

Rare gedachtes door stress

Helpende thema's bij het behandelen van schizofrenie



Naam: Linda Breed

Begeleider: Pauline Fellingner

Beoordelaar: Cor Niks

School: Windesheim Zwolle

*Opleiding: CALO Psychomotorische therapie
en bewegingsagogie*

Afstudeerjaar: 2012-2013

Voorwoord

Deze scriptie heb ik geschreven als afstudeeronderzoek voor de opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie. Ik heb het afgelopen jaar binnen forensisch psychiatrisch centrum (FPC) de Kijvelanden stage gelopen. Vanuit mijn stagebegeleider was de vraag naar een psychomotorische therapie (PMT) module voor de patiënten met schizofrenie. Naar mate mijn stage vorderde en ik aan een groep patiënten met schizofrenie therapie ging geven, werd het idee om mijn scriptie over deze doelgroep te schrijven een concreter plan.

Vanuit mijn stage vraag was naar een PMT module voor patiënten met schizofrenie, ik heb gekozen om hiermee aan de slag te gaan. Het doel van deze scriptie is het komen tot thema's voor een Stress Management Training voor patiënten met schizofrenie. Deze thema's zullen voortkomen uit literatuur.

Naar aanleiding van deze scriptie heb ik een klein gedichtje gemaakt. Deze gaat over de patiënten met schizofrenie binnen FPC de Kijvelanden. Dit gedichtje geeft een kijk binnen de FPC en hoe de patiënten veelal tegen hun behandeling en schizofrenie aankijken.

Schizofrenie binnen een FPC

*Je hebt iets misdaan,
Daar kun je niet omheen gaan,
En nu zit je vast,
En ben je hier niet te gast,*

*De stemmen in je hoofd,
Die hebben je al veel beloofd,
Maar eigenlijk na al die jaren,
Ben je nog steeds beloftes aan het sparen,*

*Nu is het tijd voor behandeling,
Maar dat heeft toch geen zin,
De gedachtes willen niet gaan,
Want dat krijg je zelf niet gedaan.*

Ik vind dat er gepaste resultaten uit deze scriptie naar voren komen, daarbij was het voor mij een leerzame ervaring. Ik wil de mensen bedanken die mij hulp hebben geboden en er voor mij is geweest om mij te ondersteunen in het maken van deze scriptie.

Veel leesplezier,

Linda Breed

Samenvatting

In deze literatuurstudie staat beschreven welke PMT-thema's er leidend zijn voor een stressmanagement training voor patiënten binnen FPC de Kijvelanden met schizofrenie in de begin fase van hun behandeling, waarbij er nog sprake is van een restfase uit een psychotische episode. Er zijn deel en hoofdvragen voor deze literatuur studie geformuleerd. Er is onderzocht welke literatuur van toepassing is om de deel- en hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden.

Allereerst is er voor dit onderzoek gekeken naar de kenmerken voor de doelgroep. Ook is er gekeken naar het verschil tussen een schizofrene doelgroep in de psychiatrie en schizofrene doelgroep binnen de forensische psychiatrie. Deze verschillen zijn van belang geweest om de behandeldoelen te kunnen stellen. Deze doelen zijn voort gekomen uit behandelingen die worden gegeven en een positief effect hebben op patiënten met schizofrenie. Vanuit de PMT specifieke doelen is er een koppeling gemaakt naar thema's. Deze thema's zijn passend binnen de gestelde doelen. De thema's zijn het resultaat uit dit onderzoek. In de discussie kwam naar voren dat er nog een aantal punten binnen dit onderzoek zijn, die niet zeker zijn. De resultaten zijn de antwoorden op de hoofd- en deelvragen die voorafgaand aan het onderzoek gesteld zijn. De aanbevelingen zijn gericht op het onderzoek wat in de toekomst nodig is. Dit onderzoek is vooral gericht op wat het effect is van de thema's.

Tijdens het onderzoek is het artikel Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Alphen et al., 2012) samengevat om meer overzicht te krijgen in wat de effecten van verschillende behandelingen zijn. Deze samenvatting is als bijlage toegevoegd.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	4
1. Inleiding.....	5
1.1 Vraagstelling	5
1.2 Leeswijzer.....	6
2. Methode.....	7
3. Afbakening	8
3.1 De doelgroep.....	8
3.2 Het probleemgedrag	10
4. Verschillende behandelingen.....	11
4.1 Medicatie	11
4.2 Therapie	11
5. Stressmanagement training voor jongeren met psychotische stoornissen van Claudia Emck ..	13
5.1 Het doel	13
5.2 De thema's	13
5.3 Toepasbaar voor de uiteindelijke thema's	13
6. Behandeldoelen	15
6.1 Algemene behandeldoelen.....	15
6.2 Specifieke behandeldoelen voor de thema's.....	16
7. Resultaten	17
7.1 De thema's	18
8. Discussie.....	20
9. Conclusie	21
9.1 De deelvragen	21
9.2 De onderzoeksvraag.....	22
10. Aanbevelingen.....	23
Literatuurlijst	24
Bijlage	25
Bijlage 1.....	25

1. Inleiding

Binnen FPC de Kijvelanden bevinden zich patiënten met een TBS (Ter Beschikking Stelling) maatregel met dwangverpleging. TBS wordt gegeven aan patiënten die een delict hebben gepleegd waarin zij (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Deze ontoerekeningsvatbaarheid hangt samen met een psychiatrische stoornis. Hierdoor vormen zij een gevaar voor de maatschappij. De TBS maatregel wordt jaarlijks verlengd met 1 of 2 jaar. De patiënt met deze maatregel keert terug in de maatschappij nadat de rechter oordeelt dat de kans op terugval is verdwenen.

Binnen FPC de Kijvelanden bevinden zich volwassen patiënten met verschillende stoornissen. Dit zijn onder andere persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie of een stoornis binnen het autisme spectrum. Dit onderzoek is gericht op de patiënten met schizofrenie. Schizofrenie wordt hierbij in de brede zin genomen. Dit houdt in dat het gaat om patiënten die een diagnose hebben binnen het schizofrene spectrum. Hiermee worden dus ook de aanverwante stoornissen met psychoses bedoeld zoals schizofreniforme stoornissen.

De comorbiditeiten die binnen deze doelgroep voorkomen, zoals verslaving of persoonlijkheidsproblematiek, worden niet gebruikt in dit literatuuronderzoek. Binnen FPC de Kijvelanden verblijven alleen mannelijke patiënten. Voor dit onderzoek wordt er geen specifieke aandacht gericht op mannen. Dit aangezien er vanuit de literatuur weinig verschil is tussen mannen en vrouwen met schizofrenie, en de meeste literatuur zich op de gehele doelgroep richt.

Er is al een stress management training geschreven door Emck (1998). Deze training is meegenomen in het onderzoek. Deze stress management training is echter gericht op jongeren met een psychotische stoornis binnen een deeltijdbehandeling. De doelgroep voor dit onderzoek bestaat uit volwassenen die verblijven in een FPC. Dit is een gesloten setting waar voor een voltijd behandeling wordt gezorgd.

Het doel van dit onderzoek is om tot thema's te komen die, binnen de nog te ontwikkelen module, aansluiten bij het probleemgedrag en binnen de behandeling. Zo wordt geprobeerd om meer controle te verkrijgen over het probleemgedrag en de gedragsstoornissen. Dit wordt gedaan door middel van een behandeling die zich er op richt om de delict risico's te verminderen. De behandeling zal gericht zijn op de stressmanagement vaardigheden van de patiënten, omdat verhoging van stress leidt tot een vergrote kans op psychoses. En psychoses weer een vergrote kans op recidive geven. Patiënten met schizofrenie zijn zeer kwetsbaar voor een terugval naar de acute fase van schizofrenie (Nevid, Rathus en Greene, 2008). Door hen vaardigheden te leren om beter met stress om te gaan, wordt de kans op deze terugval beperkt.

