

De checklist van Claudia Emck bij
cliënten met impulscontrole en
persoonlijkheidsproblematiek.



“Niet kijken of er gescoord wordt, maar naar de manier van juichen!”



**De checklist van
Claudia Emck bij
cliënten met
impulscontrole en
persoonlijkheids-
problematiek.**

Afstudeerscriptie

Annieke ten Raa

Opleiding:
Scriptiebegeleider:
Scriptiebeoordelaar:

Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie
Krista van Berkel
Mia Scheffers

Mei 2012



Voorwoord

Vier jaar studeren aan de opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogie, School of Human Movement and Sports aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle sluit ik af met deze scriptie.

Mijn eindstage heb ik volbracht bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Drenthe. Tijdens deze stage heb ik de kans gekregen om psychomotorische therapie aan te bieden aan cliënten die worden behandeld bij de Ambulante Forensische Psychiatrie Noord-Nederland (AFPN). Vanuit mijn belangstelling voor diagnostiek is mijn scriptieonderwerp ontstaan, mijn scriptieonderwerp betreft psychomotorische diagnostiek. Belangrijk hierbij is observeren. Observeren is meer dan alleen het beschrijven van het resultaat. Het is juist het heel precies kijken naar de manier waarop dat resultaat wordt behaald. Het gaat er dus niet om of er gescoord wordt, maar hoe er wordt gescoord en gejuicht.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken. Allereerst had dit onderzoek niet plaats kunnen vinden als ik de kans niet had gekregen om bij de AFPN stage te lopen. Ik wil Frank Winkel bedanken voor de begeleiding bij mijn afstudeerscriptie. Ik vond het erg leuk en prettig om met hem te sparren over de observaties uit de Claudia Emck en de invloed hiervan op de behandeling. Ook wil ik mijn dank uitspreken naar de cliënten van de behandelgroep, deze groep heb ik gebruikt om vakspecifieke diagnostiek af te nemen. Daarnaast bedank ik Sandra Verbeeten voor de opstart van mijn onderzoek en Krista van Berkel voor de begeleiding tijdens het schrijven van deze scriptie. Tot slot wil ik Jorine Lokkerbol bedanken voor haar steun en enthousiaste samenwerking rondom de beschrijving van de checklist van Claudia Emck.

Annieke ten Raa
Zwolle, mei 2012



Samenvatting

Deze afstudeerscriptie betreft een onderzoek naar de toegevoegde waarde van vakspecifieke diagnostiek binnen de Ambulante Forensische Psychiatrie voor cliënten met impulscontrole en persoonlijkheidsproblematiek.

Bij diagnostiek gaat het er om te kijken wat er aan de hand is, de stoornis te verklaren en te begrijpen. Bij de algemene diagnostiek binnen de AFPN wordt gebruik gemaakt van observaties en gespreksgegevens, intelligentieonderzoek en persoonlijkheidsonderzoek. Er is in dit onderzoek gekeken naar toegevoegde waarde van vakspecifieke diagnostiek. De checklist van Claudia Emck (vakspecifieke diagnostiek voor psychomotorische therapeuten) is toegepast bij drie cliënten met impulscontrole en persoonlijkheidsproblematiek.

Door het gebruik van de checklist hebben er accentveranderingen in de behandeling plaats gevonden. Met name het observatiegebied 'spelgedrag' en het observatie-item 'lichaamsbeleving' en het observatiegebied 'verbaal en non-verbaal contact' uit de checklist zijn van invloed geweest op de behandeling. Daarnaast is gebleken dat er door vakspecifieke diagnostiek een completer beeld van de cliënt ontstond.

Kortom, vakspecifieke diagnostiek door middel van de checklist van Claudia Emck levert een bijdrage aan de algemene diagnostiek en aan de behandeling. Het voordeel van een betere aansluiting van de behandeling op de cliënt weegt op tegen het nadeel, de tijdsinvestering.



Inhoudsopgave

Inleiding	6
1. De behandelgroep	8
1.1 De problematiek	8
1.1.1 Stoornis in de impulscontrole	8
1.1.2 Persoonlijkheidsproblematiek	9
1.2 De behandeling	10
1.3 Psychomotorische therapie	10
1.3.1 Wat is psychomotorische therapie?	10
1.3.2 Psychomotorische therapie bij de behandelgroep	11
2. Algemene diagnostiek	12
2.1 Hoe is de algemene diagnostiek georganiseerd binnen de AFPN?	12
2.2 Welke onderzoeksmethoden worden gebruikt voor de behandelgroep?	12
3. Vakspecifieke diagnostiek	14
3.1 De checklist van Claudia Emck	14
3.2 De observatiegebieden	14
3.2.1 Uitdrukkingsmotoriek	14
3.2.2 Handelingsmotoriek	15
3.2.3 Spelgedrag	15
3.2.4 Ervaring van lichamelijkeheid	15
3.2.5 Verbaal en non-verbaal contact	15
4. Methode	16
5. Resultaten	18
Discussie	20
Conclusie	24
Aanbevelingen	25
Literatuurlijst	26
Bijlagen	
Bijlage 1 Criteria DSM-IV cluster B persoonlijkheidsstoornis	
Bijlage 2 Checklist Psychomotorische Therapie van Claudia Emck	



Inleiding

Aanleiding en probleemstelling

Als cliënten bij GGZ instellingen worden aangemeld wordt er vaak gebruik gemaakt van diagnostiek om een diagnose te stellen. Dit gebeurt meestal aan de hand van de *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-IV). De DSM-IV is een classificatiemiddel voor psychische aandoeningen (American Psychiatric Association, 1994). Classificatie betekent 'het beschrijven en ordenen van waarneembare symptomen'. Bij classificatie gaat het erom te kijken wat er aan de hand is. Diagnostiek kijkt nog wat verder. Bij diagnostiek gaat het er ook om de stoornis te verklaren en te begrijpen. Klinische diagnostiek bestudeert waarom deze persoon, op dit moment, deze symptomen heeft in deze levenscontext. Het betekent dan ook letterlijk 'doorzien' (Verbeeten & Scheffers, 2010). Bij diagnostiek gaat het erom dat er gewerkt wordt naar een diagnose. Diagnostiek is vaak een proces, een diagnose kan worden bijgesteld, gewijzigd of nauwkeuriger gemaakt. Het doel van het diagnostisch proces in de forensische psychiatrie is het zo volledig mogelijk in kaart brengen van de symptomatologie van de patiënt en diens kenmerkende gedragspatronen, met een bijzonder accent op delictgerelateerd gedrag, zodat een accurate diagnostische omschrijving of diagnostisch rapport gemaakt kan worden van de kernproblematiek van de patiënt (Weide, 2009). Met andere woorden: algemene diagnostiek wordt gedaan om informatie te krijgen om tot klinische beslissingen te komen, om tot behandeling te komen.

Aanleiding voor dit onderzoek is interesse van de auteur voor diagnostiek. De auteur heeft bij haar stage, de Ambulante Forensische Psychiatrie Noord-Nederland (GGZ Drenthe), voor het vak 'diagnostiek en onderzoek' een opdracht gedaan. Hiervoor werd bij één cliënt een instrument voor vakspecifieke diagnostiek toegepast. Door vakspecifieke, aanvullende diagnostiek kon er een completer beeld van de cliënt worden gemaakt. Vakspecifieke diagnostiek is in het geval van een psychomotorisch therapeut psychomotorische diagnostiek. Het doel van vakspecifieke diagnostiek is het vergroten van het begrip en het vergroten van de kennis over de algemene diagnostiek. Vaktherapeuten stellen een aanvullende vakspecifieke diagnose, die toegespitst is op de omgang met de vaktherapeutische middelen. Subdoel van vakspecifieke diagnostiek is het expliciteren van eigen uitgangspunten met betrekking tot normaliteit en psychopathologie. Een tweede subdoel van vakspecifieke diagnostiek is het belang om vakspecifieke diagnostiek op de kaart te zetten, en daarmee psychomotorische therapie belangrijker te maken in een multidisciplinair team (Verbeeten & Scheffers, 2010). Psychomotorische diagnostiek kan bestaan uit drie onderdelen:

- Een bewegingsanamnese
- Een vragenlijst op het gebied van lichaamsbeleving, lichamelijke competentie
- Observaties en observatie-instrumenten

Algemene en vakspecifieke diagnostiek zijn niet altijd strikt te scheiden. In de algemene diagnostiek gaat het er meer om het ziektebeeld of de problematiek in algemene zin vast te stellen. Je zou kunnen stellen dat bij vakspecifieke diagnostiek de psychomotoriek op een concreet niveau in relatie tot de algemene problematiek wordt beschreven, met het oog op de vakspecifieke interventies zoals het positief beïnvloeden van de lichaamsbeleving, de motorische ontwikkeling en/of het competentiegevoel (Emck, 2007).

Op dit moment wordt er geen vakspecifieke diagnostiek gedaan bij de Ambulante Forensische Psychiatrie Noord-Nederland (AFPN). Daarom ontstond de interesse of aanvullende vakspecifieke diagnostiek wat kan betekenen voor het behandeltraject van de cliënten.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om de diagnostiek voor cliënten met impulscontrole en persoonlijkheidsproblematiek in de psychodynamische behandelgroep op de AFPN completer te maken. De verwachting is dat de problematiek van de cliënten door aanvullende vakspecifieke diagnostiek te doen beter in beeld komt, waardoor behandelaren de behandeling beter kunnen laten aansluiten bij de cliënten.



Onderzoeksvraag

Wat is de bijdrage van vakspecifieke diagnostiek door middel van de checklist van Claudia Emck als aanvulling op de algemene diagnostiek voor cliënten met impulscontrole en persoonlijkheidsproblematiek die in de psychodynamische behandelgroep op de Ambulante Forensische Psychiatrie behandeld worden?

