

HET PERRON

België-Belgique
P.B. - P.P.
8000 BRUGGE 1 - 2
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling
Tweemaandelijks tijdschrift
25e jaargang nr.4, juli-augustus 2009
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)
Erkenningsnummer: P509268



tijdschrift van het
PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE
en het
PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM
RUSTENBURG BRUGGE



Colofon

HET PERRON is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2130 exemplaren

Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)
Dr. Chris Bervoets, psychiater
Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut
Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg
Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijk uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Vormgeving en druk

Geert Daelman

Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

Ontwerp omslag

Ludo Goderis

Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

Correspondentie



PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8
8200 Brugge
info@olv.gzjbj.be
www.pzolv.be
tel. 050 30 18 00
fax 050 30 18 01



PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43
8000 Brugge
rustenburg@rb.gzjbj.be
www.ptcrustenburg.be
tel. 050 31 81 65
fax 050 31 08 99

NIEUW VOORUITSTREVENDE BEWEGINGSCENTRUM IN HET PZ ONZE-LIEVE-VROUW

Ludo Goderis
klinieccoördinator

Willy Blevi
organisatorisch verantwoordelijke kinesithapie & psychomotoriek

Anne Van Haesendonck
personeelsdirecteur

— Het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw in Brugge nam op woensdag 24 juni 2009 een gloednieuw bewegingscentrum in gebruik. Het nieuwe centrum is er na een ruim een jaar durende totale renovatie van het 35 jaar oude oorspronkelijke 'sportcomplex'. Met dit nieuwe bewegingscentrum voor kinesithapie, psychomotorische therapie en vrijetijdsbesteding is niet alleen een infrastructurale nood ingevuld, het ziekenhuis beschikt meteen over één van de meest vooruitstrevende accommodaties in de sector.

Bewegen is van essentieel belang voor lichamelijke aandoeningen van het bewegingsstelsel, maar evenzo voor een goede psychische revalidatie. Het gaat hier om bewegen in al zijn vormen. Niet alleen sport en bewegingsspel, maar ook kinesithapie, dans, relaxatie,

expressie- en lichaamsgerichte (psycho)therapie - vallen hieronder. Het bewegingscentrum van het ziekenhuis staat open voor patiënten met de meest diverse psychiatrische aandoeningen zoals verslaving, psychose, depressie en persoonlijkheidsstoornissen. Ook voor oudere, vaak minder mobiele psychiatrische patiënten zijn alle ruimtes aangepast. In het centrum werken drie kinesithapeuten, vijf psychomotorisch therapeuten en vijf activiteitenbegeleiders voor vrijetijdsbesteding.

Het centrum is uitgerust met een grote sportzaal voor diverse sporten: oa. gymnastiek, badminton, tennis, zaalvoetbal, volleybal, en andere zaalsporten. Twee kleinere parketvloerzalen verstrekken voldoende ruimte voor dans- en bewegingstherapie. Eén parketvloerzaal is uitgerust met een

spiegelwand en leent zich uitstekend voor zelfbewustwording via lichaamsgerichte- en expressie-therapie.

Ook de fitnessruimte werd gemoderniseerd en beschikt nu over toestellen, aangepast zowel voor een jongere als een oudere populatie.

De relaxatiezaal beschikt over comfortabele relaxatiebedden en valt op door zijn bijzondere lichtinval. Ook deze sfeervolle verlichting werkt rustgevend naast de aangeboden relaxatietechnieken. Verder beschikt het ziekenhuis nu ook over twee ruimtes voor individuele lichaams-therapie en een individuele relaxatieruimte met ‘Träger-relaxatietafel’ en relaxatiezetel.

De kinesitherapie-ruimte bestaat uit een moderne oefenzaal en vijf individuele behandelkamers. Ook een hydrojet en een infraroodcabine

werden omwille van hun heilzaam effect - voor zowel somatische als psychische aandoeningen - aangeschaft

Ten slotte beschikt het nieuwe bewegingscentrum ook over nieuwe bureelruimten voor de therapeuten en een aangepast, modern sanitair. Het bewegingscentrum ligt centraal op het 20 hectaren grote ziekenhuisdomein. Het is naadloos geïntegreerd in de groene parkomgeving, eigen aan het ziekenhuisdomein.

Het PZ Onze-Lieve-Vrouw was is in de jaren zestig al één van de grondleggers van de bewegings-therapie in Vlaanderen. Met deze investering wil het ziekenhuis, dat in 2010 honderd jaar bestaat, zijn voortrekkersrol op dit vlak ook in de toekomst bewerkstelligen.



PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE: MEER DAN BEWEGEN.