1.1 Vraagstelling

De onderzoeksvraag voor dit onderzoek is als volgt:

“Welke theoretische PMT thema's zijn leidend voor het ontwikkelen van een PMT stressmanagement training voor schizofrene mannen met een tbs maatregel die rond de acute fase van hun schizofrenie zitten?”

Om antwoord te krijgen op deze onderzoeksvraag zijn er een aantal deelvragen opgesteld. De deelvragen zijn:

- Wat zijn de kenmerken van de doelgroep?
- Wat is het probleemgedrag van de doelgroep?
- Wat zijn effectieve behandelingen voor de doelgroep?
- Wat zijn de behandeldoelen voor deze doelgroep?

1.2 Leeswijzer

De opbouw van dit literatuur onderzoek is als volgt; binnen de “Methode” (hoofdstuk 2) staat beschreven hoe er gezocht is naar literatuur en welke literatuur er uiteindelijk gebruikt is voor dit onderzoek. Er staat beschreven wat de in- en exclusie criteria zijn voor dit onderzoek en welke theorie er als hoofdleder is gebruikt voor dit onderzoek.

Binnen “De afbakening” (hoofdstuk 3) staat beschreven hoe de specifieke doelgroep eruit ziet. Hierbij staat het probleemgedrag van deze doelgroep beschreven. Vervolgens wordt er binnen het hoofdstuk “Verschillende behandelingen” (hoofdstuk 4) gekeken naar welke behandelingen er al worden gegeven aan patiënten met schizofrenie en wat het effect is van deze behandelingen. In hoofdstuk 5 staat de stress management training van Emck (1998) beschreven. Er wordt vooral aandacht besteed aan de doelen en thema’s die in de stress management training van Emck beschreven staan.

In hoofdstuk 6 gekeken naar welke doelen er vanuit de effectieve behandelingen naar voren komen en welke doelen er daarvan passen binnen dit onderzoek. Binnen de resultaten komt naar voren welke thema’s passend zijn bij de doelen die in hoofdstuk 6 gesteld zijn.

Binnen de discussie worden punten besproken die uit dit onderzoek in twijfel kunnen worden gebracht. In de conclusie worden de deelvragen en de hoofdvraag beantwoord met daarop volgend de aanbevelingen voor een eventueel vervolgonderzoek.

In de bijlage bevindt zich een samenvatting in de vorm van een tabel vanuit het artikel Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Alphen et al, 2012). Dit artikel is gebruikt om in hoofdstuk 4 een beter overzicht te krijgen welke behandelingen er een positief of een negatief effect hebben.

2. Methode

Er is literatuur gezocht om de hoofdvraag en deelvragen van dit onderzoek te beantwoorden. Er zijn verschillende zoektermen naar voren gekomen. De zoektermen die vanuit de literatuur naar voren kwamen zijn: forensische psychiatrie, schizofrenie, PMT en behandeling. Vervolgens is er onderzocht of er in de gevonden artikelen relevante informatie stond die over deze zoektermen ging. Ook is bekeken of deze zoektermen de hoofd- en/of deelvragen kunnen onderbouwen. Hieruit zijn de volgende in- en exclusie criteria gehanteerd:

- Als het gaat om literatuur die niet ouder dan 10 jaar, dus niet van vóór 2002,
- Als het gaat om de acute fase of de restfase van de zoekterm schizofrenie,
- Als het gaat om algemene getallen over het voorkomen van schizofrenie,
- Als het gaat om de vormen van behandeldeling van schizofrenie,
- Als het gaat om de benadeling van schizofrenie vanuit het biopsychosociaal model,
- Als het gaat om het recht binnen forensische psychiatrie dan is het ge-excludeerd,
- Als het gaat om de behandeling van schizofrenie binnen de forensische psychiatrie,
- Als het gaat om schizofrenie binnen de psychomotorische therapie.

Vanuit de in- en exclusie criteria is er in de artikelen gekeken welke de meest relevante informatie voor dit onderzoek weergaven. Vanuit deze artikelen is het onderzoek geschreven. Daarbij zijn een aantal losstaande artikelen voor dit onderzoek gebruikt die relevante informatie bevatten. Per artikel is er vervolgens gekeken over welke deelvragen er relevante informatie staat en binnen welk hoofdstuk dit passend is.

De stressmanagement training voor jongeren met psychotische stoornissen van Emck (1998) is een module die binnen de exclusie criteria past, aangezien het verouderde literatuur is. Er staat er in deze module echter een stress management training die binnen de hedendaagse psychiatrie nog wordt gebruikt. Binnen de stress management training module worden thema's behandeld die relevant zijn voor dit onderzoek. Hieruit is de keuze voortgekomen om deze module te includeren bij het onderzoek. In dit onderzoek wordt deze module apart bekeken. Hieruit komen doelen en thema's naar voren, die later worden betrokken bij de doelen en thema's die uit dit onderzoek komen.

3. Afbakening

Binnen de afbakening staat beschreven hoe de specifieke doelgroep eruit ziet en wat het probleemgedrag van de doelgroep is.

3.1 De doelgroep

De doelgroep voor dit onderzoek bestaat uit patiënten met schizofrenie. In de DSM-IV (Frances, Michael, Pincus en Widiger, 2001) staat schizofrenie als volgt omschreven:

Kenmerkende symptomen waarvan twee of meerdere van de volgende, elk gedurende één maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig (of korter bij succesvolle behandeling):

- Wanen,
- Hallucinaties,
- Onsamenvhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie),
- Ernstig chaotisch gedrag of katatoon gedrag,
- Negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie.

De symptomen van schizofrenie kunnen worden onderverdeeld in negatieve- en positieve symptomen (Nevid, Rathus en Greene, 2008). De positieve symptomen zijn symptomen die aanwezig zijn tijdens de acute fases van schizofrenie. De negatieve symptomen zijn symptomen die een gebrek of tekort aangeven.

Positieve symptomen	Negatieve symptomen
Hallucinaties,	Gebrek aan sociale vaardigheden,
Wanen,	Sociale teruggetrokkenheid,
Bizar gedrag,	Vlak affect,
Gedachtestoornissen.	Spraak- en gedachtearmoede,
	Psychomotorische traagheid,
	Onvermogen plezier te beleven.

Schizofrenie ontstaat geleidelijk. In de eerste fase van schizofrenie krijgt de patiënt psychotische trekken. Deze fase wordt ook wel premorbide fase genoemd. Als de psychotische trekken vervolgens vermeerderen dan gaat de patiënt door naar de prodromale fase. Binnen de prodromale fase zijn de eerste verschijnselen van schizofrenie te zien. Zoals het afnemen van belangstelling voor sociale activiteiten en toenemende problemen met het vervullen van de verantwoordelijkheden van het dagelijks leven. Naar mate dit gedrag toeneemt, gaat de persoon door naar de acute fase. Binnen de acute fase verergeren de psychotische symptomen tot hallucinaties, wanen en steeds vreemder gedrag. Na deze fase komen de patiënten in een restperiode terecht. Deze periode kun je vergelijken met de prodromale fase. Vanuit deze fase kunnen de patiënten weer in de acute fase komen.

Schizofrenie is verder verdeeld in verschillende subtypes. De belangrijkste hiervan zijn het paranoïde type, gedesorganiseerde type en het katatone type. De DSM-IV (Allen Frances et al., 2001, p.195) beschrijft deze types als volgt:

Type	Symptomen
Paranoïde type	<ul style="list-style-type: none">▪ Preoccupatie met een of meer wanen of frequente gehoorhallucinaties,▪ Geen van de volgende is opvallend aanwezig: onsamenvhangende spraak, chaotisch of katatoon gedrag, of vlak of inadequaate affect.