Deelvragen

1. Wat is impulscontrole en persoonlijkheidsproblematiek?
2. Hoe wordt de algemene diagnostiek gedaan?
3. Wat is de checklist van Claudia Emck?
4. Welke conclusies kunnen getrokken worden naar aanleiding van de ingevulde checklisten van Claudia Emck?

Leeswijzer

Allereerst zal er in deze afstudeerscriptie in worden gegaan op het theoretisch kader. In *hoofdstuk 1* zal worden ingegaan op de behandelgroep. Dit hoofdstuk is aan de hand van de problematiek van de cliënten en de behandelsetting geschreven. Ook zal er in worden gaan op psychomotorische therapie bij deze doelgroep. In *hoofdstuk 2* wordt ingegaan op de algemene diagnostiek. Vervolgens zal in *hoofdstuk 3* worden ingegaan op de vakspecifieke diagnostiek en dus op de checklist van Claudia Emck. In *hoofdstuk 4* zal de methode van deze scriptie worden beschreven. Vervolgens worden de resultaten beschreven in *hoofdstuk 5*. In de *discussie* worden de resultaten geïnterpreteerd en wordt er gereflecteerd op de methode en de uitvoering van het onderzoek. Bij de *conclusie* wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Tot slot worden er bij de *aanbevelingen* suggesties gedaan voor vervolgonderzoek en voor de AFPN.



1. De behandelgroep

In dit hoofdstuk wordt de doelgroep beschreven (1.1). Er wordt ingegaan op impulscontrole problematiek van de cliënten (1.1.1). Vaak is naast deze problematiek ook sprake van persoonlijkheidsproblematiek, deze wordt kort toegelicht in 1.1.2. De behandeling, zoals deze wordt aangeboden is weergegeven in 1.2. Psychomotorische therapie is een onderdeel van de behandeling, hier zal in 1.3 op in worden gegaan.

1.1 De problematiek

De psychodynamische behandelgroep (verder aangeduid als behandelgroep) is een groep voor cliënten met impulscontrole problematiek, vaak in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek. De cliënten hebben allemaal moeite met het reguleren van agressie. Naast deze problematiek is er vaak sprake van andere problemen. Dit zijn problemen in de sociale omgeving, in het gezin van herkomst of in het huidige gezin. Er is vaak sprake van een onveilig hechting geweest.

In beginsel is agressie een gezonde en groeigerichte emotie. Het is belangrijk onderscheid te maken tussen de emotie agressie en gewelddadig gedrag. Vaak is er bij mensen met een stoornis in de impulscontrole sprake van een niet goed ontwikkelde innerlijke sturing in de zin van het voeling houden met de innerlijke belevingswereld, controle op het eigen gedrag en het geweten. Kinderen die opgroeien in een verwaarlozende omgeving waarin geweld en grenzeloosheid aan de orde zijn, zijn onvoldoende 'gespiegeld' om de eigen ervaring als van zichzelf te herkennen en te symboliseren. Zij ontwikkelen dus ook geen stevige geïnternaliseerde controle over hun impulsen en kunnen hierdoor later in hun leven moeilijkheden krijgen op het gebied van agressieregulatie. Gevoelens van irritatie, kwaadheid en frustratie vinden geen gezonde uitweg en kunnen niet worden geuit op constructieve manieren waardoor deze, vaak nog voor ze gevoeld zijn, een uitweg vinden in de vorm van ongecontroleerde agressie richting materiaal, zelf en anderen (Draaiboek behandelgroep, n.d.).

1.1.1 Stoornissen in de impulscontrole

Cliënten met een stoornis in de impulscontrole zijn niet goed in staat een bepaalde impuls, neiging of verleiding te weerstaan of te beheersen, ook al is eraan toegeven schadelijk voor de eigen persoon of voor anderen. Problemen met impulscontrole omvatten een heel spectrum van gedragingen (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2006).

Tabel 1 Gedragingen waarbij mensen moeite hebben een impuls te weerstaan of te beheersen (Vandereycken et al, 2006)

1	Ongewenste gewoonten als nagelbijten, duimzuigen of haarwoelen.
2	Stoornissen in het gebrek van psychoactieve stoffen (medicijnen, alcohol, drugs) of etenswaren (snoepen, eetbuien).
3	Stoornissen op seksueel gebied waarbij het seksuele gedrag de betrokkene of anderen schaadt (bijvoorbeeld exhibitionisme en seksueel sadisme)
4	Specifieke stoornissen in de impulscontrole (DSM-IV)

Specifieke stoornissen in de impulscontrole hebben volgens de DSM-IV gemeenschappelijke kenmerken. Allereerst is dit het onvermogen om een impuls, neiging of verleiding te weerstaan om iets te doen dat schadelijk is voor de eigen persoon of voor de anderen. Daarnaast is er een verhoogd spanningsgevoel voordat de handeling wordt verricht. Tot slot is er beleving van lust, voldoening of ontspanning tijdens het verrichten van de handeling. De handeling wordt als egosyntoon beleefd, dit wil zeggen in overeenstemming met het actuele verlangen van de cliënt (Vandereycken et al, 2006).

De DSM-IV onderscheidt verschillende stoornissen binnen de impulscontrole problematiek (American Psychiatric Association, 1994).

- Periodieke explosieve stoornis (DSM-IV 312.34)
Verschillende afzonderlijke episodes van verlies van beheersing over agressieve impulsen die leiden tot ernstige gewelddaden of vernieling van eigendom.



- **Kleptomanie** (DSM-IV 312.32)
Herhaaldelijk niet in staat zich te verzetten tegen impulsen om voorwerpen te stelen die men niet voor persoonlijk gebruik nodig heeft.
- **Pyromanie** (DSM-IV 312.33)
Opzettelijke en doelgerichte brandstichting bij meer dan één gelegenheid.
- **Pathologisch gokken** (DSM-IV 312.31)
Aanhoudend en recidiverend onaangepast gokgedrag.
- **Trichotillomanie** (DSM-IV 312.39)
Herhaaldelijk niet in staat zich te verzetten tegen impulsen om de haren uit te trekken, hetgeen leidt tot zichtbaar haarverlies.
- **Stoornis in de impulsbeheersing NAO** (DSM-IV 312.20)
Stoornissen in de impulscontrole die niet voldoen aan de criteria van een specifieke stoornis van de impulscontrole (Niet Anders Omschreven), een voorbeeld hiervan is pathologisch liegen.

In de behandelgroep komen verschillende stoornissen binnen de impulscontrole problematiek voor, welke het meest voorkomen zijn *periodieke explosieve stoornissen* en *stoornissen in de impulsbeheersing NAO*.

1.1.2 Persoonlijkheidsproblematiek

Persoonlijkheidsstoornissen worden omschreven als excessief rigide gedragspatronen of manieren van omgaan met anderen die uiteindelijk negatieve consequenties hebben (Nevid, Rathus, & Greene, 2008). De verstoorde persoonlijkheidstrekken of –kenmerken komen tegen de adolescentie of vroege volwassenheid aan het licht en blijven gedurende het grootste deel van het volwassen leven bestaan.

De DSM-IV groepeerde klinische syndromen op As I en persoonlijkheidsstoornissen op As II (American Psychiatric Association, 1994). De persoonlijkheidsstoornissen worden apart van de klinische syndromen ingedeeld, omdat ze meestal uit langdurigere en rigidere gedragspatronen bestaan.

Tabel 2 *Algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis*
(American Psychiatric Association, 1994)

A.	Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen: (1) Cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen) (2) Affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en adequaatheid van de emotionele reacties) (3) Functioneren in het contact met anderen (4) Beheersing van de impulsen
B.	Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.
C.	Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
D.	Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.
E.	Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.
F.	Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma).

De DSM-IV verdeelt persoonlijkheidsstoornissen in drie clusters. Binnen de behandelgroep komt met name persoonlijkheidsstoornis cluster B voor bij de cliënten. Cluster B omvat de antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. Mensen met deze stoornis vertonen gedragspatronen die buitensporig, onvoorspelbaar of egoïstisch zijn. Ook hebben ze problemen met het aangaan en onderhouden van relaties. De diagnostische criteria voor de stoornissen binnen cluster B zijn te vinden in bijlage 1.



1.2 De behandeling

Zoals gezegd is de behandelgroep een groep voor cliënten met impulscontrole problematiek, vaak in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek. De deeltijdbehandeling in groepsverband vindt plaats gedurende één dag per week. De groep biedt plaats aan maximaal 8 deelnemers. Het groepsprogramma duurt één tot twee jaar.

De *doelstelling* van de therapie is om cliënten te leren gevoelens van irritatie, boosheid, woede of agressie bij zichzelf op te merken, van zichzelf te (h)erkennen en te symboliseren en vervolgens te hanteren / controleren. Ze leren voor zichzelf op te komen en de eigen gevoelens te uiten zonder de rechten van anderen aan te tasten. Het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen agressieve gedrag en het niet langer willen maken van slachtoffers staat centraal in deze groep (Draaiboek behandelgroep, n.d.).

De *indicatie* voor deze doelgroep is problematische agressieregulatie en/of impulscontrole problematiek in combinatie met

- Hechtingsproblematiek;
- Affectieve en pedagogische verwaarlozing;
- Trauma in familie leden.

De *contra-indicaties* voor deze groep zijn:

- Psychotische persoonlijkheidsstructuur en/of psychiatrische stoornissen in engere zin als wanen, hallucinaties en een zwak realiteitsbesef die niet behandeld kunnen worden;
- Intelligentie ruim beneden gemiddeld of lager;
- Niet in staat om in een groep te kunnen functioneren.

De *eindtermen* van de behandelgroep zijn als volgt omschreven: de deelnemer kan voorbeelden geven van situaties waarin hij vroeger gewelddadig gereageerd zou hebben. Hij realiseert zich dat deze situaties voor hem nog steeds luxerend kunnen zijn. De deelnemer kan aangeven wat hij kan ondernemen om escalatie te voorkomen en heeft in oefensituaties en in de praktijk laten zien dat hij er ook naar kan handelen.

