



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Zelfcontrole-training: een cognitief-gedragstherapeutische groepstraining voor patiënten met een psychotische stoornis

Pauline Wagemakers, Benita Wemekamp, Martin Appelo en Christine Tak*

Samenvatting

In dit artikel wordt de ontwikkeling en toepassing van een cognitief-gedragstherapeutische groepstraining voor patiënten met een psychotische stoornis beschreven. De zelfcontrole-training (ZCT) is bedoeld voor patiënten die belemmeringen ervaren bij maatschappelijke reïntegratie en bij wie op het moment van training de psychotische symptomen het opnemen van informatie niet te zeer in de weg staat. Doel van de training is het voorkomen van decompensatie. De fasen van de training worden geïllustreerd met twee voorbeelden. De resultaten van een pilot-studie tonen dat de ZCT een positieve invloed heeft op dichotoom denken, algemeen welbevinden, depressieve copingstijl en sociale interacties. De resultaten kunnen mogelijk worden verbeterd door de training een exclusief 'hier-en-nu'-karakter te geven en door deelnemers in tweetallen aan opdrachten te laten werken.

Inleiding

Een psychotische stoornis gaat gepaard met inhoudelijke en/of formele denkstoornissen. Er wordt verondersteld dat deze cognitieve stoornissen mede ten grondslag liggen aan gebrek aan inzicht in moeilijke situaties en aan vaardigheidstekorten (Van den Bosch, 1993).

Uit onderzoek is gebleken dat formele denkstoornissen niet opgeheven worden door training van cognitieve vaardigheden (Van der Gaag, 1992). Ook blijkt dat vaardigheidstraining in het algemeen een a-specifiek effect heeft op het functioneren van patiënten met schizofrenie (Appelo et al., 1997). Interventies worden daarom steeds minder gericht op gedragsmatige vaardigheden en steeds meer op inhoudelijke denkstoornissen die de gedragsmatige incompetentie kunnen veroorzaken en in stand houden. Cognitieve gedragstherapie bij psychotische stoornissen is in opkomst (Fowler et al., 1995; Chadwick et al., 1996). De behandeling wordt niet direct gericht op de psychotische symptomen, maar op de angstige en depressieve interpretaties ervan.

* P. WAGEMAKERS is psycholoog en was ten tijde van het onderzoek werkzaam bij de Stichting GGZ Groningen en de afdeling Klinische psychologie van de Rijksuniversiteit te Groningen. B. WEMEKAMP is psycholoog en was ten tijde van het onderzoek werkzaam bij de Stichting GGZ Groningen en de afdeling Klinische psychologie van de Rijksuniversiteit te Groningen. M. APPELO is psycholoog. Hij werkt als behandel- en onderzoekscoördinator bij de Stichting GGZ Groningen en is universitair docent bij de afdeling Klinische psychologie van de Rijksuniversiteit te Groningen.
Correspondentie-adres: dr. M.T. Appelo, Stichting GGZ Groningen, locatie Zuidlaren E6, 9471 KA Zuidlaren.
C. TAK is psycholoog/onderzoeker en werkzaam bij de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen en de Stichting GGZ Groningen.

De zelfcontrole-training (ZCT; Tak et al., 1995) is bedoeld voor mensen met een psychotische stoornis bij wie psychomotore armoede op de voorgrond staat en die belemmeringen ervaren bij maatschappelijke reïntegratie. De training is gericht op het vaststellen en vervangen van gedachten die het uitvoeren van gewenst gedrag belemmeren. Ook het voorkomen van psychotische decompensatie is daarom een doelstelling. De inhoud van de training is gefaseerd en wordt in tabel 1 samengevat.

Tabel 1 Zelf Controle Training

Fase	aantal sessies	onderwerp
1	6	- Leren identificeren van de drie G's: gedachten, gedrag en gevoel in alledaagse situaties.
		- Vertrouwd raken met de volgorde gedachten- gedrag/gevoel.
2	10	- Niet-doelgerichte gedachten vervangen door doelgerichte gedachten:
		1. Identificatie van gedachten in situatie met ongewenste consequenties.
		2. Vaststellen van doel in de betreffende situatie.
		3. Controle of de gedachten (niet-)doelgericht zijn.
		4. Genereren van doelgerichte alternatieven door deelnemers (als ervaringsdeskundigen).
		5. Oefenen van alternatieven door middel van dialoog en zelf-spraak.
3	8	- Identificeren en vervangen van cognitieve waarschuwingssignalen voor psychotische decompensatie.