Gedesorganiseerde type	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onsamenvhangende spraak, ▪ Chaotisch gedrag, ▪ Vlak of inadequaaf affect, ▪ Voldoet niet aan de criteria van het katatone type.
Katatone type	<p>Minstens twee van de volgende symptomen overheerst:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motorische onbeweeglijkheid zich uitend in katalepsie of stupor, ▪ Overmatige motorische activiteit, ▪ Extreem negativisme of mutisme, ▪ Vreemde willekeurige bewegingen zich uitend in een katatone houding, stereotiepe bewegingen, opvallende maniërismen of opvallend grimasseren, ▪ Echolalie of echopraxie.

Er zijn een aantal verschillende comorbiditeiten die bij schizofrenie vaak voorkomen. Dit zijn verslaving, middelenmisbruik en persoonlijkheidsproblematiek.

De comorbiditeit met verslaving is volgens onderzoek van Bokern et al. (2008) hoog; bij 70 tot 80 % is er sprake van verslaving naast de schizofrenie. Uit dit onderzoek blijkt dat hoe jonger de patiënt start met het misbruik van middelen, des te hoger de kans op het ontwikkelen van een stoornis, agressiviteit en de kans op recidive. Dit literatuur onderzoek zal zich vooral richten op de schizofrenie.

De comorbiditeit met persoonlijkheidsproblematiek zorgt volgens onderzoek (Bokern et al., 2008) ervoor dat de kans op een ernstig delict aanmerkelijk toeneemt. Op basis hiervan is het van belang dat de behandeling zich richt op zowel de persoonlijkheidsproblematiek, als de schizofrenie. Dit literatuur onderzoek zal zich vooral richten op de schizofrenie.

3.1.1 De specifieke doelgroep

De patiënten bevinden zich allemaal binnen een FPC (Forensisch psychiatrisch centrum). Dit houdt in dat alle patiënten een delict hebben gepleegd en hiervoor vervolgd zijn. Vanuit de rechtelijke macht hebben ze een gevangenisstraf opgelegd gekregen en daarbij een bevel tot TBS met dwangverpleging.

Het onderzoek richt zich op de patiënten met schizofrenie of een stoornis die binnen het schizofrene spectrum zit. In dit verdere onderzoek zal de term schizofrenie worden gebruikt, hiermee worden alle schizofrene ziektebeelden die binnen het schizofrene spectrum vallen bedoeld.

Gedurende de behandeling zullen de patiënten zich eerst in de restfase en later in de acute fase bevinden, deze fases zullen terugkerend aanwezig zijn. Dit betekent dat de psychotische gedachten per moment verschillend aanwezig zijn, variërend van de voorgrond naar meer naar de achtergrond. Hiermee zal tijdens de behandeling rekening mee moeten worden gehouden.

Het type schizofrenie dat zich binnen FPC de Kijvelanden het meest voorkomt is het paranoïde type. Binnen het paranoïde type schizofrenie hebben de wanen veelal de thema's grootheid, achterdocht, achtervolging en jaloezie (Nevid et al., 2008). De meeste delicten worden vooral vanuit de thema's achtervolging, achterdocht en jaloezie gepleegd, minder vanuit grootheid. Op basis hiervan wordt de doelgroep gespecificeerd op deze eerste drie thema's.

3.2 Het probleemgedrag

Het probleemgedrag dat bij de specifieke doelgroep past is gerelateerd aan de thema's achtervolging, achterdocht en jaloezie. Dit betekent dat binnen de behandeling de patiënten kenmerken zullen hebben van de bovenstaande thema's. Vanuit deze thema's ontstaat angst (Nevid et al., 2008). Door deze angst is het mogelijk dat de patiënt naar zijn gedachten gaat luisteren. Door deze gedachten te volgen wordt de kans groter dat de patiënt een delict pleegt. De meeste patiënten hebben een delict gepleegd op een moment dat zij zich in de acute fase van schizofrenie bevonden.

Vanuit de psychotische gedachten komt ook het probleemgedrag voort. Doordat de fases van de schizofrenie elkaar opvolgen en de patiënten zich vaker in de acute fase bevinden dan in de restfase, zijn de psychotische gedachten ook variërend van de achtergrond naar de voorgrond. Dit betekent dat de patiënten terug in hun delictgedrag kunnen komen. Op dat moment handelen ze dus naar de psychotische gedachten die ze hebben.

4. Verschillende behandelingen

Binnen dit hoofdstuk staat beschreven welke behandelingen er zijn voor patiënten met schizofrenie en wat de effectiviteit van de verschillende behandelingen is.

4.1 Medicatie

Antipsychotische medicatie dient als effectieve werkzame behandeling van schizofrenie en de schizofreniforme stoornissen aangewend te worden. Behandeling zonder medicatie wordt afgeraden omdat het effect van de behandeling daardoor verminderd wordt (Alphen et al., 2012).

De antipsychotische medicatie heeft vooral effect op de positieve symptomen van schizofrenie. De antipsychotische medicatie heeft slechts beperkt tot geen invloed op de negatieve symptomen en neurocognitieve functiestoornissen. Om de negatieve symptomen en de neurocognitieve functiestoornissen te behandelen, zijn er dus andere behandelingen nodig (Bokern et al., 2008).

Het doel van het gebruiken van antipsychotische medicatie is als volgt:

- Management van de acute symptomen,
- Remissie van psychotische symptomen,
- Onderhoudstherapie,
- Preventie ter voorkoming van terugvallen.

Volgens Alphen et al. (2012) komen er bij verschillende antipsychotica verschillende bijwerkingen voor. De bijwerkingen komen bij de ene antipsychotica sterker voor dan bij de ander. De bijwerkingen die het meeste voorkomen zijn:

- Bewegingsstoornissen (acute dystonie, acathisie, parkinsonisme, tardieve dyskinesie),
- Metabole stoornissen (gewichtstoename, diabetes, dyslipidemieën, hypertensie, metabool syndroom),
- Seksuele functiestoornissen,
- Cardiovasculaire problemen (hartfalen, plotselinge hartdood, myocarditis, myopathie).

Voor dit onderzoek is het van belang dat er rekening wordt gehouden in de thema's met de medicatie en de bijwerkingen die de medicatie met zich meebrengt. Tijdens de training is het mogelijk om tussendoor met de patiënten bespreekbaar te maken op welke manier zij last ervaren van de medicatie, maar ook welke positieve factoren er aan de medicatie zitten.

4.2 Therapie

In de bijlage staan de verschillende psychosociale interventies van Alphen et al. (2012) beschreven. Door naar de effectiviteit van verschillende behandelingen te kijken, kan er worden gezocht naar de effectiefste manier van het behandelen van patiënten met schizofrenie. Hierbij kan er worden gekeken naar de doelen die in de behandeling naar voren komen. In de bijlage staat een samenvatting over de effecten van verschillende behandelingen die voor patiënten met schizofrenie worden aangeboden.

Uit deze samenvatting blijkt dat de effectieve behandelingen zijn: psychomotorische therapie, bewegingsactivering, gezins-interventies, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en Liberman modules. Deze effectieve behandelingen worden hieronder nader bekeken. Allereerst staan de disciplines beschreven vervolgens de behandelingen.

4.2.1 Disciplines

Uit de bijlage (Alphen et al, 2012) kan gesteld worden dat PMT en bewegingsactivering effect hebben op overgewicht, een slechte lichamelijke conditie, spanningsklachten en ernstige negatieve symptomen zoals een vertraagde psychomotoriek.