Het *dagprogramma* ziet er als volgt uit: de cliënten beginnen om 9.15 uur met 'Keek op de Week'. Ze bespreken, samen met een sociotherapeut tot 10.15 met elkaar de gebeurtenissen uit de week. Van 10.15 tot 10.30 is er een overdracht tussen de sociotherapeut en de psychomotorisch therapeut. Van 10.30 uur tot 12.00 uur krijgen de cliënten psychomotorische therapie. Na deze therapie gaan de cliënten samen lunchen. Wederom vindt er tussen de middag een overdracht van 15 minuten plaats met alle betrokken behandelaren. Vervolgens is er van 13.00 uur tot 14.30 uur de psychodynamische therapie; betrokken behandelaren hierbij zijn de sociotherapeut en een psychotherapeut. De dag wordt van 14.30 tot 15.15 afgesloten door de sociotherapeut.

1.3 Psychomotorische therapie

1.3.1 Wat is psychomotorische therapie?

Psychomotorische therapie (PMT) is het behandelen van mensen met psychische problemen, waarbij op methodische wijze gebruik wordt gemaakt van interventies gericht op lichaamservaring en het handelen in bewegingssituaties (NVPMT, 2009).

- Onder *psychische problematiek* worden zowel lichte psychosociale of ontwikkelingspsychologische problemen als ernstiger psychiatrische stoornissen verstaan, evenals psychosomatische klachten en (secundaire) psychische reacties op chronische ziekten en handicaps;
- *Methodisch werken* impliceert dat de therapeut op basis van diagnostische procedures tot een verantwoord behandelplan komt, waarbij zowel de doelstellingen als de wijze waarop deze



bereikt zullen worden helder omschreven zijn en waarbij het behandelplan regelmatig geëvalueerd en zonnodig bijgesteld wordt.

- Interventies zijn gericht op *lichaamservaring en het bewegingsgedrag*. Psychomotorische therapeuten beschikken over een arsenaal aan werkvormen waarmee de cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging kan komen en stil kan staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich kan richten op de beleving van het eigen lichaam.

Het *doel* van PMT is gedragsverandering tot stand brengen of ten minste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen (NVPMT, 2009).

1.3.2 Psychomotorische therapie bij de behandelgroep

De cliënten krijgen anderhalf uur psychomotorische therapie in de zaal. Binnen de anderhalf uur PMT staat een thema centraal dat op dat moment in de groep speelt. De inbreng van cliënten wordt vertaald naar thematische oefensituaties in de zaal. Er wordt gereflecteerd op het 'lichamelijk ervaren': het leren (h)erkennen van eigen lichaamssignalen, van gevoelens en van blokkades (Draaiboek behandelgroep, n.d.).

Bij de behandelgroep wordt gewerkt vanuit een psychodynamisch referentiekader. Het psychodynamische referentiekader gaat ervan uit dat cliënten vaak niet weten waarom ze iets doen, dat onbewuste gevoelens en wensen een rol spelen, dat cliënten moeilijke en angstwekkende gevoelens hebben weggestopt of dat ze er juist door overspoeld worden (Weerman, 2006).

Binnen de psychomotorische therapie voor deze groep komen alle drie de psychomotorische modaliteiten aan bod. De modaliteiten zijn (Fellinger & Sietsema, sd):

- *Oefenen* Deze modaliteit is gericht op stabilisering en op het ontwikkelen en/of het herstellen van de functies van het lichaam.
- *Ervaren* Het herstellen van relaties staat centraal, naast experimenteren met gedragsalternatieven, zodat de cliënt zicht krijgt op zijn eigen gedrag.
- *Ontdekken* Deze modaliteit gaat over vroeger. De cliënt leert om conflicten te ontdekken, ervaren, uiten, benoemen en te integreren.

Binnen de behandelgroep ligt de nadruk op de modaliteiten ervaren en ontdekken. Een voorbeeld is een situatie waarin hockey werd gespeeld binnen het thema 'afstemmen'. Eén cliënt liep met gebogen rug achter de puck aan, hij was gericht op de puck en had geen oog meer voor de omgeving. Zo liep hij tegen een ander groepslid op. Toen anderen hem hierop wezen reageerde hij verbaasd en zei hij dat er geen botsing was. Een andere cliënt sloeg de puck snoeihard, de puck vloog alle kanten op, onder andere tegen groepsleden aan, zelfs in het gezicht van één groepsleden. De cliënt bleef door spelen. Tijdens het spel hebben de twee cliënten uit het voorbeeld ervaren hoe ze het spel spelen en hoe anderen hierop reageren, het betreft de modaliteit ervaren.

Na afloop werd terug gegeven aan deze twee cliënten dat ze ongecontroleerd en onbeheerst hebben gespeeld. Ze herkenden zich niet in deze beschrijving. Groepsleden herkennen dit. In het begin van hun behandeling waren ze zich er niet bewust van dat ze dit deden, nu herkennen ze dit wel van zichzelf. De modaliteit ontdekken vindt dus via groepsleden plaats, het zijn de groepsleden die ontdekken aan de twee cliënten dat conflicten aanwezig zijn. Bij deze conflicten wordt er ook gekeken naar het verleden van de cliënten. Uiteindelijk leren de cliënten zelf om conflicten te ontdekken en de impact hiervan op de huidige problemen. Ook betreft het de modaliteit ontdekken omdat het inzicht geeft in inadequaat gedrag in sociale verbanden, zowel van vroeger als van nu.



2. Algemene diagnostiek

Zoals bij de inleiding genoemd wordt algemene diagnostiek gedaan om informatie te krijgen om tot klinische beslissingen en tot behandeling te komen. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de algemene diagnostiek georganiseerd is binnen de Ambulante Forensische Psychiatrie Noord-Nederland (AFPN) (2.1). Ook wordt er in gegaan op de verschillende onderzoeksmethoden die gebruikt worden bij de AFPN (2.2).

2.1 Hoe is de algemene diagnostiek georganiseerd binnen de AFPN?

Bij aanmelding vinden op de AFPN twee intakegesprekken plaats. Na deze twee gesprekken wordt de cliënt besproken in het multidisciplinair overleg en wordt er bepaald welk behandeltraject het meest passend is voor de cliënt (langdurig, kort / groep, individueel / welke groep, etc.). Als er meer duidelijkheid nodig is, kan er met gerichte vragen tot een verlengde intakeprocedure worden besloten. Wanneer er aan een groep wordt gedacht wordt een cliënt meestal uitgenodigd voor de opstartgroep en voor een psychologisch onderzoek. Dit is ook bij de meeste cliënten uit de behandelgroep gebeurd. Vervolgens wordt de cliënt opnieuw besproken in het multidisciplinair overleg en wordt het behandeltraject definitief vastgelegd.

De opstartgroep is een open groep waaraan cliënten 6 weken deelnemen. Er is om de week beeldende therapie en psychomotorische therapie. Er wordt gewerkt aan de hand van drie thema's: 'feedback geven en ontvangen', 'verwoorden wat je ervaart', 'observeren en interpreteren'. Elk thema komt zowel aan bod binnen de psychomotorische therapie als binnen beeldende therapie. De bedoeling van deelname aan deze groep is om kennis te maken met de cliënt en om te bepalen welke groep voor de cliënt geschikt is. Daarnaast dient het voor de cliënt als kennismaking met de AFPN en als voorbereiding op de behandeling. De cliënt kan bepalen of hij deze manier van werken geschikt vindt voor zijn hulpvraag.

Een psychologisch onderzoek wordt gedaan door een psychodiagnostisch medewerker (diagnosticus). De onderzoeksresultaten worden besproken met een psycholoog, en vervolgens met de cliënt. Ook wordt het resultaat van het psychologisch onderzoek meegenomen naar het multidisciplinair overleg, aan de hand hiervan wordt bepaald of iemand wel of niet geschikt is voor de behandelgroep.

2.2 Welke onderzoeksmethoden worden gebruikt voor de behandelgroep?

De diagnosticus neemt verschillende onderzoeken af bij de cliënt. Welke onderzoeken gedaan worden tijdens een psychologisch onderzoek is afhankelijk van de hulpvraag en problematiek van de cliënt en/of de vraag die de cliënt oproept bij de behandelaren.

Bij een psychologisch onderzoek voor de behandelgroep wordt de algemene diagnostiek bepaald door drie onderwerpen:

- Observaties en gespreksgegevens;
- Intelligentieonderzoek;
- Persoonlijkheidsonderzoek.

Observaties en gespreksgegevens

Observatie en gesprekken zijn een belangrijk onderdeel van de diagnostiek, dit wordt ook wel het klinisch interview genoemd. De observaties uit de gesprekken leveren de diagnosticus een algemeen beeld van het functioneren van de cliënt op. Dit kan informatie geven over de klachtenbeleving van de cliënt. Daarnaast helpen observaties om de validiteit van de testresultaten vast te stellen. De manier waarop de diagnosticus het interview houdt is wisselend. Het interview kan zeer gestructureerd zijn en bestaan uit een lijst vragen die de diagnosticus stelt, maar ook minder gestructureerd worden afgenomen wat meer mogelijkheid geeft om door te vragen.



Intelligentieonderzoek

Voor onderzoek naar de intelligentie van cliënt wordt de GIT2 afgenomen.

GIT2

De Groninger Intelligentietest (GIT) is van oorsprong ontwikkeld door Frans Verhage in de jaren vijftig van de vorige eeuw. De huidige versie is ontwikkeld door Luteyn & Van der Ploeg (1983). De test is samengesteld uit verschillende subtaken, die verschillende vaardigheden meten. De test doet een beroep op verschillende cognitieve vaardigheden (Vandereycken et al, 2006).