(+): Toegenomen score = verbetering (TCS-PZ, IOA-F, UCL-A, UCL-S)(-): Afgenomen score = verbetering (TCS-NZ, TCS-DI, DAL-G, DAL-C, SCL-TOT, IOA-A, UCL-V, UCL-D)

De eerste fase duurt zes sessies. Er wordt stilgestaan bij het identificeren van gedachten, gedrag en gevoel; de zogenaamde drie G's. Met behulp van registratie-opdrachten en de bespreking daarvan wordt de deelnemers duidelijk gemaakt dat de drie G's elkaar kunnen beïnvloeden en dat gedachten kunnen worden gezien als de oorzaak van gevoelens en gedragingen.

Tijdens de tweede fase, die tien sessies duurt, leren de deelnemers om niet-doelgerichte gedachten die tot ongewenste consequenties leiden te vervangen door gedachten die wel tot gewenste consequenties leiden (doelgerichte alternatieven). De werkwijze is als volgt. Een deelnemer brengt een situatie in die ongewenste gedragsmatige of gevoelsmatige consequenties had. Vervolgens wordt gevraagd wat de deelnemer in deze situatie had gewild. De gedachten die gerelateerd waren aan de ongewenste gevolgen worden daarna 'uitgedaagd' en met behulp van de andere groepsleden vervangen door alternatieven. Het doelgerichte alternatief wordt tenslotte met behulp van een dialoog en 'zelfspraak' geoefend.

Om te bepalen of gedachten wel of niet doelgericht zijn, worden twee vragen gesteld:

- 1 Leidt deze gedachte tot je doel in deze situatie?
- 2 Voorkom je met deze gedachte negatieve gevoelens in deze situatie?

Als op een of beide vragen ontkennend wordt geantwoord, dan is de gedachte niet doelgericht en wordt gezocht naar een alternatief. De groepsleden worden actief bij deze procedure betrokken. Er wordt gevraagd wie geen problemen heeft met een dergelijke situatie, en wat dan de gedachten zijn. De groepsleden treden op als 'ervaringsdeskundigen' die hun medegroepslid helpen om meer doelgericht te denken.

Op deze manier worden zoveel mogelijk alternatieven verzameld. De deelnemer kiest daaruit het alternatief dat hem of haar het meest aanspreekt.

Tijdens het oefenen met 'zelfspraak' valt de co-trainer de deelnemer aan met argumenten die overeenkomen met de niet-doelgerichte gedachte. De deelnemer gaat tegen deze gedachte in met het gekozen alternatief en de gedachten die daarbij aansluiten. Ook tijdens deze dialoog kunnen andere groepsleden ondersteuning bieden. De deelnemer krijgt tenslotte de opdracht om het alternatief thuis eerst hardop en daarna zachtjes voor zichzelf te herhalen, om het uiteindelijk te gaan denken. Het bewust oefenen met alternatieve, doelgerichte gedachten krijgt dus veel aandacht. Er wordt regelmatig gesproken van een mentale fitness training.

Tijdens de derde fase, die acht sessies duurt, wordt er per sessie aandacht besteed aan de psychose van een deelnemer. Het gaat daarbij om het (h)erkennen van persoonlijke cognitieve signalen die een waarschuwing kunnen zijn voor een naderende psychose. Er wordt gebruik gemaakt van het 'Rode Stoplicht'-model, waarbij een rood stoplicht symbool staat voor een gedachte die vooraf gaat aan een psychose. Als uitgangspunt geldt dat het negeren van zo'n gedachte het risico op een psychotisch ongeluk vergroot. Per deelnemer worden de gedachten (patronen) die aan een decompensatie vooraf gaan geïdentificeerd en vervangen door alternatieven volgens de methode uit de tweede fase.