Er kan ook gesteld worden dat het belangrijk is dat er gezins-interventies worden gedaan door de psycholoog. Dit houdt in dat de omgeving van de patiënt weet heeft van het ziektebeeld van de patiënt en hoe zij daarmee om moeten gaan.

Binnen FPC de Kijvelanden verblijven patiënten op afdelingen onder begeleiding, hierbij hebben zowel de begeleiders als de behandelaren voldoende kennis over schizofrenie. Voor familieleden en naaste betrokkenen van de patiënten met schizofrenie is er de vereniging Ypsilon. Hier kan naar verwezen worden voor eventuele psycho-educatie of begeleiding voor de familie en naastbetrokkenen van de patiënt. Ypsilon verzorgt hierbij ondersteuning voor de familie en geen therapeutische interventies. Voor dit onderzoek naar de passende thema's voor de behandeling van patiënten met schizofrenie is het verder niet van belang dat dit terugkomt binnen de thema's.

4.2.2 Behandelingen

Er zijn verschillende behandelingen voor schizofrenie. Hieronder staan een aantal behandelingen beschreven. Dit zijn cognitieve gedragstherapie, Liberman module en de stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen.

De volgende handelingen komen binnen de cognitieve gedragstherapie aan de orde (Alphen et al, 2012) en worden meegenomen in de thema's:

- De gedachtes, gevoelens en gedragingen worden besproken die samenhang hebben met schizofrenie,
- Er wordt naar verklaringen gezocht en naar verschillende wijzen van omgang van de symptomen van schizofrenie.
- De symptomen worden verminderd door de geloofwaardigheid van alternatieve betekenissen te vergroten, dit zorgt ervoor dat de lijdensdruk vermindert,
- Er wordt geprobeerd het sociale functioneren te verbeteren.

Bij zowel cognitieve gedragstherapie als bij psycho-educatie staat beschreven dat deze het beste individueel gegeven kan worden, aangezien de therapie gericht in kan gaan op de doelen van de patiënt. Voor de nog uit te schrijven module, zal hier rekening mee moeten worden gehouden. Er zal worden gekeken wat de best gepaste groepsgrootte is, zodat er aan de verschillende leerdoelen van de patiënten kan worden gewerkt. Maar dat er ook door de patiënten van elkaar kan worden geleerd. Voor dit onderzoek heeft dit echter geen betrekking op het uitschrijven van de thema's.

Uit het onderzoek van Alphen et al. (2012) blijkt dat Liberman modules een positief effect hebben op schizofrenie. Binnen FPC de Kijvelanden wordt de Liberman module omgaan met psychotische symptomen gegeven (van der Wal en Hoppema, 2010). Binnen de Liberman module worden vaardigheden aangeleerd. Deze vaardigheden zijn gericht op communicatie-, praktische- en sociale vaardigheden. Deze vaardigheden worden aangeleerd door middel van gedragstherapie, groepsgesprekken en psycho-educatie over de omgang met schizofrenie. De thema's die binnen de Liberman module aan de orde komen, kunnen worden gekoppeld aan de thema's die zullen worden aangeboden binnen de PMT.

De stressmanagement training voor jongeren met psychotische stoornissen is een module geschreven door Claudia Emck (1998). Deze module is grondlegger voor de thema's die uit dit onderzoek komen. Deze module wordt daarom in hoofdstuk 5 nader bekeken.

5. Stressmanagement training voor jongeren met psychotische stoornissen van Claudia Emck

In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar de stress management training die ontwikkeld is door Emck (1998). Er wordt gekeken naar welke doelen en thema's Emck heeft gebruikt in haar stress management training.

5.1 Het doel

Het doel van de module (Emck, 1998) is het bijdragen tot de vermindering van recidive psychosen bij jongeren. Aangezien stress kan leiden tot een verhoogde kans op een psychose, is het van belang dat deze doelgroep om leert gaan met stress. Dit wordt gedaan door middel van: het kunnen hanteren van gedachtes, gevoelens en situaties die spanningen opleveren. Het is hierbij niet de bedoeling dat ze helemaal geen spanning meer ervaren, maar dat dit naar een gezonde proportie wordt terug gebracht .

De stress management training van Claudia Emck (1998) is geschreven voor jongeren die in de post acute fase zitten (de Lange, Bosscher, 2005, p. 163). Dit betekent dat de jongeren na de acute fase van de schizofrenie zitten. Binnen de acute fase staan de psychotische belevenissen op de voorgrond. Binnen de post acute fase zijn er psychotische belevingen, maar deze zullen op de achtergrond aanwezig zijn.

5.2 De thema's

De thema's die hierbij aan de orde komen in de stress management training van Emck (1998) zijn als volgt:

- Spanning-ontspanning,
- Spanningssignalen,
- Concentratietechnieken,
- Activeringstechnieken,
- Distantiëringsstrategieën,
- Spanningsbronnen,
- Vertrouwen (zowel jezelf als de ander),
- Beschermende activiteiten en omgevingsfactoren,
- Beschermende vaardigheden (juiste eisen stellen, omgang met emoties, ontbrekende vaardigheden),
- Storend ongewenst gedrag.

5.3 Toepasbaar voor de uiteindelijke thema's

Voor dit onderzoek is het van belang dat de recidive van de psychoses worden teruggedrongen en dat de patiënten inzicht krijgen in hun eigen stressmanagement. Dit komt overeen met de stress management training die geschreven is door Emck (1998). De thema's die binnen de stress management training van Emck (1998) worden gegeven zijn hierdoor toepasbaar binnen de thema's die uit dit onderzoek komen. Er moet wel rekening worden gehouden dat de stress management training van Emck (1998) is gericht op jongeren. Hierdoor kunnen de beschreven activiteiten wat speels zijn en niet goed aansluiten bij de doelgroep.

Een verschil is de fase waarin de patiënten zich bevinden. Binnen FPC de Kijvelanden bevinden de patiënten zich veelal in de acute fase van schizofrenie. De stressmanagement training (Emck, 1998) is gericht op de post acute fase van schizofrenie. Hierdoor zijn niet alle thema's passend, aangezien de patiënten niet alles cognitief aan kunnen.

Een ander verschil is het delict gevaar van de patiënten binnen dit onderzoek. Hier zal rekening mee moeten worden gehouden, door het delict van de patiënten bespreekbaar te maken en te kijken of het delict en de schizofrenie met elkaar te maken hebben. Bijvoorbeeld dat het delict is gepleegd terwijl de patiënt al schizofrenie had. Het uitzoeken hiervan zal als doel binnen de training naar voren komen. Doordat hierdoor er een doel bijkomt in de training, zullen de thema's er inhoudelijk ook anders uitzien. Verder zal er rekening worden gehouden met de overige behandelingen die de patiënten met schizofrenie binnen FPC de Kijvelanden volgen, zodat het geleerde vanuit andere behandelingen kan worden besproken en geoefend binnen de PMT.

6. Behandeldoelen

In dit hoofdstuk staat beschreven welke algemene behandeldoelen er worden gebruikt bij de behandeling van patiënten met schizofrenie. Van deze algemene behandeldoelen worden vervolgens PMT specifieke doelen gemaakt, zodat de doelen binnen de nog te ontwikkelen module passen.