Persoonlijkheidsonderzoek

Voor persoonlijkheidsonderzoek wordt gebruikt gemaakt van de volgende onderzoeksmethoden: Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV), de Thematisch Apperceptie Taak (TAT) en de Utrechtse Coping Lijst (UCL).

NVM

De Nederlandse Verkorte MMPI is een persoonlijkheidsvragenlijst, waarvan afname vooral geïndiceerd is wanneer er sprake is van een hulpvraag en/of duidelijke aanwijzingen voor psychopathologie. Bij dit onderzoek worden vijf factoren gemeten: negativisme, somatisatie, verlegenheid, psychopathologie en extraversie. Uit de scores komt een persoonlijkheidsprofiel, dit zegt iets over de persoonlijkheid van de cliënt en de behandelbaarheid van de klachten en/of problemen (Vandereycken et al, 2006).

NPV

De Nederlandse Persoonlijkheid Vragenlijst 2 meet vooral hoe de cliënt zichzelf wil presenteren. De NPV meet persoonlijkheidstrekken op zeven gebieden (Barelds, Luteijn, van Dijk, & Starren, 2007):

Inadekwatieschaal	Vage lichamelijke klachten, somberheid, vage angsten, insufficiëntiegevoelens
Sociale inadekwatieschaal	Vermijden van sociale situaties, onprettig voelen in sociale situaties
Rigiditeitschaal	Mate van behoefte aan controle, intellectuele starheid
Verongelijkheid	Kritiek hebben op anderen, wantrouwen van anderen
Zelfgenoegzaamheidschaal	Gevoel van tevredenheid dat individu over zich heeft, gebrek aan interesse voor de ander
Dominantieschaal	Zelfvertrouwen, initiatief nemen, leiding willen geven
Zelfwaardering	Positieve instelling bijvoorbeeld t.o.v. werk, flexibiliteit en aanpassingsvermogen

TAT

De *Thematische Apperceptie Taak* (TAT) werd in 1953 geïntroduceerd door Morgan en Murray (Vandereycken et al, 2006). Het is een projectieve techniek. De cliënt krijgt een aantal platen voorgelegd met de instructie voor elke plaat een verhaal te maken. De cliënt wordt verzocht te vertellen wat er voorafgaat aan de gebeurtenis die op het plaatje afgebeeld wordt, te beschrijven wat er gebeurt op de plaat, wat de afgebeelde personen voelen en denken en te vertellen hoe het afloopt. Tijdens de testafname mogen de volgende vragen één keer gesteld worden voor elke plaat:

- Wat gebeurt er?
- Wat gebeurde er vooraf?
- Wat denkt de persoon?
- Wat voelt de persoon?
- Hoe loopt dit af?

UCL

De Utrechtse Coping Lijst is in 1983 ontwikkeld op de universiteit van Utrecht. Op basis van zeven schalen wordt de 'copingsstijl' van iemand onderzocht. De copingsstijl wil zeggen hoe iemand in het algemeen neigt te reageren op een stressverwekkende situatie (Beurden, 2005).



3. Vakspecifieke diagnostiek

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de checklist van Claudia Emck als middel voor vakspecifieke diagnostiek. Er zal uitgelegd worden wat de checklist van Claudia Emck is (3.1) en wat de observatiegebieden van de checklist inhouden (3.2). Bij dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van het artikel van Emck (1997). De gehele checklist is te vinden in bijlage 2.

3.1 De checklist van Claudia Emck

De checklist van Claudia Emck is een observatiemiddel dat psychomotorisch therapeuten kunnen gebruiken tijdens de diagnostische procedure van een cliënt. De checklist is in 1997 ontwikkeld door Claudia Emck voor jongeren met ernstige psychiatrische problemen. Deze jongeren kregen behandeling in een academische kliniek voor jeugdpsychiatrie. De checklist levert een vakspecifieke bijdrage aan de diagnose van een cliënt.

Claudia Emck (1997) heeft de checklist ontwikkeld op basis van praktijk ervaring en verschillende theorieën, waaronder de theorie van Buytendijk (1964), onderzoek van Van Roozendaal (1973), sociale leertheorie, psychodynamisch model, ‘Leer van het menselijk zich bewegen’, actuele fenomenologische lichaamstheorie en cognitief gedragstherapeutische noties.

De diagnostische procedure, zoals Claudia Emck deze heeft geformuleerd, begint met een intake. Tijdens de intake wordt de vragenlijst besproken die de cliënt voorafgaand aan het gesprek heeft ingevuld. Het gaat om een bewegingsanamnese, een lijst ter inventarisatie van de bewegingservaring van de cliënt (Pol, 2004). Voorbeelden van vragen zijn: ‘hoe heeft het klachtenpatroon zich door de jaren heen ontwikkeld?’ en ‘welke verwachting heeft u van de hulp?’. Vervolgens wordt er gekeken of de cliënt kan deelnemen aan psychomotorische therapie in een groep. Wanneer cliënten deelnemen in een groep, kunnen er ook sociale en groepsprocessen worden geobserveerd.

Gedurende vier tot zes weken is de therapeut bezig met het bijhouden van de checklist. De checklist is onderverdeeld in verschillende observatiegebieden. Elk observatiegebied bestaat uit observatie-items. Observatie-items zijn onderdelen waaronder de psychomotorisch therapeut het gedrag van de cliënt in kernwoorden kan beschrijven. De observatie-items worden dus niet cijfermatig gescoord. De informatie uit de verschillende observatiegebieden wordt samengevat om tot een vakspecifieke werkhypothese te komen. Aan het einde van de diagnostische procedure kan deze informatie gebruikt worden om tot een voorstel van wel of geen behandeling te komen. Ook wordt er in dit voorstel de duur, vorm en frequentie beschreven indien men besluit om tot behandeling over te gaan.

3.2 De observatiegebieden

3.2.1 Uitdrukkingsmotoriek

Uitdrukkingsmotoriek wordt ook wel expressieve aspecten genoemd. Het gaat erom hoe de cliënt zich uitdrukt in verschillende aspecten binnen bewegingsactiviteiten. Het eerste observatie-item binnen dit gebied is het *lichaams-, houdings- en bewegingsbeeld* van de cliënt. Het lichaamsbeeld geeft informatie over aanleg- en ervaringsfactoren. Het houdingsbeeld geeft informatie over iemands lichaamshouding als uitdrukking van zijn psychische toestand van dat moment. Het bewegingsbeeld beschrijft hoe een cliënt in de activiteit beweegt.

Een tweede observatie-item is het *energieniveau*. Hierbij geeft de psychomotorisch therapeut de mate van energie van de cliënt aan. In het volgende observatie-item wordt gekeken of de energie en de aandacht van de cliënt *naar binnen of naar buiten gericht* zijn. Het laatste observatie-item binnen de uitdrukkingsmotoriek gaat over de verschillende *clusters*. Het eerste cluster “remming, angst en controle” verwijst naar een neurotische structuur, waarbij impulsen sterk afgeweerd worden. Het volgende cluster “impulsiviteit, chaos en grenzeloosheid” verwijst naar cliënten met een gebrekkige impulsbeheersing. Het laatste cluster, “plezier, vertrouwen, kracht en ruimte” staat voor een gezonde persoonlijkheidsontwikkeling.



3.2.2 Handelingsmotoriek

Bij het observatiegebied handelingsmotoriek wordt er gekeken naar de functionele aspecten van bewegen. Het gaat om de eerder opgedane ervaringen van de cliënt, en hoe de cliënt met deze ervaringen omgaat. Deze worden beschreven bij de *motorische ontwikkeling* en *bewegingservaring* van de cliënt. Bij de *motorische vaardigheid* wordt gekeken naar de coördinatie, evenwicht en concentratie van de cliënt. Daarnaast worden verschillende observatie-items bekeken, zoals *zelfbeeld*, *competentieverwachting*, *faalangst*, *prestatie-motivatie*, *inschatting motorische vaardigheid* en *realiteitstoetsing*. Het laatste observatie-item gaat in op het *leervermogen*, *doorzettingsvermogen* en *aandachtsspanne* van de cliënt.

3.2.3 Spelgedrag

Het spelgedrag gaat in op de sociale aspecten van de cliënt. Dit observatiegebied beschrijft hoe de cliënt omgaat met anderen en hoe de cliënt zich gedraagt in een bewegingsactiviteit. De *positiekeuze* beschrijft hoe de cliënt zich beweegt in de ruimte, en hoe hij dit doet ten opzichte van groepsgenoten. Het tweede observatie-item gaat in op de speelstijl van de cliënt, het verwijst naar wat de cliënt wel goed kan of op welke wijze hij zich in het spel presenteert. Daarnaast wordt in het derde observatie-item beschreven welke *voorkeursacties* de cliënt heeft in bewegingsactiviteiten. Een voorbeeld van een voorkeursactie is of de cliënt vooral aanvallend of verdedigend speelt. *Samenwerking* geeft informatie over het al dan niet kunnen nemen van sociaal perspectief. Een voorbeeld is of de cliënt oog heeft voor zijn partijgenoten en of de cliënt begrijpt dat de tegenstanders andere belangen en gevoelens hebben. Daarnaast geeft het informatie over de omgang met grenzen en tegenspel. Het laatste observatie-item binnen dit observatiegebied is *regelhantering*. Het geeft weer op welke manier een cliënt met de regels omgaat, en hoe de morele ontwikkeling van de cliënt is.

3.2.4 Ervaring van lichamelijkeheid

Dit observatiegebied gaat in op verschillende aspecten van het lichaam. Allereerst wordt er ingegaan op het gevoelsmatige aspect, de *lichaamsbeleving*. Dit wil zeggen dat het gaat om de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het lichaam van de cliënt. Na een activiteit wordt de cliënt bevraagd hoe zijn lichaam voelt. Het tweede observatie-item beschrijft het perceptuele aspect, de perceptie van het eigen lichaam, het *lichaamsbeeld*. De *lichaamswaardering* verwijst naar het cognitieve aspect en het geeft informatie over de positieve en negatieve aspecten van het lichaam. Tot slot wordt binnen dit observatiegebied de *lichaamsattitude* beschreven, dit gaat in op de gedragsmatige aspecten van lichamelijkeheid, voorbeelden hiervan zijn nabijheid, lichamelijk contact en seksualiteit.