Jo Goemans

Vakcoördinator psychomotoriek

P.Z. ONZE-LIEVE-VROUW

Dit artikel situeert kort de psychomotorische therapie binnen het domein van de psychomotorische revalidatie. Vervolgens wordt de psychomotorische therapie als aparte entiteit omschreven. Het is veeleer een technische uiteenzetting van de methodiek met de bedoeling wat meer klaarheid in de beeldvorming van het vakgebied te brengen.

De discipline 'psychomotorische revalidatie' vindt zijn ontstaan in het overkoepelend vakgebied 'de leer van het menselijk zich bewegen' (Simons, 1997(*)). Binnen de psychomotorische revalidatie onderscheiden zich drie deelgebieden:

- de 'psychomotorische therapie',
- de specifiek 'kinesitherapeutische aanpak',
- 'adapted fysical activities' voor mensen met fysieke en/of mentale beperkingen.

Vaak wordt psychomotorische therapie te eng als 'beweging', 'sport', 'bewegingstherapie' of als onderdeel van de kinesitherapie beschouwd.

Psychomotorische therapie of PMT is meer dan alleen maar bewegen.

Het is een therapeutische methode waarbij het medium 'lichaam en beweging' aangrijpingspunt van benadering vormt. De benadering vertrekt van een holistisch mensbeeld. Lichaam en geest beïnvloeden elkaar wederzijds. Psychomotorische therapie richt zich op de totale persoonlijkheid van een individu. Een totaalbenadering waarbij drie componenten van het persoonlijk functioneren in de methodiek geïntegreerd worden: een motorische, een cognitieve en een sociaal affectieve component. Het denken en voelen zijn namelijk niet los te koppelen van het handelen.

Daarbij worden niet alleen het 'lichaam in beweging' maar ook het 'lichaam in rust' onderwerp van beschouwing. Waar het om gaat is 'hoé iemand zich beweegt in een context', of 'hoe iemand met zichzelf, de ander en/of het andere omgaat. 'De context' is de therapeutische variabele en kan als een kunstmatige toestand omschreven worden waarbinnen oude

bewegingspatronen zichtbaar worden gemaakt en nieuwe bewegingspatronen aangereikt worden. Het uiteindelijke doel is een verandering in het denken, voelen en handelen tot stand brengen zodat klachten of symptomen kunnen verdwijnen of verminderen.

Van therapie is maar sprake als deze probleem- en doelgericht is. Een periode van observatie met registratie van het persoonlijk functioneren van de hulpvrager is onontbeerlijk voor een degelijke probleemformulering en voor de opbouw van een therapie.

Observeren is geen louter subjectief gebeuren. Wat de therapeut als persoon ziet, wordt steeds gekleurd door de persoonlijke bril waarmee hij/zij naar de wereld kijkt. Daar dient de therapeut zich bewust van te zijn. Persoonlijke leertherapie kan hier tevens een meerwaarde bieden. Daarnaast maakt een systematisch hanteren van gestandaardiseerde observatieschalen objectievere beeldvorming meer mogelijk. Gestandaardiseerde schalen hebben een wetenschappelijk referentiekader en concretere aangrijpingspunten voor therapie. Zo zijn er de specifieke vragenlijsten rond zelf- en lichaamsbeeld, vragenlijsten die peilen naar bewegingservaringen (nuttig voor anamnese), motorische vaardigheidstests en een handleiding met kwalitatieve omschrijvingen van

opvallende bewegingsuitdrukkingen-kenmerken. De Leuvense observatieschaal voor indicaties in de psychomotorische therapie of LOVIPT werd specifiek ontwikkeld voor psychiatrische doelgroepen. Deze schaal omvat 9 geselecteerde items met een beschrijving van de psychologische aspecten van bewegingsgedrag en een bijbehorende beoordelingsschaal (Simons, 1997).

Naast observaties in groepsverband kan een individuele testafname, vragenlijstenbespreking of persoonlijk interview belangrijk zijn in functie van de uiteindelijke formulering van de individuele werkpunten voor therapie.

Therapie doelstellingen kunnen individueel bijgestuurd, aangepast en geëvalueerd worden volgens de noden van de patiënt.

Zo kan in een aanvangsfase van therapie een patiënt meer nood hebben aan een ondersteunende en structurerende begeleiding. Hier zal de psychomotorische therapeut zijn medium 'bewegen en lichaam' in een meer voorspelbare, bekende vorm aanbieden. Bewegingssituaties zoals sport- en spelsituaties met eenvoudige spelregels of lichamelijke opdrachten zoals ruimtelijke waarnemings-oefeningen of concrete oefeningen in lichaamsbewustwording zoals de relaxatiemethode volgens Jacobson of

Pilates kunnen hierbij aansluiten.