6.1 Algemene behandeldoelen

In het artikel van het Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid (Bokern et al., 2008) komen verschillende behandeldoelen naar voren. De patiënt gerichte doelen die hieruit naar voren komen zijn:

- Een gerichte behandeling van de psychotische stoornis en het mede daardoor verminderen van delictrisico's,
- Een gerichte aanpak van comorbide stoornissen of problematiek, die op zichzelf staan en delictrisico's met zich meebrengen of die interfereren met de psychosebehandeling,
- Het aanbieden van specifieke procedures of methodieken die delictrisico's verminderen door gedragsstoornissen of gedragsproblemen onder controle te brengen van de patiënt en zijn omgeving (vroegsignalering, terugvalpreventie, impulsregulatie en emotieregulatie),
- Het in kaart brengen van de uiteindelijk noodzakelijke leef/woon omgeving waarin de aspecten zorg, toezicht en beveiliging zijn opgenomen,
- Het streven naar de optimale balans tussen de mate van zorg/beveiliging die nodig zal blijven en de zo groot mogelijke, ook door de forensisch psychiatrische patiënt gewenste mate van vrijheid/autonomie.

De subdoelen die vanuit het onderzoek van Bokern (2008) komen en passend zijn voor de thema's die ontwikkeld worden zijn als volgt:

- Symptoomreductie,
- Acceptatie van de psychotische kwetsbaarheid en verminderd functioneren,
- Vroege voortekenen herkennen en terugval voorkomen,
- Verbetering van communicatie, sociaal functioneren en probleemoplossend vermogen.

De bovenstaande doelen zullen niet alleen tijdens PMT aan de orde komen, maar ook bij andere disciplines. Dit houdt in dat er afstemming moet worden gezocht met andere disciplines en dat het overdragen van de sessies van belang is. Op die manier wordt er doorgegeven wat er tijdens de sessies is gedaan en hoe er verder aan de doelen kan worden gewerkt.

De resterende subdoelen die Bokern (2008) gesteld heeft, zijn punten om rekening mee te houden tijdens de module. Deze doelen hoeven niet als subdoelen gesteld te worden.

Binnen FPC de Kijvelanden wordt de Liberman module: Omgaan met psychotische symptomen gegeven. In de interne notitie van FPC de Kijvelanden die door van der Wal en Hoppema (2010) is geschreven staat het volgende hoofddoel:

De patiënt leert zijn eigen waarschuwingssignalen voor een psychose te herkennen en bij te houden om zo een mogelijke terugval te voorkomen. Daarbij komen de volgende subdoelen aan de orde:

- Het herkennen van de waarschuwingssignalen,
- Het herkennen van de blijvende symptomen,
- Methodes leren om met blijvende symptomen te kunnen leven,
- De bijwerkingen van anti-psychotische medicatie,
- Stemmingsschommelingen.

Het doel van de module Stressmanagement training voor jongeren met psychotische stoornissen (Emck, 1998) is het bijdragen tot de vermindering van recidive psychosen bij jongeren. Aangezien stress kan leiden tot een verhoogde kans op een psychose, is het van belang dat deze doelgroep om leert gaan met stress.

Binnen cognitieve gedragstherapie (Alphen et al, 2012) zijn de doelen van de behandeling als volgt:

- De gedachtes, gevoelens en gedragingen bespreekbaar maken die samenhang hebben met schizofrenie,
- Zoeken naar verklaringen en naar verschillende wijzen van omgang van de symptomen van schizofrenie.
- De symptomen verminderen door de geloofwaardigheid van alternatieve betekenissen te vergroten, dit heeft als effect dat de lijdensdruk vermindert,
- Het verbeteren van het sociale functioneren.

6.2 Specifieke behandeldoelen voor de thema's

Het doel die uit het bovenstaande kunnen worden gehaald en binnen de PMT passen zijn: Het onder controle brengen van gedragsproblemen of gedragsstoornissen door middel van een gerichte behandeling om ervoor te zorgen dat de delictisico's verminderen.

Om de doelen meer te specificeren wordt er vanuit de doelen uit de Liberman module "Omgang met psychotische symptomen" gezocht naar aansluitende en specifieke doelen. Deze specifieke doelen zullen aansluiten op de doelen van de Liberman module die binnen FPC de Kijvelanden al wordt aangeboden. Deze Liberman module zorgt, volgens recent onderzoek, (Alphen et al., 2012) voor een toename van kennis en vaardigheden bij de patiënten. Door deze kennis en vaardigheden binnen PMT te oefenen, worden de kennis en vaardigheden meer geïntegreerd in het dagelijks leven van de patiënten. De belangrijkste doelen die vanuit de Liberman gesteld worden en binnen de PMT passen, zijn:

- het herkennen van waarschuwingssignalen,
- het herkennen van blijvende symptomen,
- het aanleren van methodes om te kunnen leven met de blijvende symptomen.

Vanuit het onderzoek van Alphen et al. (2012) is gebleken dat PMT bij patiënten met schizofrenie positief effect heeft op overgewicht, slechte lichamelijke conditie, spanningsklachten en ernstige negatieve symptomen. Het positieve effect op het overgewicht en de slechte lichamelijke conditie is voor dit onderzoek positief, maar niet van belang om hiervoor doelen te stellen. Het positieve effect op de spanningsklachten en op de negatieve symptomen is wel van belang. Door dit te verbeteren zal de stressmanagement van de patiënten verbeteren.

7. Resultaten

Uit dit literatuuronderzoek blijkt dat er behoefte is om een nieuwe module te ontwikkelen die gericht is op schizofrene patiënten die zich binnen een FPC bevinden. Uit de literatuurstudie is gebleken dat er verschillende modules zijn geschreven voor patiënten met schizofrenie. Voorbeelden hiervan zijn de Liberman module (van der Wal en Hoppema, 2010) en de stress management training (Emck, 1998).

Tijdens het onderzoeken van de module stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen (Emck, 1998) is gebleken dat de module niet passend is voor de doelgroep van dit onderzoek. Dit komt doordat de fase waarin de patiënten zich bevinden anders is. De patiënten in de stress management training (Emck, 1998) bevinden zich in de post acute fase. De patiënten binnen FPC de Kijvelanden bevinden zich veelal in de acute fase. Een ander verschil is het delict wat de patiënten binnen FPC de Kijvelanden hebben gepleegd. Als laatste is er een verschil in leeftijd. De stress management training (Emck, 1998) is gericht op jongeren . Binnen FPC de Kijvelanden bevinden zich alleen volwassenen.

De stress management training (Emck, 1998) is passend op de volgende punten:

- Welke verschillende concentratie technieken er zijn om bij jezelf stil te staan en welke activeringstechnieken er zijn om jezelf actief te maken in hetgeen er verwacht wordt.
- Spanning en ontspanning, hierin zal naar voren komen welke spanningsbronnen de patiënten kunnen hebben, welke spanningsignalen er zijn en welke beschermende activiteiten de patiënten kunnen toepassen.
- Distantiërings technieken leren en storend ongewenst gedrag afleren en jezelf aanpassen.
- Vertrouwen in jezelf en de ander.

Binnen FPC de Kijvelanden wordt al gewerkt met een Liberman training (van der Wal en Hoppema, 2010). De thema's van de Liberman training kunnen worden gekoppeld aan de stressmanagement training (Emck, 1998). Vanuit de Liberman training kunnen de volgende onderwerpen mee worden genomen in de thema's:

- Het herkennen van waarschuwingssignalen en het herkennen van blijvende symptomen,
- Het leren omgaan met stemmingsschommelingen,
- Het leren omgaan met de blijvende symptomen.

Het leren omgaan met antipsychotische medicatie zal niet terug komen in de thema's. Aangezien dit terug komt bij de psychiater en al besproken wordt binnen de Liberman training (van der Wal en Hoppema, 2010). Tijdens de module zal er wel ruimte zijn om problemen met de medicatie bespreekbaar te maken.