3.2.5 Verbaal en non-verbaal contact

Het laatste observatiegebied wordt er gekeken naar de manier waarop de cliënt het contact aangaat. Het is onderverdeeld in *contact ten aanzien van de therapeut*, *contact ten aanzien van de groep*, en *contact ten aanzien van individuele groepsgenoten*. Per observatie-item wordt gekeken of het contact wordt aangegaan en op welke manier dit gebeurt. Het laatste observatie-item geeft informatie over *algemene tendensen*. Voorbeelden hiervan zijn het omgaan met kritiek en complimenten, spanningsbronnen, reactietendensen en hulp vragen, bieden en accepteren.



4. Methode

Vakspecifieke diagnostiek

Er is vakspecifieke diagnostiek afgenomen tijdens de psychomotorische therapie. Om tot een keus te komen met betrekking tot een geschikt middel voor vakspecifieke diagnostiek, is er gekeken naar verschillende vragenlijsten en observatie-instrumenten die er voor psychomotorisch therapeuten zijn. Er is gekeken naar de bruikbaarheid voor deze doelgroep.

- Het International Classification of Functioning, Disability and Health model (ICF-model) is een model voor het menselijke functioneren. Dit model is niet te gebruiken voor deze doelgroep, er is geen fysieke aandoening. Wat hieruit wel gebruikt zou kunnen worden is het deel om het sociale netwerk en de familie in beeld te krijgen bij participatie, persoonlijke factoren en externe factoren (World Health Center, 2001).
- De anamnese voor beginners van Mia Scheffers is een vragenlijst die bij cliënten wordt toegepast. Deze vragenlijst is niet van toepassing op de doelgroep omdat deze gericht is op cliënten met een eetstoornis. Dit is andere problematiek dan de cliënten uit de behandelgroep hebben (Scheffers, 2009).
- De lichaamsattitude vragenlijst van Baardman is een vragenlijst waarmee wordt nagegaan of er een verband bestaat tussen de ideeën die cliënten hebben over hun uiterlijk en hoe de cliënt zich (in gezelschap) gedraagt. Deze lijst zou gebruikt kunnen worden als het specifiek gaat over eten of over seksualiteit. Dit is niet de hoofdproblematiek van de cliënten uit de behandelgroep (Baardman, 1989).
- De checklist van Claudia Emck is een observatiemiddel bedoeld voor jongeren met ernstige psychiatrische problemen die in behandeling zijn in een academische kliniek voor jeugdpsychiatrie. De checklist gaat in op veel verschillende observatie-items, in vijf categorieën ingedeeld (Emck, 1997).

Er is gekozen voor de checklist van Claudia Emck omdat deze het meest passend werd geacht. Er heeft verdieping plaats gevonden in de observatie-items van Claudia Emck. Dit is gebeurd op basis van de literatuur. Zoekstrategie is de literatuurverwijzingen uit het artikel van Claudia Emck over de checklist. Daarnaast is er gezocht naar 'checklist Claudia Emck' / 'observatielijst Claudia Emck' op internet. Er was niet veel literatuur over de checklist bekend, vandaar dat er geen selectiecriteria zijn geweest. Alle gevonden literatuur over de checklist van Claudia Emck is gebruikt.

Afname checklist van Claudia Emck

Het onderzoeksdesign richt zich op de afname van de checklist van Claudia Emck in de psychodynamische behandelgroep voor cliënten met impulscontrole en persoonlijkheidsproblematiek. Er is gekozen voor de cliënten uit de behandelgroep omdat er in deze groep alleen algemene diagnostiek wordt afgenomen voor de start in de groep. Er wordt nog geen vakspecifieke diagnostiek afgenomen. Bovendien zijn deze cliënten goed in staat om te reflecteren waardoor de checklist van Claudia Emck goed af te nemen is. Dit is gedaan door de auteur tijdens de observatieperiode van 4 tot 6 weken. De observatieperiode is begonnen op het moment dat de cliënt de eerste keer in de groep kwam. De checklist is afgenomen bij 4 cliënten tijdens de psychomotorische therapie, in overleg met een ervaren psychomotorisch therapeut. Één cliënt, een vrouw, is halverwege de observatieperiode gestopt. Hierdoor is de checklist van Claudia Emck niet volledig ingevuld. Ook was er nog geen psychologisch onderzoek bij deze cliënt gedaan waardoor het niet mogelijk is om deze cliënt mee te nemen in de resultaten. De over gebleven drie cliënten zijn mannen tussen de twintig en veertig jaar.



Tabel 3 Gegevens van cliënten [bron: dossiers van de cliënten]

Werkdiagnose AFPN		
Cliënt A	AS I	312.30 Stoornis in de impulsbeheersing NAO 314.91.1 Aandachttekort stoornis met hyperactiviteit NAO V62.81 Relatieprobleem NAO
	AS II	301.6 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis 301.81 Narcistische persoonlijkheidsstoornis 301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis
	AS III	Geen diagnose
	AS IV	Problemen binnen de primaire steungroep Problemen met justitie / politie of met de misdaad Andere psychosociale en omgevingsproblemen
	AS V	GAF: 60
Cliënt B	AS I	312.30 Stoornis in de impulsbeheersing NAO V61.10 Partner-relatie problemen 302.72 Erectiestoornis bij man D.d. 299.80 PDD-NOS
	AS II	799.9 Uitgestelde diagnose
	AS III	Geen diagnose
	AS IV	Werkproblemen Relatieproblemen
	AS V	GAF: 60
Cliënt C	AS I	312.30 Stoornis in de impulsbeheersing NAO
	AS II	301.7 Antisociale persoonlijkheidsstoornis
	AS III	Geen diagnose
	AS IV	Werkproblemen Woonproblemen Problemen binnen de primaire steungroep
	AS V	GAF: 65

Gegevens verwerken

De verkregen gegevens uit de checklist van Claudia Emck zijn vergeleken met de informatie uit de algemene diagnostiek. Per observatie-item van de checklist van Claudia Emck is gekeken of dit verschillen of overeenkomsten heeft met de algemene diagnostiek. Dit is per cliënt verwerkt. De informatie van de verschillende cliënten is vergeleken, dit leverde een aantal observatie-items op die wel in de checklist voorkwamen, maar niet in de algemene diagnostiek. Voor deze items is vervolgens gekeken of ze invloed hebben op de behandeling. Dit is gedaan in meerdere gesprekken tussen de heer F. Winkel (psychomotorisch therapeut) en de auteur. Op basis van deze informatie zijn conclusies getrokken over wat de toegevoegde waarde is van het gebruik van de checklist op de algemene diagnostiek.



5. Resultaten

Er is een vergelijking gemaakt tussen de observatie-items uit de vakspecifieke diagnostiek en de algemene diagnostiek. De observatie-items van de vakspecifieke diagnostiek zijn als basis genomen. Per item is gekeken of dit item overeenkomsten heeft met de algemene diagnostiek of dat het nieuwe informatie oplevert. Als het observatie-item zowel in de algemene diagnostiek als in de vakspecifieke diagnostiek wordt beschreven is dit in *tabel 4* weergegeven met “**x**”. Als het observatie-item alleen in de vakspecifieke diagnostiek voorkomt, of de informatie uit de vakspecifieke diagnostiek andere informatie oplevert dan de algemene diagnostiek is dit weergegeven met “**✓**”.

Tabel 4 Resultaten vergelijking algemene en vakspecifieke diagnostiek

x = Zowel in algemene als vakspecifieke diagnostiek
✓ = Alleen in vakspecifieke diagnostiek

	Clïënt A	Clïënt B	Clïënt C
Vakspecifieke diagnostiek	Algemene diagnostiek	Algemene diagnostiek	Algemene diagnostiek
I Uitdrukkingsmotoriek			
I a Lichaamsbeeld	✓	x	x
Houdingsbeeld	x	✓	✓
Bewegingsbeeld	✓	✓	✓
I b Energieniveau	x	x	x
I c Naar binnen / buiten gericht	✓	x	✓
I d Clusters	x	x	x
II Handelingsmotoriek			
II a Motorische ontwikkeling	✓	✓	✓
II b Motorische vaardigheden	✓	✓	✓
II c Bewegingservaring	✓	✓	✓
II d Zelfbeeld, competentieverwachting, inschatting vaardigheden, realiteitstoetsing	x	✓	✓
II e Leervermogen, doorzettingsvermogen, aandachtsspanne	✓	x	✓
III Spelgedrag			
III a Positiekeuze	✓	✓	✓
III b Speelstijl	✓	✓	✓
III c Voorkeursacties	✓	✓	✓
III d Samenwerking	x	x	x
III e Regelhantering	✓	✓	✓
IV Ervaring van lichamelijkeheid			
IV a Lichaamsbeleving	x	✓	✓
IV b Lichaamsbeeld	✓	✓	✓
IV c Lichaamswaardering	✓	✓	✓
IV d Lichaamsattitude	✓	x	✓
V Verbaal en non-verbaal contact			
V a Contact t.a.v. de therapeut	x	✓	✓
V b Contact t.a.v. de groep	✓	x	✓
V c Contact t.a.v. individuele groepsgenoten	✓	✓	x
V d Algemene tendensen	x	x	x

Uit *tabel 4* kan geconcludeerd worden dat een aantal observatie-items overlap vertoont met de afgenomen algemene diagnostiek voor alle cliënten. Dit zijn de observatie-items energieniveau, clusters, samenwerking en algemene tendensen.

