - Mensen met een schizofrenie hebben vaak veel moeite met waarnemen

	en verwerken van informatie (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 55) • Negatief symptoom is gedachte- en spraakarmoede (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193) • Cognitieve stoornissen, als in formele denkstoornissen kunnen zijn: vertraagd denken, gedachte blokkade en spraakarmoede (psychiatrie van diagnose tot behandeling, blz. 106)
--	--

Oefenvorm E:

Leervermogen:

Zeer matig tot matig:	De speluitleg niet kunnen begrijpen, of begrip pas bij herhalend voordoen
Reden en theoretische verwijzing:	• Aangetoonde cognitieve functiestoornissen: capaciteit van de informatie verwerking, selectie van relevante informatie, het organiseren van het geheugen en het reproduceren van informatie (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 25) • Een psychose gaat gepaard met ernstige verstoringen van waarnemingen en cognitie. Tot maanden na de psychose kan de concentratie slecht en de gevoeligheid voor allerlei sensorische prikkels verhoogd zijn. (adolescenten psychiatrie blz. 93) • Onsamenvattende spraak, gedachte en spraakarmoede (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193) • Een laag IQ is een risicofactor voor het ontstaan van schizofrenie (www.schizofrenieplein.nl) • Patiënten met schizofrenie presteren gemiddeld minder goed op cognitieve functietaken betreffende concentratie, geheugen, planning, abstract redeneren, conceptformatie, inhibitie van impulsen en besluitvorming, conclusie op niveau 3 (www.schizofrenieplein.nl)

Dubbeltaken:

Zeer matig tot matig:	Het niet kunnen uitvoeren van gelijktijdig rekenen en werpen
Reden en theoretische verwijzing:	• Binnen een verhoogde informatietoedracht, de juiste informatie voor een bewegingshandeling te selecteren. Actieve organisatie van informatie is daarvoor noodzakelijk, om een geautomatiseerde beweging uit te voeren binnen een dubbeltaak (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 162) • Verminderde flexibiliteit om van de ene informatiebron naar de andere informatiebron te verplaatsen (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 62) • Gedachte en spraakarmoede (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193) • Beperkingen in het automatiseren van bewegingen en het toepassen van geautomatiseerde bewegingen (ook in dubbeltaken) (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 160)

Timen:

Zeer matig tot matig:	Het niet adequaat reageren op: 'Ja (en de opdracht)'
Reden en theoretische	• Aangetoonde cognitieve functiestoornissen: capaciteit van de informatie verwerking, selectie van relevante informatie, vasthouden en

verwijzing:	flexibiliteit van de aandacht (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 25) • Verminderde flexibiliteit om van de ene informatiebron naar de andere informatiebron te verplaatsen (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 62) • Gedachte en spraakarmoede, apathie (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)
-------------	--

Oefenvorm F:

Geheugen:

Zeer matig tot matig:	Het niet kunnen onthouden van de score en het niet kunnen onthouden bij navraag of in welke hoepel te hebben gestaan en welke aantallen ogen er zijn gegooid
Reden en theoretische verwijzing:	• Aangetoonde cognitieve functiestoornissen: selectie van relevante informatie en capaciteit van de informatieverwerking (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 25) • Het leveren van de mentale inspanning om in het korte termijn geheugen actief informatie te verwerken, het verminderd vermogen gebruik van kennis en ervaring. (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 65) • Gedachte en spraakarmoede (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)

Vastheid hoepelkeuze:

Zeer matig tot matig:	Structuur pakken; houvast aan lijnen en vaste punten (hoepels) op de vloer
Reden en theoretische verwijzing:	• Misplaatste gevoelens zoals angst (en deze te reduceren) (psychiatrie, van diagnose tot behandeling, blz. 106/107) • Coping-gedrag, net als hallucinaties, een strategie om belastende omstandigheden, weliswaar verstoord, te handhaven in een voor hen functioneel evenwicht (psychiatrie, van diagnose tot behandeling, blz. 105)

Oefenvorm G:

Aandachtsspanne:

Zeer matig tot matig:	Een zeer korte concentratieboog
Reden en theoretische verwijzing:	• Aangetoonde cognitieve functiestoornissen: vasthouden en flexibiliteit van de aandacht (Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 25) • Er is sprake van een verminderd vermogen langdurig met een taak bezig te zijn (revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, blz. 59) • Gedachte en spraakarmoede (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)

Vervlakking affect:

Zeer matig tot matig:	Vervlakking affectie
Reden en theoretische verwijzing:	• Vervlakking van het affect of apathie (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)

verwijzing:	Emotionele vervlakking (psychiatrie, van diagnose tot behandeling, blz. 106)
-------------	--

Oefenvorm H:

Initiatief name:

Zeer matig tot matig:	Het niet kiezen voor een activiteit voor zichzelf
Reden en theoretische verwijzing:	- Gedachte en spraakarmoede (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193) - Negatief symptoom (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193) - Negatief symptoom, initiatief verlies (www.schizofrenieplein.nl) - Een algemeen slecht niveau van functioneren door een geringe draagkracht, uit zich in passiviteit (adolescenten psychiatrie blz. 93) - Sociaal en beroepsmatig disfunctioneren (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)

Oefenvorm I:

Verzorging:

Zeer matig tot matig:	Onverzorgd
Reden en theoretische verwijzing:	- Een algemeen slecht niveau van functioneren door een geringe draagkracht, uit zich in zelfverwaarlozing (adolescenten psychiatrie blz. 93) - Sociaal en beroepsmatig disfunctioneren, zelfverzorging duidelijk onder het niveau dan voor het begin van de stoornis (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193, 194)

Onsamenhangende spraak:

Zeer matig tot matig:	Onnavolgbaar spreken
Reden en theoretische verwijzing:	Onsamenhangende spraak (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)

Inzicht van ziektebesef:

Zeer matig tot matig:	Het niet inzien van de gevolgen of het ontstaan van een psychose
Reden en theoretische verwijzing:	- Het geringe inzicht in de aard van hun toestand kan bij veel schizofrene patiënten een probleem zijn. (psychiatrie, van diagnose tot behandeling, blz. 111/112) - Negatieve symptomen (beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR, blz. 193)

Bijlage IV Ingevuld voorbeeld:

Lijst: scores op oefenvormen

Algemeen

Geslacht: man; Q

Afdeling: kliniek intensief

Geboortjaar: 19**

Oefenvorm A (kracht)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Kracht		x				Nog ruim voor de middenlijn
Oog- hand coördinatie		x				Gooit redelijk, maar kan moeilijk blijven staan
Energieverdeling		x				Snel vermoeid, geeft niet aan toe
Prestatiemotivatie				X		Wil meer doen dan gevraagd, scoren ipv alleen bord raken
Competentiegevoel		X				Vindt dat hij het niet zo goed meer kan
Agressiviteit			x			Niet aanwezig
Doorzettingsvermogen				x		
Grenzen aangeven	x					Hem begrensd hij kon het niet zelf aangeven
Mate van stappen						Klein/ groot
Voorkeurshand	Links		Rechts		Beide	

Overige opmerkingen :

Antwoord op de vraag: schrijf je rechts: ja ik stem VVD.

Oefenvorm B (evenwicht)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Evenwicht		x				
Vertrouwen			x			
Lichamelijk contact ander			x			
Grenzen aangeven	x					
Hulpvaardigheid			X			
Contact therapeut			X			Er is meer interactie dan verwacht
Passende bewegingen			x			
Stereotiepe bewegingen	x					Zeer aanwezig, wiebelen, mond bewegingen, motorische onrust
Loopsnelheid	x					

Overige opmerkingen :

Heeft met gesloten ogen en achteruit op de bank gelopen.