Voorbeeld 1

Paul is 25 jaar en verblijft tijdens de training in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij is hersteld van zijn tweede psychose. Zijn motivatie om aan de training mee te doen is dat hij meer plezier wil beleven aan de dingen die hij doet. Tijdens de eerste fase van de training vertelt Paul dat hij zich vaak erg ellendig voelt wanneer hij 's ochtends wakker wordt. Hij heeft dan sombere gedachten. Deze situatie wordt met behulp van de drie G's als volgt beschreven:

Gedachte: Alweer een dag. Wat moet ik ermee?

Gevoel: Somber.

Gedrag: In bed blijven liggen.

In deze fase komt het regelmatig voor dat een deelnemer de discussie aangaat over de volgorde waarin de G's optreden. Ook Paul geeft aan dat hij al wakker wordt met een depressief gevoel en als gevolg daarvan negatieve gedachten krijgt. Hij vindt niet dat de gedachte het sombere gevoel veroorzaakt. De trainer reageert hier als volgt op:

Wat je zegt klopt. Elke G is altijd aanleiding voor een nieuwe G. Een gedachte kan een gevoel of een gedrag oproepen, maar een bepaald gevoel kan ook een bepaalde gedachte oproepen en tot bepaald gedrag leiden. Gedragingen kunnen bepaalde gevoelens oproepen of versterken en daarover kan je weer gedachten hebben. Kortom, in de

praktijk is het altijd een wirwar van gedrag, gevoel en gedachten. Als je orde in die chaos wilt scheppen, kan je op verschillende punten ingrijpen; op het gevoel, het gedrag of de gedachten. In deze training kiezen we ervoor om de gedachten als uitgangspunt te kiezen. De vraag is of je het ziet zitten om eens op deze manier naar je probleem te kijken.

Tijdens de tweede fase brengt Paul deze situatie opnieuw ter sprake omdat het verschijnsel zich bij hem bijna elke dag voordoet. Het doel van de situatie wordt bepaald door aan Paul te vragen wat hij graag zou willen onder deze omstandigheden:

T: Je ligt in bed en je voelt je somber. Wat wil je veranderen? Het in bed liggen of het gevoel?

P: Het gevoel. Ik zou willen dat ik me niet zo somber voel.

T: Dus het doel is om met een prettig gevoel in bed te liggen. Niet om eerder op te staan?

P: Ja.

Vervolgens wordt onderzocht of de gedachte in deze situatie vervangen moet worden door een alternatief. De twee vragen kunnen in dit geval tot een vraag worden samengevat omdat het doel van Paul een gevoel is:

T: Je ligt dus in bed en je denkt: 'Alweer een dag. Wat moet ik ermee?'

P: Ja.

T: Als je dit denkt, ga je je dan prettig voelen?

P: Nee, ik voel me er juist somber bij.

T: Deze gedachte is dus niet doelgericht. Je kunt hier beter iets anders denken.

Bij het formuleren van een alternatief worden de andere groepsleden als ervarings-deskundigen betrokken:

T: Is er iemand van jullie die kan genieten van overdag in bed liggen?

S: Ja, ik vind het heerlijk om in bed te liggen.

T: Wat denk je dan?

S: Nou gewoon, dat ik niks hoef en dat het lekker warm is in bed.

T: Zijn er nog meer mensen die genieten van in bed liggen?

L: Ja, ik denk dan dat ik het kennelijk nodig heb en dat ik dus lekker ga uitslapen.

B: Ik herken dat wel. Ik heb het ook nodig om lang in bed te liggen. Voor de middag doe ik eigenlijk nooit iets.

T: Ik ben geen ochtendmens, is dat een gedachte die daar bij past?

B: Ja, zeker.

Alle alternatieven worden door de co-trainer op het bord geschreven. Aan Paul wordt gevraagd of er een alternatief is dat hem aanspreekt. Hij kiest voor de gedachte 'Ik heb het nodig om lang in bed te liggen, dus ik slaap lekker uit'. Deze gedachte wordt tenslotte geoefend met een dialoog en met zelfspraak. De co-trainer valt Paul aan met argumenten die aansluiten bij zijn oude niet-doelgerichte gedachte. Paul verdedigt zich hiertegen met het alternatief. De groepsleden mogen hem helpen en worden daartoe aangemoedigd door de trainer zodra duidelijk wordt dat Paul er niet goed uitkomt:

T: Paul, wat moet jij nou met een nieuwe dag?