Ook is te zien dat een aantal observatie-items bij alle cliënten nieuwe informatie oplevert. Dit betreft de observatie-items bewegingsbeeld, motorische ontwikkeling, motorische vaardigheden, bewegingservaring, positiekeuze, speelstijl, voorkeursacties, regelhantering, lichaamsbeeld en lichaamswaardering.



Verder zijn er observatie-items die voor enkele cliënten nieuwe informatie opleveren. Dit zijn lichaamsbeeld, houdingsbeeld, naar binnen / buiten gericht, zelfbeeld e.a., leervermogen e.a., lichaamsbeleving, lichaamsattitude, contact t.a.v. de therapeut, contact t.a.v. de groep en contact t.a.v. individuele groepsgenoten.



Discussie

Het is van belang om te kijken of de gegevens, verkregen door de checklist van Claudia Emck, aanvullende informatie opleveren voor de behandeling. Er is per cliënt gekeken waar de behandeling zich op richt en/of welke accentverschuivingen er binnen de behandeling komen op basis van de checklist. Er is beschreven of de checklist van invloed is op de totale dagbehandeling en of dit van invloed is op het onderdeel psychomotorische therapie uit de behandeling. Onderstaande gegevens zijn gebaseerd op ervaring van de auteur en van de heer F. Winkel (psychomotorisch therapeut).

Cliënt A

De checklist levert op verschillende observatie-items nieuwe informatie op over cliënt A. Onder andere is zichtbaar dat cliënt A overal in de ruimte aanwezig is. Bijvoorbeeld in een voetbalspel, hij is daar waar de bal is (observatie-item III a 'positie keuze'). Cliënt A is bij voorkeur aanvallend in spelsituaties, hij werkt hierbij samen met groepsleden (observatie-items III c 'voorkeursacties' en III d 'samenwerking'). De cliënt houdt zich meestal aan de regels van het spel (observatie-item III e 'regelhantering'). De cliënt is in contact met de therapeut, en met groepsleden (observatiegebied V 'verbaal en non-verbaal contact').

Door gebruik te maken van de checklist van Claudia Emck werd bij cliënt A duidelijk dat het probleem niet ligt op het gebied waarvoor hij is aangemeld. Binnen de observaties was de impulscontrole problematiek niet zichtbaar. Dat betekent dat hij niet kon oefenen met de behandeldoelen, hij kon niet leren om gevoelens van irritatie, boosheid, woede of agressie op te merken, te (h)erkennen en te symboliseren en vervolgens te hanteren / controleren. Hij kwam deze gevoelens binnen deze behandeling niet tegen.

Voor cliënt A is het gehele behandeltraject veranderd, hij is gestopt met de behandelgroep naar aanleiding van de checklist. Dit is gebeurd op basis van de gehele checklist, maar met name door observatiegebieden III 'spelgedrag' en V 'verbaal en non-verbaal contact'. Hiervan waren de observatie-items III d 'samenwerking', V a 'contact t.a.v. de therapeut' en V d 'algemene tendensen' al beschreven in de algemene diagnostiek.

Cliënt B

Op basis van de checklist zijn voor cliënt B een aantal accenten in de behandeling gelegd. De belangrijkste accenten zijn de volgende:

1. Allereerst werd bij cliënt B geobserveerd dat hij wel een eigen mening heeft maar geen beslissing neemt (observatie-item V b 'contact t.a.v. de groep' en III d 'samenwerking'). Dit gebeurde in verschillende situaties, bijvoorbeeld bij het maken van teams, over ideeën hoe een samenwerkingsactiviteit uit te voeren en bij een gesprek over welke activiteit we gaan doen.

De interventies binnen de behandeling, zowel in de psychomotorische therapie als in de gehele behandeling zullen zich richten op het hebben van een eigen mening en het nemen van beslissingen.

2. Daarnaast werd zichtbaar dat cliënt B zich niet bewust is van wat hij inzet en doet in spelsituaties (observatiegebied III 'spelgedrag'). Hij ziet niet wat er om hem heen gebeurt, hij is bezig met wat hij moet doen en vergeet hierbij de omgeving. Een voorbeeld hiervan is een situatie in het spel hockey. De regel is dat er 'stop' gezegd moet worden als er lichamelijk contact gemaakt wordt. Cliënt B maakt meerdere keren lichamelijk contact, hij zegt hierbij geen 'stop'. En als anderen ingrijpen reageert hij verbaasd. Volgens hem was er geen lichamelijk contact. Als cliënt B zich bewust wordt van wat hij inzet kan hij leren meer zijn eigen aandeel te zien en te herkennen in situaties. Dit is ook van belang om de doelstelling van de behandeling te halen. Een deel van de doelstelling is om gevoelens en gedrag op te merken, bewust worden van wat er gebeurt is een belangrijke stap hierin.

Interventies binnen de psychomotorische therapie zullen zich richten op dat cliënt B zich bewust wordt van wat hij doet en inzet in een activiteit.



3. Tot slot viel op dat cliënt B geen contact heeft met zijn lijf en/of met zijn spanning (observatie-item IV a 'lichaamsbeleving'). Een voorbeeld is sensorelaxatie, een activiteit waarbij een ander je ledematen beweegt. Cliënt B vond het moeilijk om zich over te geven aan de ander. Hij is het contact met zijn hand kwijt. Een ander moet opmerken dat zijn hand nog omhoog staat (niet ontspannen / slap is) voordat hij dit beseft. Een ander voorbeeld is een spelactiviteit waarbij alleen op de lijnen gelopen mag worden. Cliënt B loopt gespannen over de lijnen. Dit is te zien aan zijn strak gespannen handen en zijn gestrekte vingers, aan de houterige of niet soepele manier van bewegen, aan het snel uit evenwicht zijn (stapt vaak naast de lijn). Hij heeft geen contact met zijn lijf. De cliënt is in behandeling wegens liegen en bedriegen (stoornis in de impulscontrole NAO). Zijn contactname past hierbij, het contact blijft oppervlakkig en afstandelijk (observatiegebied V 'verbaal en non-verbaal contact'). Therapeuten en groepsgenoten hebben hier nog geen grip op gekregen.

Interventies hierop gericht zullen allereerst binnen de psychomotorische therapie plaatsvinden. Mogelijk is het nodig om individueel extra aandacht te besteden aan dit punt te zijner tijd. In de groep is hier te weinig tijd / ruimte voor. Meer grip krijgen op het contact met anderen kent een behandel insteek voor de totale dagbehandeling.

Het accent in de behandeling betreft dus het observatiegebied III (spelgedrag), observatie-item lichaamsbeleving (IV a) en het observatiegebied V (verbaal en non-verbaal contact). Hiervan is bepaalde informatie al bekend uit de algemene diagnostiek (zie [tabel 4](#)). Dit betekent dat observatiegebied III 'spelgedrag', het observatie-item IV a 'lichaamsbeleving' en de observatie-items V a en V c 'contact t.a.v. de therapeut' en V c 'contact t.a.v. individuele groepsgenoten' nieuwe informatie hebben opgeleverd dankzij de checklist die van invloed is op de behandeling.

Cliënt C

De checklist van Claudia Emck levert op verschillende observatie-items nieuwe informatie op over cliënt C. Het belangrijkste wat naar voren komt is dat cliënt C zich altijd aan de zijkant van de groep en aan de zijkant van het spel begeeft (observatie-item III a 'positiekeuze'). Hij mengt zich niet uit zichzelf in het gesprek. Als er vragen gesteld worden reageert hij als hij daarvoor wordt uitgenodigd. Vaak moet hij eerst ergens over nadenken en komt hij er pas een week later op terug (observatie-item V d 'algemene tendensen'). Hij maakt een afstandelijke en aftastende indruk (observatie-items V a 'contact t.a.v. de therapeut' en V b 'contact t.a.v. de groep'). Cliënt C zijn hele beleving lijkt uitgesteld. Zo zegt hij vaak niets van zichzelf tegen te komen in de aangeboden activiteiten (observatie-item IV a 'lichaamsbeleving'). Cliënt C is onzichtbaar in het veld aanwezig. Hij weet op het juiste moment op de goede plek te staan om te scoren zonder dat andere groepsleden dit merken. Dit is een uiting van het sluwe en slinkse gedrag van deze cliënt die past binnen de diagnose 'liegen en bedriegen' (observatie-item III b 'speelstijl'). De cliënt houdt zich heel precies aan alle regels die gemaakt zijn (observatie-item III e 'regelhantering'). Mogelijk wil hij hiermee zien hoe betrouwbaar behandelaars en de groep zijn.

De observaties uit de checklist lijken aan te geven dat het goed van belang is om de cliënt te laten merken dat hij er mag zijn en dat hij gezien wordt. Het is belangrijk voor therapeuten om te blijven investeren: om te blijven navragen hoe het voor cliënt C werkt en om na een week weer terug te komen bij cliënt C om te vragen of hij er nog over heeft nagedacht. Het is van belang om te laten zien dat de behandelaars betrouwbaar zijn. Dit is de eerste behandel insteek. Pas nadat dit bereikt is kan de cliënt bezig met andere doelen zoals zichtbaar worden in spelsituaties en/of contact krijgen met zichzelf en met zijn lijf zodat de doelstelling van de behandeling gehaald kan worden.

De onderdelen uit de checklist van cliënt C die zowel van invloed zijn op de totale behandeling als op de psychomotorische therapie zijn dus de volgende observatie-items: positie keuze (III a), speelstijl (III b), regelhantering (III e), lichaamsbeleving (IV a), contact t.a.v. de therapeut (V a), contact t.a.v. de groep (V b) en algemene tendensen (V d). Hiervan was alleen het observatie-item algemene tendensen (V d) al beschreven in de algemene diagnostiek.



Uit de beschrijving per cliënt blijkt dat door het gebruik van de checklist er andere accenten zijn gelegd in de behandeling en dat één cliënt zelfs gestopt is met deze behandelgroep en een andere behandeling aangeboden heeft gekregen die wel goed aansloot bij zijn problematiek. Met name observatiegebied III 'spelgedrag', observatie-item IV 'lichaamsbeleving' en observatiegebied V 'verbaal en non-verbaal contact' zijn van invloed op de behandeling.