Het doel symptoomreductie komt terug in de activiteiten die er worden gedaan en die effect zullen hebben op de negatieve symptomen van schizofrenie. Vanuit onderzoek (Alphen, 2012) is gebleken dat PMT effect heeft op de negatieve symptomen. Het effect op de positieve symptomen van schizofrenie zullen voort komen uit de doelen die gesteld worden. Het effect hiervan komt meer uit de gesprekken die zich tussen de activiteiten door bevinden.

7.1 De thema's

De verschillende onderwerpen die hierboven staan, kunnen worden gebracht tot vier verschillende thema's. Deze thema's staan in de onderstaande tabel beschreven.

Thema's	beschrijving
lichaamsbeleving	<p>Bij het doel het herkennen van de symptomen, waarschuwingssignalen en spanningen past het thema lichaamsbeleving (van der Wal en Hoppema, 2010). Binnen lichaamsbeleving gaat het om het herkennen van verschillende lichaamssignalen. Deze kunnen vervolgens besproken worden en er kan worden gekeken welke signalen passen bij de symptomen van schizofrenie, welke er waarschuwingssignalen zijn en welke signalen spanning aanduiden. Het is hierbij van belang dat de signalen niet alleen als symptoom worden gezien, maar dat het ook gezond is dat je lichaam verschillende signalen afgeeft.</p> <p>Door de lichaamssignalen te herkennen en deze te koppelen aan stress en spanning, zal de patiënt meer inzicht krijgen in zijn eigen stressmanagement.</p>
Spanning & ontspanning en grenzen	<p>Één van de doelen is het aanleren van methodes om te kunnen leven met de blijvende symptomen en het reduceren van komende psychoses. Bij dit doel passen de thema's spanning & ontspanning en grenzen. Binnen het thema spanning & ontspanning zal het gaan over de verschillen tussen beide. Hierin komt de lichaamsbeleving terug, maar wordt er verder gekeken naar wat manieren zijn om te ontspannen. Dit kan zowel op een actieve manier als een passieve manier zijn. Hierbij is het van belang te kijken naar wat de patiënt prettig vindt en waardoor zijn spanning omlaag gaat. Dit wordt binnen de stressmanagement training (Emck, 1998) ook gegeven.</p> <p>Binnen het thema grenzen gaat het erom dat de patiënt zijn eigen grenzen aangeeft en deze bewaakt. Doordat de patiënt zijn grenzen aangeeft, zal de spanning minder worden en wordt het gemakkelijker voor de patiënt om zijn spanning omlaag te brengen. Het aangeven van grenzen kan ook voor het moment dat de spanning al opgelopen is. Hiermee kan geoefend worden. Het is hierbij belangrijk dat de patiënt zijn eigen lichaamssignalen kan signaleren en deze ook bespreekbaar kan maken. Dit naar aanleiding dat spanningen ervoor kunnen zorgen dat de psychotische belevingen van de patiënt toenemen.</p>
Hulpvragen en samenwerken	<p>Bij het doel het verbeteren van communicatie, sociaal functioneren en probleemoplossend vermogen passen de thema's hulpvragen en samenwerken. Hierbij wordt er een vervolg gemaakt met het thema grenzen. Bij het aangeven van grenzen komt ook de communicatie kijken en het vervolgens hulp kunnen vragen. Het hulpvragen is van belang om na het aangeven van de grens verder de spanning te verminderen door het vragen van hulp, als dit nodig is. Vanuit het onderzoek van Alphen (2012) komt naar voren dat het belangrijk is dat het sociaal functioneren van de patiënten aan de orde komt.</p> <p>Bij het samenwerken met anderen is het van belang dat de communicatie op een gepaste manier gaat en dat er door de patiënt kan worden omgegaan met het aanvaarden van de ideeën van de ander en het aandragen van eigen ideeën voor een dilemma.</p>

Vertrouwen

Binnen de module van Emck (1998) komen ook verschillende thema's naar voren. Het thema vertrouwen komt hierbij ook naar voren en is ook van belang bij de thema's binnen dit onderzoek. Doordat de patiënten een delict hebben gepleegd is het vertrouwen van de omgeving van de patiënt in de patiënten vermindert. Hierdoor kan het zijn dat de patiënten ook minder vertrouwen in zichzelf hebben gekregen. Om de psychotische symptomen van schizofrenie te verminderen is het van belang dat de patiënten meer vertrouwen krijgen in zichzelf en hun omgeving. Het vertrouwen in de omgeving is van belang, om in het vervolg een band met deze mensen op te kunnen bouwen en een nieuw sociaal netwerk op te bouwen. Hierdoor zal er meer acceptatie komen van de psychotische kwetsbaarheid en het verminderde functioneren. Het functioneren kan hierdoor weer wat vooruit gaan, doordat het vertrouwen in zichzelf vergroot wordt.

8. Discussie

Vanuit de resultaten kunnen thema's ter discussie worden gesteld. Hieronder de onderwerpen die ter discussie kunnen worden gesteld.

Binnen de methode kan er ter discussie worden gesteld of het boek Stressmanagement training voor jongeren met psychotische problematiek, mag worden verwerkt in dit onderzoek. Dit naar aanleiding van het feit dat de module ouder is dan 10 jaar. Hierdoor wordt het gezien als verouderde literatuur. Het boek is echter wel meegenomen in het onderzoek, gezien deze module momenteel nog wordt gebruikt in het werkveld.

Voor dit onderzoek is de doelgroep specifiek gemaakt naar schizofrene stoornissen. Hierbij is er geen rekening gehouden met eventuele verslavingsproblematiek of andere diagnoses die gesteld zijn. Het kan ter discussie worden gesteld wat de effecten zijn van deze andere problematieken. Deze problematieken kunnen de thema's beïnvloeden en ervoor zorgen dat niet het gewenste effect wordt bereikt. Ook kunnen deze problematieken in de weg staan voor het leren en ervaringen opdoen voor de patiënt. Het is hierbij dus van belang dat er vooraf gekeken wordt of het noodzakelijk is om eerst andere therapieën te volgen voor de patiënt.

De schizofrenie zal bij de patiënten niet altijd in de prodromale fase of rest fase bevinden. Het zal voorkomen dat een patiënt zich in de acute fase van schizofrenie bevindt. Het is hierdoor mogelijk dat een patiënt een sessie mist of dat hij tijdens de sessie last heeft van psychotische belevingen. Hier zal tijdens de module rekening mee moeten worden gehouden. Er zal op dat moment bekeken moeten worden wat er voor de patiënt het meest effectief is. Als de patiënt vervolgens terug gekeerd is naar de rest fase, dan kan erover geëvalueerd worden. Binnen de evaluatie kan er worden gekeken naar de waarschuwingssignalen die ook binnen de module naar voren zullen komen.

In hoofdstuk 4 (verschillende behandelingen) komt naar voren dat het effectief is om cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie individueel aan te bieden. Voor deze thema's is er gekozen om het aan te bieden binnen een groep. Dit omdat er binnen een groep van elkaar geleerd kan worden en er binnen een groep herkenning zal zijn. Of dit het werkelijke effect is, dat kan ter discussie worden gesteld. Hierbij kan de discussie gaan over welke groeps grootte het meest effectief is. In de stressmanagement training (Emck, 1998) staat beschreven dat een groep (rand)psychotisch e patiënten van zes personen al tamelijk groot is. Maar dat er bij een groep tussen de zes en tien patiënten er meer interactie oefeningen mogelijk zijn. Hierbij zal er dus moeten worden gekeken naar de mate van psychotische belevingen van de patiënten. Dit is lastig doordat de psychotische belevingen verschillend zijn per moment (Nevid et al., 2008). Vanuit het onderzoek van Alphen (2012) wordt er individuele therapie aanbevolen. Zodat er gericht therapie kan worden gegeven. Hierbij is het echter lastiger om het samenwerken van de patiënt aanbod te laten komen.