Met de evolutie in het functioneren van de patiënt kan ook het therapeutisch medium aangepast worden. In sport- en spelsituaties kan dit door wijziging van de spelregels en met de systematische inbouw van feedback momenten. De aanpassingen gebeuren zo dat de zelfwaarneming en het bewegingsgedrag van de patiënt beïnvloed worden. Lichamelijke opdrachten kunnen uitgebreid worden met thema-oefeningen zoals kracht, contact, grenzen, e.a.

Psychomotorische therapie integreert non-verbale en verbale elementen:

Zoals reeds eerder gezegd wordt in PMT het persoonlijk functioneren via het middel bewegen en lichaam meer zichtbaar gemaakt voor de patiënt. Verbale evaluatiemomenten helpen de patiënt hiervan bewust worden en zijn een essentieel onderdeel van de psychomotorische therapie. Daarnaast kan de patiënt aan den lijve gaan experimenteren met nieuwe bewegingservaringen waarmee hij zijn persoonlijk functioneren een nieuwe richting kan geven.

Het procesmatige van bewustwording via lijfelijke ervaring naar betekenisgeving geeft PMT ook een psychotherapeutische inhoud. De lijfelijke ervaring op zich is echter niet voldoende om een verandering in de

persoon te bewerkstelligen. Het therapeutische element van de methodiek ligt in de woorden en uiteindelijk in de betekenis die iemand aan een ervaring kan geven.

Tot slot:

De psychomotorisch therapeut van deze tijd kan putten uit een groot gamma bewegings- en lichaamsgerichte vormen. Het therapeutisch aanwenden van deze middelen vraagt een vakspecifieke deskundigheid. Specialistische opleidingen of -vormingen kunnen de therapeutische vaardigheden uitbreiden en de persoonlijke creativiteit van de therapeut aanwakkeren.

Met de huidige trend waar creatief therapeuten en psychomotorisch therapeuten zich verenigen wordt het toekomstige vak psychomotoriek meer en meer een creatief vakgebied.

De invloed van de groeiende lichaamscultuur is ook in de therapeutische wereld niet meer weg te denken. Lichaamsgerichte benaderingen zoals dramatherapie, Pesso-psychotherapie, danstherapie, bewegingsexpressie, familieopstellingen, actief emotioneel lichaamswerk, waarnemingstraining e.a. zijn de nieuwe specialismen. De psychomotorisch therapeut wordt meer een lichaamstherapeut en lichaamsgericht psychotherapeut.

Aanbevolen literatuur en websites:

- Attekum, M. van. (1997). *Aan den Lijve*. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso. (Lisse: Swets & Zeitlinger.)
- Baardman, I. *If the body doesn't mind, the mind doesn't matter*" in Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie.
- Bly, R.: *Een boekje over de schaduw* (De Haan)
- De Mello, A. (2004): *Bewustzijn* (Samsara)
- Jaarboeken 'actuele thema's uit de psychomotorische therapie', (Acco)
- Kabat-Zinn, J. (2004): *Handboek meditatief ontspannen* (Altamira-Becht)
- Monbourquette, J. (2007): *Bevriend met je schaduw, je onbemindde zijde* (Averbode)
- Simons, J. (1997): 'introdactie tot de psychomotoriek', Leuven-Apeldoorn (Garant)
- Ulsamer, B. (2003): *Vliegen met sterke vleugels* (Altamira-Becht)
- Haver, W. Van. (1990). *Het gekwetste zelf. Pesso-psychotherapie als terugweg naar zichzelf*. (Leuven/Amersfoort: Acco.)
- Yalom, I. (2001): *Therapie als geschenk* (Balans)
- www.pmtinfosite.nl
- www.VVPMT.be
- www.Nvpmt.nl
- www.pesso.nl
- www.Pesso.be

()Johan Simons: Is academisch docent aan het departement revalidatiewetenschappen K.U. Leuven en werkt als psychomotorisch therapeut in het UZ Gasthuisberg. Hij is tevens als gastprofessor verbonden aan de Lessius Hogeschool te Antwerpen. Johan Simons publiceerde talrijke artikels en boeken rond psychomotorische therapie waaronder het boek: 'Introdactie tot de psychomotoriek' (1997).*

Uit 'introdactie tot de psychomotoriek', 1997 volgende info voor geïnteresseerden:

Dit boek biedt vooral een zorgvuldig gedoseerde theoretische achtergrond bij de verschillende elementen die deel uitmaken van psychomotoriek. Tegelijk worden een aantal instrumenten aangereikt om het praktische werkterrein van de psychomotoriek en van de psychomotorische therapie toe te lichten. Eerst wordt de normale motorische ontwikkeling bij de mens belicht. Dan komt de diagnostiek - zowel bij kinderen als bij volwassenen - aan bod. De daarop volgende delen handelen over de therapeutische doelstellingen en over de verschillende vormen van therapie en de technieken die de hulpverlener ter beschikking staan. Ook de relatie therapeut-cliënt krijgt hierbij aandacht. Deze uitgave is een - progressief opgebouwd - studieboek voor diverse opleidingen die een introdactie tot de psychomotoriek op hun programma hebben staan en voor alle hulpverleners die een inzicht willen hebben in het wezen van de psychomotoriek en de psychomotorische therapie.

HET “RISK SYNDROME”

VOOR DE EERSTE PSYCHOTISCHE OPSTOOT

Dr. C. Bervoets
psychiater

P.Z. ONZE-LIEVE-VROUW

Psychotische syndromen worden frekwent voorafgegaan door positieve symptomen terwijl de realiteitstesting toch nog gehandhaafd blijft. Deze periode wordt meestal omschreven als de “prodromale” periode (in agelsaksische literatuur de “ultra high risk state”). Als patiënten hulp zoeken in deze periode is dat meestal omwille van de positieve symptomen maar ook omwille van sociale problemen of concentratie- en leerproblemen. Bovendien dragen ze een groot risico om snel, meestal binnen een termijn van maanden, te evolueren naar een acute psychose.

Anderzijds weten we dat milde psychotische symptomen zonder functionele weerslag niet onfrequent zijn in de samenleving en dat deze fenomenen niet onmiddellijk een verhoogd risico inhouden op het ontwikkelen van een acute psychotische opstoot.

In de nieuwe voorstellen voor ontwikkeling van de DSM V heeft men echter getracht om een “prodromaal” syndroom te beschrijven dat karakteristiek genoeg

is om voorspellende waarde voor een psychotische ziekte in zich te dragen. Belangrijk is om te beseffen dat dit “prodromaal” syndroom moet gedifferentieerd worden van risicofactoren voor psychose. Risicofactoren zijn immers stabiele gegevens, meestal demografisch van aard (mannelijk geslacht, familiale geschiedenis van psychose) en dragen in zich een verhoogd risico in de levensloop voor het ontwikkelen van een psychose. Risicofactoren verschillen dus van het “risk syndrome” of risicosyndroom in die zin dat de risicofactoren op zich niet geassocieerd zijn aan een op dit ogenblik aanwezige klinische toestand.

De belangrijkste taak in het diagnostisch proces blijft immers het bevestigen of ontkennen van aanwezige psychotische symptomen, zelfs al zijn deze weinig intens aanwezig maar in elk geval nog niet met verlies van realiteitstoetsing of interferentie met het dagelijks functioneren. Immers, de aanwezigheid van deze laatste verstoringen laat toe om een “klassieke” diagnose uit het

schizofrene of affectieve spectrum te stellen.

Karakteristieke symptomen en de evolutie van deze symptomen

De diagnose van een risicosyndroom is in elk geval gebaseerd op de aanwezigheid van positieve symptomen met een ernst van klinische presentatie van “mild” tot “ernstig”. “Mild” in deze richtlijn wordt gedifferentieerd van “normaal” door kenmerken als het niet anticiperen op de intrusie van nieuwe, ongewone, ongewilde gedachten en gevoelens, gelijkaardige ervaringen in de waarneming waardoor malaise en beginnend emotioneel dysfunctioneren ontstaat. “Ernstig” zijn deze symptomen dan wanneer ze eerder persistent en dwingend zijn en georganiseerd in een beginnende delusionele overtuiging, hallucinatoire ervaring of beginnende desorganisatie in de communicatie zonder persisterende aantasting van de realiteitstoetsing en zonder persisterende desorganisatie. Belangrijk in de omschrijving van het risicosyndroom is de bepaling dat het niet kan gediagnosticeerd worden in het kader van een herstel van een acute psychose of in partiele remissie.

Het begrip “beginnende of subklinische wanen”:

Onder beginnende of subklinische

wanen in het risicosyndroom verstaan we het volgende:

Gevoelens van verbazing, verwarring. Stoornissen in perceptie van zelf, wereld, tijd zonder duidelijke beschrijving hiervan.

Betrekkingsgedachten zonder duidelijk bedreigend aspect.