Door vakspecifieke diagnostiek af te nemen ontstond een beter beeld van de cliënten. Omdat de nieuwe cliënten meerdere weken geobserveerd werden, kwam naar voren welke gedragingen de cliënten vaker vertonen. Zo kwam bij één cliënt naar voren dat hij in meerdere sessies zijn mening geeft, maar geen beslissing neemt. Dit werd duidelijk omdat dit meerdere keren in de checklist werd ingevuld. Was de checklist niet gebruikt dan was het niet direct opgevallen dat de cliënt dit structureel doet. Door observaties op papier te zetten werden gedragingen van de verschillende cliënten sneller duidelijk.

De observaties uit de checklist van Claudia Emck zijn teruggegeven aan de cliënten in bijzijn van de groep. Zowel de cliënten als de groep herkenden veel van de observaties. Er ontstond voor iedereen een completer beeld. De groep kon het voor de cliënten vervolgens ook breder maken, door bijvoorbeeld de cliënt alert te maken op wat hij doet. Een voorbeeld is de situatie met bovengenoemde cliënt die geen beslissing neemt. Toen er een situatie was waarin de cliënt weer geen beslissing nam, sprak de groep hem daarop aan.

Het gebruik van de checklist van Claudia Emck heeft voor de behandelaren verduidelijkt wat typerend is voor welke cliënt. De checklist helpt om deze kennis paraat te hebben en maakt het gemakkelijker om de cliënt er elke keer weer bewust van te maken van wat hij doet en inzet in een activiteit.

Daarnaast kan er na afloop van een behandeling gemakkelijk met een cliënt worden teruggekeken naar de behandeling. De cliënt kan de verschillen benoemen tussen hoe hij zich in het begin van de behandeling gedroeg, wat hij geleerd heeft en wat er veranderd is.

De veranderingen in de behandeling zijn gebaseerd op ervaringen van de behandelaren die betrokken zijn bij de behandelgroep. De resultaten van het gebruik van de checklist zijn weergegeven voor cliënten met impulscontrole problematiek, vaak in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen, waardoor ze niet gegeneraliseerd kunnen worden naar andere doelgroepen en/of andere instellingen.

Als nadeel van de checklist van Claudia Emck zou aangevoerd kunnen worden dat het afnemen en verwerken veel tijd kost en ook in de psychiatrie is tijd geld. Door echter meer te investeren in de start van de behandeling, en concreter te benoemen waaraan gewerkt moet worden, sluit de behandeling beter aan op de cliënt waardoor het therapieproces mogelijk effectiever (en mogelijk sneller) kan verlopen.

Claudia Emck heeft de checklist ontwikkeld voor jongeren met ernstige psychiatrische problemen die behandeld werden op de open afdeling van een academische kliniek voor jeugdpsychiatrie. De checklist is dus niet specifiek ontwikkeld voor de cliënten met impulscontrole en persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast is de checklist ontwikkeld voor jongeren, de cliënten in de behandelgroep zijn volwassenen. Hierdoor zijn een aantal observatie-items niet relevant voor de behandelgroep. Een aantal voorbeelden van observatie-items waarvan uit dit onderzoek is gebleken dat ze niet volledig aansluiten bij de behandelgroep: motorische ontwikkeling en bewegingservaring. Hiervan is gebleken dat het geen informatie oplevert die van invloed is op de behandeling. Observatie-items die mogelijk missen in de checklist van Claudia Emck voor deze behandelgroep zijn onder andere: omgang met grenzen en het thema kracht. Deze observaties zijn volgens de auteur van belang bij impulscontrole stoornissen en zijn niet opgenomen in de checklist.

De afname van de checklist is niet gebeurd zoals Claudia Emck deze beschrijft in de diagnostische procedure. Er is niet gestart met één aparte groep voor nieuwe cliënten waarbij de checklist is afgenomen. Er zijn geen aanwijzingen dat dit van invloed is geweest op de afname van de checklist. De



nieuwe cliënten voegden in bij de huidige behandelgroep, vervolgens is in die groep de checklist afgenomen. Wel is de observatieperiode (4 tot 6 weken) gelijk gebleven.

De algemene diagnostiek is afgenomen door één medewerker. Wel is deze besproken met verschillende psychologen. Doordat het door één iemand is gedaan zijn de verslagen van alle drie de cliënten op dezelfde manier geschreven. Ook de checklist van Claudia Emck is bij de drie cliënten afgenomen door dezelfde persoon, in overleg met een ervaren psychomotorisch therapeut. Dit maakt de resultaten betrouwbaarder; voor alle personen zijn de observaties en gegevens door dezelfde persoon geïnterpreteerd.

Één cliënt is vroegtijdig met de observatieperiode gestopt waardoor het niet mogelijk was om de checklist voor die cliënt volledig in te vullen. Ook was er nog geen psychologisch onderzoek bij deze cliënt gedaan waardoor het niet mogelijk is om deze cliënt mee te nemen in de resultaten. De resultaten zijn hierdoor gebaseerd op drie cliënten.



Conclusie

Onderzoeksvraag:

Wat is de bijdrage van vakspecifieke diagnostiek door middel van de checklist van Claudia Emck als aanvulling op de algemene diagnostiek voor cliënten met impulscontrole en persoonlijkheidsproblematiek die in de psychodynamische behandelgroep op de Ambulante Forensische Psychiatrie behandeld worden?

Dat vakspecifieke diagnostiek, door middel van de checklist van Claudia Emck, nieuwe informatie oplevert is zeker. Uit de analyse van de afname van de checklist is gebleken dat vier observatie-items geen nieuwe informatie opleveren, tien observatie-items nieuwe informatie opleveren voor alle cliënten en tot slot dat er tien observatie-items zijn die nieuwe informatie opleveren voor een aantal cliënten. Observatie-items die nieuwe informatie opleveren zijn lichaamsbeeld (I a), houdingsbeeld (I a), bewegingsbeeld (I a), naar binnen / buiten gericht (I c), motorische ontwikkeling (II a), motorische vaardigheden (II b), bewegingservaring (II c), zelfbeeld e.a. (II d), leervermogen e.a. (II e), positiekeuze (III a), speelstijl (III b), voorkeursacties (III c), regelhantering (III d), lichaamsbeleving (IV a), lichaamsbeeld (IV b), lichaamswaardering (IV c), lichaamsattitude (IV d), contact t.a.v. de therapeut (V a), contact t.a.v. de groep (V b) en contact t.a.v. individuele groepsleden (V d).

Er is gebleken dat er door een aantal van de hierboven genoemde observatie-items een verandering binnen de behandeling plaatsvindt. Dit betreft de items uit observatiegebied III 'spelgedrag', observatie-item IV 'lichaamsbeleving' en items uit observatiegebied V 'verbaal en non-verbaal contact'. Deze items zijn zowel van invloed op de psychomotorische therapie als op de totale dagbehandeling.

Naast deze bijdrage van vakspecifieke diagnostiek zijn in de praktijk nog een aantal andere aspecten naar voren gekomen die ook bijdragen aan de algemene diagnostiek. Door vakspecifieke diagnostiek af te nemen ontstond een beter beeld van de cliënt. Omdat de nieuwe cliënten meerdere weken geobserveerd werden kwam naar voren welke gedragingen de cliënt vaker vertoont. Door het gebruik van de checklist van Claudia Emck werd voor de behandelaren duidelijk wat typerend is voor welke cliënt. De checklist helpt om deze kennis paraat te hebben en dit maakt het makkelijker om de cliënt er elke keer weer bewust van te maken van wat hij doet, hoe hij zichzelf presenteert en wat hij inzet in een activiteit.

De observaties uit de checklist van Claudia Emck zijn teruggegeven aan de cliënt in bijzijn van de groep. Zowel de cliënt als de groep herkende veel van de observaties, de gedragingen werden breder gedragen en groepsleden konden helpen de gedragingen te leren herkennen.

Daarnaast kan er na afloop van een behandeling gemakkelijk met een cliënt worden teruggekeken naar de behandeling. De cliënt kan de verschillen benoemen tussen hoe hij zich in het begin van de behandeling gedroeg, wat hij geleerd heeft en wat er veranderd is.

Kortom, vakspecifieke diagnostiek levert op verschillende aspecten een bijdrage aan de algemene diagnostiek en aan de behandeling. Het nadeel, de tijdsinvestering, weegt niet op tegen de voordelen als meer kennis bij zowel therapeuten als groepsleden waardoor een completer beeld ontstaat en een beter op de cliënt aansluitende behandeling en de inzet van de checklist als evaluatie.



Aanbevelingen

De eerste aanbeveling is om dit onderzoek uit te voeren bij een groter aantal cliënten. Dit onderzoek is op kleine schaal, bij drie cliënten, gebeurd dus minder betrouwbaar dan wanneer het bij een groter aantal cliënten zou zijn gebeurd. Daarnaast zou het betrouwbaarder worden door dit ook op andere locaties van de AFPN bij deze psychodynamische behandelgroep uit te voeren.

Uit de praktijk is gebleken dat er behoefte is aan een vakspecifiek observatiemodel voor de forensische psychiatrie. Een volgende aanbeveling is dan ook om onderzoek te doen naar wat een geschikt middel is. Er zou gekeken kunnen worden hoe de checklist van Claudia Emck aangepast kan worden zodat het beter aansluit bij de doelgroep. Vervolgens moet de aangepaste checklist getest worden binnen een grote doelgroep binnen de forensische psychiatrie.

Voor de AFPN is de aanbeveling om vakspecifieke diagnostiek te gaan gebruiken binnen de behandelgroep. Er is gebleken dat het toepassen van de checklist van Claudia Emck invloed heeft op de behandeling van de cliënten van de psychodynamische behandelgroep.



Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington DC: APA.

Baardman, I. (1989). Ingebeelde lelijkheid. *Lichaamsattitude vragenlijst van Iman Baardman*. VU Uitgeverij.

Barelds, D. P., Luteijn, F., van Dijk, H., & Starren, J. (2007). *NPV-2 Handleiding*.

Beurden, L. v. (2005). Meetinstrument Utrechtse Copingslijst. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 45 - 46.

Deneer, B. (2004). *Gevaarlijke groepen, groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie*. Houten: Bon Strafleu van Loghum.

Draaiboek behandelgroep. (n.d.). Ambulante Forensische Psychiatrie Noord-Nederland. Assen: Interne publicatie AFPN.

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

Emck, C. (2007). Scoren en erbij blijven! *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 41 - 46.

Fellinger, & Sietsema. (sd). Behandelstrategieën PMT en taakgebieden. *Interne publicatie CALO, cursus BAPMT*. Blackboard.

Nevid, S., Rathus, A., & Greene, B. (2008). *Psychiatrie een inleiding* (3 ed.). Pearson Education Benelux.

NVPMT. (2009). *Beroepsprofiel*. Opgeroepen op 13 april 2012, van http://www.nvpmt.nl/component/option,com_phocadownload/Itemid,97/id,7/view,file/

Pol, G. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen* (1 ed.). Assen: Gorcum b.v., Koninklijke Van.

Scheffers, M. (2009). Anamnese voor beginners herzien. *Interne publicatie CALO, cursus diagnostiek en onderzoek*. Blackboard.

Vandereycken, W., Hoogduin, C. A., & Emmelkamp, P. M. (2006). *Handboek psychopathologie deel 2* (3 ed.). Houten: Bron Strafleu van Loghum.

Verbeeten, S., & Scheffers, M. (2010). *Interne publicatie CALO, cursus diagnostiek en onderzoek*. Blackboard.

Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen & één cliënt* (1 ed.). Soest: Nelissen.

Weide, C. v. (2009). *Zorgprogrammering Expertisecentrum Forensische Psychiatrie*. GGZ Drenthe, Divisie Forensische Psychiatrie.

World Health Center. (2001). *Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*. Geneva: Bohn Strafleu Van Loghum.



Bijlage 1

Tabel 5 *Diagnostische criteria antisociale persoonlijkheidsstoornis (301.7)*
(American Psychiatric Association, 1994)

A. Een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen vanaf het vijftiende jaar aanwezig, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende
(1) Niet in staat zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden zoals blijkt uit het bij herhaling tot handelingen komen die een reden voor arrestatie kunnen zijn
(2) Oneerlijkheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of anderen bezwenden ten behoeve van eigen voordeel of plezier
(3) Impulsiviteit of onvermogen 'vooruit te plannen'
(4) Prikkelbaarheid en agressiviteit zoals blijkt uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldplegingen
(5) Roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen
(6) Constante onverantwoordelijkheid zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen
(7) Ontbreken van spijtgevoelens, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben
B. De leeftijd is ten minste achttien jaar
C. Er zijn aanwijzingen voor een gedragsstoornis beginnend voor het vijftiende jaar
D. Het antisociale gedrag komt niet uitsluiten voor in het beloop van schizofrenie of manische episodes

Tabel 6 *Diagnostische criteria borderline persoonlijkheidsstoornis (301.83)*
(American Psychiatric Association, 1994)

Een diepgaand patroon van in van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:
(1) Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden. N.B.: Reken hier niet het suïcidale gedrag of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium [5].
(2) Een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren.
(3) Identiteitsstoornis: Duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
(4) Impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bv. geld verkwisten, sex, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien). N.B.: Reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium [5].
(5) Recidiverend suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie.
(6) Affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bv. periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen).
(7) Chronisch gevoel van leegte.
(8) Inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bv. frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijk vechtpartijen).
(9) Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.



Tabel 7 *Diagnostische criteria theatrale persoonlijkheidsstoornis (301.50)*
(American Psychiatric Association, 1994)

Een diepgaand patroon van buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:
(1) Voelt zich niet op zijn/haar gemak in situaties waarin hij/zij niet in het centrum van de belangstelling staat.
(2) De interactie met anderen wordt vaak gekenmerkt door ongepast seksueel verleidelijk of uitdagend gedrag.
(3) Toont snel wisselende en oppervlakkige emotionele uitingen
(4) Maakt voortdurend gebruik van het eigen uiterlijk om de aandacht op zichzelf te vestigen
(5) Heeft een manier van spreken die uitermate impressionistisch is en waarbij details ontbreken
(6) Toont zelfdramatiserende, theatrale en overdreven uitingen van emoties
(7) Is suggestibel, dat wil zeggen gemakkelijk beïnvloedbaar door anderen of de omstandigheden.
(8) Beschouwt relaties als meer intiem dan deze werkelijk zijn

Tabel 8 *Diagnostische criteria narcistische persoonlijkheidsstoornis (301.81)*
(American Psychiatric Association, 1994)

Een diepgaand patroon van grootheidsgedachten (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie, beginnende in de vroege volwassenheid en tot uiting komen in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:
(1) Heeft een opgeblazen gevoel van eigen belangrijkheid (bijvoorbeeld overdrijft eigen prestaties en talenten, veracht als superieur erkend te worden zonder de erbij horende prestaties)/
(2) Is gepreoccupeerd met fantasieën over onbeperkte successen, macht, genialiteit, schoonheid of ideale liefde.
(3) Gelooft dat hij of zij 'heel speciaal' en uniek is en alleen begrepen kan worden door, of hoort om te gaan met, andere heel speciale mensen of mensen (of instellingen) met een hoge status.
(4) Verlangt buitensporige bewondering
(5) Heeft een gevoel bijzondere rechten te hebben dat wil zeggen onredelijke verachting van een uitzonderlijk welwillende behandeling of een automatisch meegaan met zijn of haar verwachtingen
(6) Exploiteert anderen, dat wil zeggen maakt misbruik van anderen om zijn of haar eigen doeleinden te bereiken
(7) Heeft gebrek aan empathie: is niet bereid de gevoelens en behoeften van anderen te erkennen of zich ermee te vereenzelvigen
(8) Is vaak afgunstig of meent dat anderen op hem of haar afgunstig zijn
(9) Is arrogant of toont hooghartig gedrag of houdingen



Bijlage 2

Emck, C.: Diagnostische procedure voor psychomotorische therapie

Schema: Checklist Psychomotorische Therapie

- | | |
|---|--|
| I. Uitdrukkingsmotoriek; expressieve aspecten | |
| a. lichaamsbeeld; houdingsbeeld; bewegingsbeeld | b. energieniveau |
| c. naar binnen/buiten gericht | d. clusters: |
| | – remming, angst, controle |
| | – plezier, vertrouwen, kracht, ruimte |
| | – impulsiviteit, chaos, grenzeloosheid |
| II. Handelingsmotoriek: functionele aspecten | |
| a. motorische ontwikkeling | |
| b. motorische vaardigheid: coördinatie/evenwicht/concentratie | |
| c. bewegingservaring: school/club/hobby; individueel/gezamenlijk | |
| d. zelfbeeld, competentieverwachting, faalangst, prestatie-motivatie, inschatting motorische vaardigheid, realiteitstoetsing | |
| e. leervermogen, doorzettingsvermogen, aandachtsspanne | |
| III. Spelgedrag: sociale aspecten | |
| a. positiekeuze: | b. speelstijl: |
| – in de ruimte | – rivaliserend/strijdend |
| – t.o.v. groepsgenoten | – onderhoudend/ontwijkend |
| | – verrassend/flexibel |
| | – resulterend/doelgericht |
| | – herhalend/rigide |
| c. voorkeursacties: | d. samenwerking: |
| – aanvallen/doelen/scoren | – sociaal perspectief nemen |
| – verdedigen/keepen/stoppen | – omgaan met grenzen |
| – spelverdelen/afgeven/voorzetten | – omgaan met tegenspel |
| e. regelhantering: | |
| – volgen / negeren / boycotten / protesteren / mening geven / regels maken | |
| IV. Ervaring van lichamelijkeheid | |
| a. lichaamsbeleving: gevoelsmatige aspecten | b. lichaamsbeeld: perceptuele aspecten |
| – algemeen/specifiek | – adequaat/vertekend/verstoord |
| – vorm/inhoud | – mate van ontwikkeling en differentiatie |
| – spanningsklachten/ziekten | |
| c. lichaamswaardering: cognitieve aspecten | d. lichaamsattitude: gedragsmatige aspecten |
| – positief/negatief | – eerder ondernomen acties |
| – globaal/specifiek | – nabijheid, lichamelijk contact, seksualiteit |
| V. Verbaal en non-verbaal contact | |
| a. t.a.v. de therapeut | b. t.a.v. de groep |
| – aangaan/afweren | – positie |
| – initiatief/afwachten | – feedback: steun en kritiek |
| – stijl en kleur; (tegen)overdracht | – zelfonthulling: congruentie en inzicht |
| c. t.a.v. individuele groepsgenoten | d. algemene tendensen |
| – maatje zoeken/vinden/houden | – leeftijds-adequatie |
| – leiden/volgen | – spanningsbronnen |
| – rivaliteit | – reactietendens: vluchten/vechten/verduren |
| | – omgaan met kritiek/complimenten |
| | – hulp vragen/bieden/accepteren |
| | – inzicht in zichzelf/ander/interactie |
| VI. Conclusie: Korte samenvatting van I,II, III, IV en V waarbij een vakspecifieke werkhypothese wordt geformuleerd in samenhang met de geïdentificeerde klacht(en). | |
| VII. Voorstel: Wel of geen behandeling, de vorm van de behandeling (poliklinisch, klinisch, etc.), wel/geen PMT, de vorm van PMT: individueel, specifieke groep, met gezin/gezinslid | |