9. Conclusie

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zullen eerst de deelvragen moeten worden beantwoord. Hieronder wordt per deelvraag beantwoord wat er in het onderzoek naar voren is gekomen.

9.1 De deelvragen

9.1.1 Hoe ziet de doelgroep eruit?

De doelgroep is patiënten met schizofrenie die verblijven binnen FPC de Kijvelanden. Het verblijf binnen de FPC houdt in dat ze een delict hebben gepleegd en hiervoor zijn veroordeeld. Binnen de veroordeling hebben de patiënten een gevangenisstraf en TBS met dwangverpleging opgelegd gekregen.

Met schizofrenie wordt niet alleen bedoeld patiënten die als diagnose schizofrenie hebben, maar worden de schizofrene stoornissen bedoeld. Dit houdt in dat de patiënten met een andere vorm van schizofrenie hier ook onder vallen. Dus deze patiënten worden ook betrokken in de thema's.

Schizofrenie kent verschillende comorbiditeiten met verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek. Deze problematieken worden niet meegenomen in het onderzoek, maar zijn tijdens de module wel van belang om aandacht voor te hebben.

De patiënten bevinden zich tijdens de module veelal in de restfase van schizofrenie. De patiënten hebben veelal het paranoïde type van schizofrenie met wanen binnen de thema's achterdocht, jaloezie en achtervolging.

9.1.2 Wat is het probleemgedrag van de doelgroep?

Schizofrene patiënten hebben psychotische gedachtes. Als de patiënten in de acute fase zitten, dan zijn deze gedachtes op de voorgrond aanwezig. Zoals eerder beschreven staat hebben de wanen bij het paranoïde type van schizofrenie thema's als achterdocht, jaloezie of achtervolging (Nevid et al., 2008). Vanuit deze thema's ontstaat angst. Als de patiënt vanuit deze angst gaat handelen, dan kan hieruit een delict ontstaan. Dit kan onder andere leiden tot moord, verkrachting of diefstal. De meeste patiënten hebben een delict gepleegd op een moment dat zij zich in de acute fase van schizofrenie bevonden.

Vanuit de psychotische gedachtes komt ook het probleemgedrag voort. Doordat de fases van de schizofrenie elkaar opvolgen en de patiënten zich vaker in de acute fase bevinden dan in de restfase, zijn de psychotische gedachtes ook variërend van de achtergrond naar de voorgrond. Dit betekent dat de patiënten terug in hun delictgedrag kunnen komen. Dus op dat moment handelen ze naar de psychotische gedachtes die ze hebben.

9.1.3 Wat zijn effectieve behandelingen voor de doelgroep?

Uit onderzoek blijkt dat anti-psychotische medicatie effectief is bij de behandeling van patiënten met schizofrenie (Alphen et al, 2012). Verder is de PMT behandeling effectief gebleken op het overgewicht, een slechte lichamelijke conditie, spanningsklachten en de ernstige negatieve symptomen.

Verdere effectieve behandelingen zijn gezins-interventies, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en toepassing van Liberman modules. Vanuit deze verschillende behandelingen is er gekeken naar de doelen die binnen de behandeling effectief zijn. Deze zijn meegenomen in de doelen die vervolgens gesteld zijn.

Om de behandeling zo effectief mogelijk te laten zijn, is het van belang dat er een juiste groeps grootte is. Zoals in de discussie beschreven staat, ligt het aan de mate van psychotische belevingen wat de juiste groeps grootte is, dit is volgens Emck (1998) en Nevid et al. (2008). Hier zal nog nader naar moeten worden gekeken om de juiste groeps grootte te hebben.

9.1.4 Wat zijn de behandel doelen voor deze doelgroep?

Het hoofddoel voor de thema's is het onder controle brengen van gedragsproblemen of gedragsstoornissen door middel van een gerichte behandeling om ervoor te zorgen dat de delict risico's verminderen. Om dit hoofddoel te kunnen bereiken is het volgende subdoel nodig: verminderen van recidive psychosen door middel van het verminderen van de stress. Om de stress te verminderen zullen de volgende doelen moeten worden behaald (Bokern, 2008):

- Symptoomreductie,
- Acceptatie van de psychotische kwetsbaarheid en verminderd functioneren,
- Het herkennen van de symptomen, de waarschuwingssignalen en spanningen,
- Het aanleren van methodes om te kunnen leven met de blijvende symptomen en het reduceren van komende psychosen,
- Het verbeteren van communicatie, sociaal functioneren en probleemoplossend vermogen.

De stress management training (Emck, 1998) geeft de volgende doelen, deze worden meegenomen naar de uiteindelijke thema's:

- Welke verschillende concentratie technieken er zijn om bij jezelf stil te staan en welke activeringstechnieken er zijn om jezelf actief te maken in hetgeen er verwacht wordt.
- Spanning en ontspanning, hierin zal naar voren komen welke spanningsbronnen de patiënten kunnen hebben, welke spanningssignalen er zijn en welke beschermende activiteiten de patiënten kunnen toepassen.
- Distantiërings technieken leren en storend ongewenst gedrag afleren en jezelf aanpassen.
- Vertrouwen in jezelf en de ander.

In de Liberman training (van der Wal en Hoppema, 2010) worden de volgende doelen gesteld. Deze doelen worden meegenomen naar de uiteindelijke thema's:

- Het herkennen van waarschuwingssignalen en het herkennen van blijvende symptomen,
- Het leren omgaan met stemmingsschommelingen,
- Het leren omgaan met de blijvende symptomen.

9.2 De onderzoeksvraag

Vanuit deze antwoorden op de deelvragen kan de onderzoeksvraag worden beantwoord. De onderzoeksvraag die voorafgaand aan het onderzoek gesteld is, is als volgt: "Welke theoretische PMT thema's zijn leidend voor het ontwikkelen van een PMT stressmanagement training voor schizofrene mannen met een tbs maatregel die rond de acute fase van hun schizofrenie zitten?"

De thema's zijn uit dit onderzoek voort gekomen vanuit de effectieve behandelingen die op dit moment aan patiënten met schizofrenie worden gegeven. Hieruit zijn doelen gehaald die binnen de doelgroep passen en die ervoor zorgen dat de symptomen van schizofrenie verminderen en dat het risicomanagement verminderd. De schizofrenie wordt verminderd door de module te richten op stressmanagement. Stress is een oorzaak waardoor de kans op psychotische denkbeelden toeneemt. Dus door minder stress te hebben zullen de psychotische denkbeelden meer op de achtergrond blijven.

De thema's die uit dit onderzoek zijn gekomen zijn als volgt:

- Lichaamsbeleving,
- Spanning & ontspanning en grenzen,
- Hulpvragen en samenwerken,
- Vertrouwen.

10. Aanbevelingen

Binnen de aanbevelingen staat beschreven hoe er verder met dit onderzoek kan worden gewerkt en wat er nog kritisch kan worden bekeken.

Het doel van dit onderzoek was het krijgen van helpende thema's voor een stressmanagement training voor patiënten met psychotische problematiek binnen FPC de Kijvelanden. Binnen dit onderzoek is er vanuit de literatuur gekeken naar welke thema's passend zijn bij de doelen die gesteld werden in het onderzoek.

De aanbeveling die hierbij kan worden gedaan is om te kijken wat het effect is van de doelen die in het onderzoek gesteld worden. De gestelde doelen komen vanuit effectieve behandelingen, maar er bestaat de mogelijkheid dat deze doelen niet effectief zijn binnen PMT. Deze doelen zullen vervolgens moeten worden gevolgd binnen andere disciplines. Hierbij zal er kritischer moeten worden gekeken naar welke doelen binnen welke discipline passend is.