Oefenvorm C (lijnhantering)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Vertrouwen			x			
Lichamelijk contact ander			x			
Contact lichaam eigen		x				Bemerkt wel als er op wordt door gevraagd, reageert er zelf nauwelijks op.
Grenzen aangeven	x					
Lijnhantering	x					Zeer grote afwijking, liep steeds mijn kant op
Omgang met afstand en nabijheid			x			
Loopsnelheid	x					Zeer traag
Oriëntatie	x					Kan in zaal (en in gang) zich moeilijk oriënteren

Overige opmerkingen :

Oefenvorm D (oog- hand coördinatie)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Oog- hand coördinatie				x		
Inschatten eigen kunnen		x				Lager dan nodig
Bijstellen eigen kunnen	x					Ondanks 10 te hebben gescoord, bleef ongeveer 6x scoren denken
Geduld			x			
Prestatie angst		x				Hij bedenkt zich steeds of hij het wel goed doet; faal angstig
Impulsief			x			
Oriëntatie		x				
Doorzettingsvermogen				x		Blijft doorgaan
Omgaan met kritiek		x				Wil heel graag dat hij het allemaal goed doet
Onzeker				x		
Overige opmerkingen :						

Oefenvorm E (dubbeltaken)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Coördinatie		x				Gooit redelijk, maar kan moeilijk blijven staan
Dubbeltaken	X					Kan niet rekenen en gooien tegelijk
Leervermogen	X					Nieuwe info dient heel concreet en expliciet verteld te worden
Rekenvermogen		X				Sommen rond 10 gaan redelijk
Vastheid afstandkeuze	X					Heel vasthoudend
Timen				X		Gooit of rekt als ik ja zeg
Regelhantering		X				Moeite met begrip
Aandacht vragen			X			Vraagt wat de bedoeling is, niet extreem, normaal
Concentratie		x				
Overige opmerkingen :						
Geeft aan spinnenfobie te hebben; hij denkt ze te zien en dat ze op hem afkomen.						

Oefenvorm F (speltactiek)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Prestatiemotivatie	X					
Spelinzicht	X					Begrijpt het spel niet
Geheugen		X				Plaats en dobbelsteen oke, score niet te onthouden voor hem
Vastheid hoepelkeuze	X					Blijft in dezelfde hoepel staan
Spelstrategie	x					Niet aanwezig, geen inzicht
Omgaan met risico's	X					Geen zicht op spelrisico's
Wisselde strategie	X					Niet aanwezig, zeer standvast
Dominant			X			
Terughoudend			X			
Plezier			X			Geeft aan het sporten leuk te vinden, het spel niet, te moeilijk
Kan tegen verlies			X			
Afgevlakt affect	x					Zeer afgevlakt
Overige opmerkingen :						

Oefenvorm G (concentratie)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Aandachtsspanne		x				Kan zichzelf niet bezig houden met het spel
Afstemmen op de ander			x			
Emotie		x				
Rustig				x		
Druk			x			
Vervlakking affect	x					
Tegenzin		x				
Behoeftte aan structuur				x		
Positiekeuze	Vrij		Gestructureerd			Kiest continue dezelfde afstand
Overige opmerkingen :						

Oefenvorm H (eigen keuze)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Initiatief name		X				Wil wel voetballen omdat ik het voorstel
Het kunnen kiezen/ beslissen	X					Kan niet kiezen, of scoren of overspelen
Overige opmerkingen : 2 ^e keer wil hij even nadenken: graag voetballen en hij heeft ook zichtbaar plezier in voetbal						

Oefenvorm I (algemene observatie)

Aspecten	--	-	0	+	++	Opmerkingen
Tonen emoties		x				Je ziet ze niet, hij benoemt ze wel
Chaotische stemming			x			
Depressieve stemming			x			
Verzorging		x				Slecht gebit, vieze kleding, wel/matig geschoren
Onsamenhangende spraak				x		Rechts schrijven: ik stem op VVD, spinnen of ik ze ook zie
Lichaamshouding	x					Motorische onrust, wiebelig
Vriendelijk				x		
Vijandig			x			
Link met realiteit	x					Spinnen
Inzicht ziektebesef	x					
Slaapgedrag						?
Overige opmerkingen :						

Diagnose DSM IV

Assen	Beschrijving
AS I	Schizofrenie van het paranoïde type, multiple middelenafhankelijkheid en misbruik
AS II	Persoonlijkheidsstoornissen NAO (mengbeeld cluster B en C)
AS III	Schildklierproblematiek
AS IV	Geen vast verblijf en werk, beperkt sociaal netwerk
AS V	GAF: 30