Ongewone gedachten over lichaam, schuldgevoelens, ideeën over nihilisme.

Filosofisch, religieus of magisch overgewaardeerd denken.

Verlies van controle over mentale eigenschappen als bvb gedachteninsertie.

Tijdens milde stadia kunnen deze gewaarwordingen nog gemakkelijk verworpen worden maar met progressie naar een ernstiger fase neemt de persistentie toe net als het bedreigende karakter voor de integriteitsbeleving en de aandachtsfuncties. Ook de affectieve toestand wordt mee beïnvloed maar correctie door andere opnies kan nog steeds. Patiënten zijn in deze toestand ook meestal hypervigilant.

Het begrip “beginnende of subklinische hallucinaties”:

Dit domein in het risico syndroom omvat, meestal auditieve en visuele, stoornissen in de perceptie. In het milde syndroom zijn deze percepties meestal nog niet duidelijk identificeerbaar (schaduw, sporen,

halo's, geroezemoes... maar wel in de beleving ongewoon en onfrequent. Met toenemende ernst zien we een toenemende levendigheid en verhoging in frekwentie met toenemende affectieve betrokkenheid en aandachtsstoornissen, dit tot een niveau dat er gedragsstoornissen ontstaan. In een gesprek hierover kan nog steeds een realiteitstoetsing uitgelokt worden.

Gedesorganiseerde communicatie

Gedesorganiseerde communicatie is gedefinieerd als vage, metaforische, wijdloperige en stereotype spraak zonder duidelijke focus en met een verstoorde prosodie en spreekritme. Dikwijls is de spraak ook omstandig en tangentieel. In een milde vorm kan patiënt nog gemakkelijk teruggebracht worden naar een normaal communicatiepatroon, soms echter blijft een bizar aspect aanwezig. Naarmate de ernst toeneemt zal dit herstel van realiteitstoetsing steeds minder succesvol en kortdurender worden.

Andere symptomen

Deze prodormale criteria worden dikwijls vergezeld van andere symptomen als anhedonie, avolitie, zwakkere emotionele expressie en vermindering van de subjectieve beleving. Dikwijls is er toch een graad van storing in de invulling van de tijd.

Minstens een symptomatische cognitieve stoornis is aanwezig, net als specifieke slaapstoornissen.

Co-morbiditeit

Het risicosyndroom is frekvent geassocieerd aan affectieve pathologie, angstpathologie en stoornissen in middelen gebruik maar dan uiteraard niet in een etiologisch verband.

Prognose van het risicosyndroom

Verschillende prognostische factoren met een verhoging van het risico op transitie naar acute psychose worden weerhouden:

- slechte functionele toestand (arbeid, onderwijs...);
- middenlenmisbruik;
- familiegeschiedenis van psychose;
- comorbied schizotypale persoonlijkheidsstoornis;
- significant cognitief verval.

Prevalentie en verloop van het risico syndroom

Er zijn tot op heden geen duidelijke prevalentiecijfers bekend voor dit risicosyndroom.

Wat betreft de duur van een risicosyndroom tot transitie naar een volledig psychotisch beeld vinden we resultaten tussen 1 en 2 jaar tijd hoewel bekend is dat deze transitie in

individuele gevallen zeker ook binnen enkele weken kan optreden.

20 tot 50 % van de patiënten maken deze transitie tot psychose door binnen de 2 jaar, waarbij de grootte van deze groep afhankelijk is van de samenstelling van de onderzochte populatie. Voor de patiënten waarbij deze transitie niet binnen deze termijn optreedt is het hoedanook geraadzaam om contact te houden en deze patiënten verder op te volgen.

Referenties:

Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry*. 2002;159:863–865.

Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, et al. The schizophrenia prodrome revisited: a neurodevelopmental perspective. *Schizophr Bull*. 2003;29:633–651.

Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res*. 2004;67:131–142.

VOORAANKONDIGING

SYMPOSIUM

Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw Brugge

**“Cognitieve gedragstherapeutische behandeling bij
ernstige persoonlijkheidsstoornissen”**

**Workshops “Schema Therapy”
met Dr. Jeffrey Young
31 maart en 1 april 2010**

(bron www.pzolv.be)

100 jaar PZ Onze-Lieve-Vrouw

Ondraaglijk licht is de zorg: schrijfwedstrijd

Het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw Brugge viert in 2010 het honderdjarig bestaan. Ter gelegenheid hiervan schrijft de vakgroep verpleegkunde van het ziekenhuis een schrijfwedstrijd uit. De wedstrijd staat open voor alle verpleegkundigen in heel Vlaanderen.

(bron www.pzol.v.be)