Vanuit de discussie komt naar voren dat de groepsgrootte ter discussie kan worden gesteld. Individuele therapie wordt vanuit het onderzoek van Alphen (2012) aanbevolen. Er is echter dan geen mogelijkheid voor de patiënt om te leren van groepsgenoten. Vanuit Emck (1998) wordt er gesproken over een groep van maximaal zes patiënten. Als de groep stabiel genoeg is en er dus weinig psychotische belevingen zijn wordt er gesproken over een groep van zes tot tien patiënten. De aanbeveling is om te kijken wat het meest effectief is, individuele therapie of groepstherapie. Bij de groepstherapie gaat het dan ook om de meest effectieve groepsgrootte.

Het is niet bewezen dat de thema's die uit dit onderzoek effectief zijn in de praktijk. Dit zal nader onderzocht moeten worden. Hierbij zal er moeten worden gekeken naar welke thema's effectief zijn en welke minder effectief zijn. Maar er zal ook worden gekeken naar de effectiviteit van andere thema's. Deze thema's kunnen voortkomen vanuit de patiënten die de behandeling volgen. De patiënten kunnen hierin een gemis ervaren of merken dat er een extra thema nodig is. Het kan ook zijn dat de therapeut een thema mist.

Binnen de discussie komt naar voren dat het boek over de stress management training van Emck (1998) al ouder is dan 10 jaar. Dit betekent dat het verouderde literatuur is. De aanbeveling hierbij is om te kijken of de stress management training nog effectief is.

Binnen de discussie komt naar voren dat er eventuele andere problematieken (verslaving en andere diagnoses) wat aan de kant worden geschoven. Hierbij is de aanbeveling om te onderzoeken met welke problematieken deze thema's samen gaan en bij welke problematiek er voor een andere behandeling zal moeten worden gekozen.

Literatuurlijst

- Allen Frances, M.D., Michael B. First, Harold Alan Pincus, M.D. en Thomas A. Widiger, Ph.D., (2001). *DSM IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- Alphen van, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Castelein, S., Dekker, F.L., Duin van, D., Ewijk van, W.M., Gaag van der, M., Gool van, R., Haas de, O., Henquet, C., Hermens, M.L.M., Ketelaars, T., Knegtering, H., Krans, M.J., Lanssen, M., Lochy, R., Loonen, A.J.M., Meesters, P.D., Meijel van, B.K.G., Miltenburg, G., Oud, M.J.T., Pater de, C.F., Peterse, A., Plas van der, J., Rammers, D., Rentenaar, I.M.F., Santen van, G.W., Scheewe, T.W., Selten, J.P., Slooff, C.J.A.J., Stoop, C., Vlamincx, P., Vollaard, H., Weeghel van, J. en Wel van, T. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De tijdstroom.
- Barendrecht, J.M., Koster-Dreese, Y., Janssens, R., Mootz, M. en Verhagen, S.M. *Straf en zorg: een paar apart* (2007).
- Bokern, H., Derks, F., Hanoeman, M., Kerckhoven van, C., Marle van, J., Nieuwenhuizen van, C. en Weide van der, C. (2008). *Psychotische kwetsbaar en delictgevaarlijk*. Utrecht: Grafische centrum Vanderheym.
- Emck, C. (1998). *Stressmanagement training voor jongeren met psychotische stoornissen*. Leuven: Acco.
- Hattum van, M. en Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Lange de, J. en Bosscher, R.J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A. en Greene, B., (2008). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.
- Pieters-Korteweg, E. (2004). *Wat schizofrenie met je doet*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Wal van der, L. en Hoppema, B. (2010). *Zorgprogramma voor patiënten met psychotische problematiek: vaardigheden vaker toepassen*. Intern uitgegeven binnen FPC de Kijvelanden.
- Wampers, M., Hert de, M. en Peuskens, J. (2002). *De (on)draaglijke lichtheid van preventie van schizofrene psychose*. Mechelen: Kluwer.

Bijlage

Bijlage 1

Samenvatting van het artikel Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie.

Interventies die aanbevolen worden	Interventies die ontraden worden	Interventies die nader onderzoek behoeven
Cognitieve gedragstherapie		
<ul style="list-style-type: none"> Individuele therapie geniet de voorkeur, waarbij minimaal zestien sessies geprotocolleerd aangeboden moeten worden. 		<ul style="list-style-type: none"> Aantal sessies, Benodigde competenties van de therapeut.
Counseling en steunende psychotherapie, psychoanalytische therapieën en coping strategieën bij hallucinaties		
	<ul style="list-style-type: none"> Counseling en steunende psychotherapie, Psychoanalytische behandelingen. 	<ul style="list-style-type: none"> Coping strategieën bij hallucinaties.
Cognitieve remediatie en revalidatie		
	<ul style="list-style-type: none"> Cognitieve remediatie. 	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoek naar de effecten van remediatie, Onderzoek naar betekenisvolle doelen in een revalidatietraject, Een goed gerandomiseerd onderzoek dat arbeidsrehabilitatie met cognitieve remediatie vergelijkt.
Gezinsinterventies		
<ul style="list-style-type: none"> Gezinsinterventie aanbieden aan een gezinslid die met patiënt met schizofrenie samenwonen, of daarmee nauw contact onderhouden, De gezinsinterventies moeten drie maanden tot een jaar worden aangeboden, minimaal tien zittingen bevatten, De interventie moet een specifieke ondersteunende, educatieve of behandel-functie hebben en probleemoplossing of crisis-management omvatten. 		<ul style="list-style-type: none"> Onderzoek is nodig naar gezinsinterventies bij mensen met verschillende etnische achtergronden, Onderzoek moet aantonen welke competenties een therapeut of begeleider moet hebben om succesvol onderscheiden typen gezinsinterventies te kunnen uitvoeren, Meer onderzoek naar training van interactie-vaardigheden aan familieleden is nodig.

Psycho-educatie aan patiënten		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psycho-educatie kan het beste geïndividualiseerd gegeven worden, geleid door de vragen van de patiënt en gericht op het kunnen maken van keuzen in de behandeling. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psycho-educatie heeft geen effecten op medicatie-adherence, symptomen, heropname, en terugval, ▪ Cursusgroepen zijn hiervoor niet geschikt. 	
Adherencetherapie en hallucinatiegerichte integratieve therapie (HIT)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ondanks de beperkte evidentie is hit een optie om aan te bieden aan mensen met blijvende auditieve hallucinaties en een ouder- of partnersysteem dat in de behandeling wil participeren. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adherencetherapie als een aparte interventie wordt niet aanbevolen voor mensen met schizofrenie. 	
Vaktherapie		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychomotorische therapie en bewegingsactivering zijn een behandeloptie bij overgewicht, bij een slechte lichamelijke conditie, bij spanningsklachten en bij ernstige negatieve symptomen zoals een vertraagde psychomotoriek, ▪ Muziektherapie is een behandeloptie bij patiënten met ernstige negatieve symptomen. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans therapie, ▪ Drama therapie, ▪ Beeldende therapie.
Ergotherapie		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wordt niet aanbevolen als verbetering op de symptomen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergotherapie behoeft onderzoek naar het veranderen van specifieke handelingsbekwaamheden die noodzakelijk zijn in het alledaagse leven van mensen met schizofrenie.
Vaardigheidstrainingen		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het is aannemelijk dat Liberman module leidt tot een toename van kennis en vaardigheden. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociale vaardigheidstraining waarbij een standaardpakket van vaardigheden wordt aangeleerd. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Training van praktische vaardigheden wordt niet door wetenschappelijke, ▪ Trainingen in interactievaardigheden, ▪ modulen, voor het verder onderzoeken van effectiviteiten.