P: Nou, niet zoveel. Ik slaap uit.

T: Een beetje lui in bed liggen de hele dag. Daar word je vrolijk van!

P: Nee, niet echt.

T: Pas op Paul! Vergeet het alternatief niet! (aan groep) Wat had Paul nu beter kunnen zeggen?

L: Ik ben niet lui. Ik heb het gewoon nodig!

T: Juist! Herhaal dat eens Paul.

P: Ik heb het nodig om uit te slapen. Dat is goed voor mij.

T: Dat maakt je toch alleen maar depressief!

P: Nee, het maakt dat ik uitrust.

S: Ik zou zeggen dat ik juist depressief word als ik tegen mijn zin uit bed ga.

P: Ja, dat is een goeie.

Na deze dialoog krijgt Paul de opdracht om het alternatief thuis achtereenvolgens hardop, fluisterend en in gedachten te herhalen, zodra hij 's morgens wakker wordt.

Tijdens de derde fase zegt Paul dat bij hem een depressieve stemming bijna altijd aan een psychose voorafgaat. Depressieve gedachten zoals 'Ik vind mezelf waardeloos', 'Het heeft allemaal geen zin', 'Wie zit er nou op mij te wachten?', en 'Ik kan er net zo goed een eind aan maken', zijn volgens hem daarom de rode stoplichten voor psychotische overtuigingen zoals 'Ik ben de duivel', en 'De mensen willen mij vernietigen'. De depressieve gedachten waarschuwen dus voor een psychose. Tijdens de sessie waarin de rode stoplichten van Paul aan bod komen, worden daarom alternatieven gezocht voor de depressieve gedachten. Paul noemt een situatie waarin hij een depressieve gedachte denkt, en met behulp van de groepsleden wordt vervolgens een alternatief gezocht.

P: Als ik een hele dag niets gedaan heb, dan vind ik mezelf vaak waardeloos. Dan zit ik de hele dag maar te zitten. Er komt niemand langs, ik ga bij niemand langs. Ik doe helemaal niets!

T: Dus als je niets doet, vind je jezelf ook niets. Niets doen is voor jou gelijk aan niets waard zijn?

P: Ja.

T: Wat wil je in zo'n situatie? Iets gaan doen, of je niet depressief voelen terwijl je toch niets doet?

P: Allebei. Ik zou wat willen doen, en ik zou me minder depressief willen voelen terwijl ik niets doe.

T: Laten we met de tweede beginnen. (tot de groep) Wie van jullie kan niets doen zonder depressief te zijn?

L: Ik. Ik ben vaak heel passief, maar ik voel me dan niet somber.

T: Wat denk je dan?

L: Nou gewoon, het is prima om niets te doen.

S: Ik zou denken dat ik gewoon zo ben. Sommige mensen zijn actief, en andere mensen zijn passief.

B: Ja, het gaat erom of je jezelf accepteert.

T: (Om te voorkomen dat er nu een discussie ontstaat over zelfacceptatie) Dus wanneer jij passief bent dan denk je zoiets als: Ik accepteer mezelf zoals ik ben. Ik ben iemand met weinig energie.

B: Ja, ik ben een passief type.

Paul kiest voor de gedachte 'Het is prima om niets te doen'. Na de dialoog met de co-trainer komen tijdens dezelfde sessie nog twee of drie cognitieve

waarschuwingssignalen van Paul aan bod. Aan het eind van de sessie krijgt Paul de opdracht om de alternatieven met zelspraak te oefenen.

Hoewel Paul tijdens de training niet weer aan bod komt, komen zijn rode stoplichten en de alternatieven daarvoor dat wel. Pre-psychotische gedachten hebben namelijk bij bijna iedereen een depressieve en/of angstige lading. Paul herkent in de volgende sessies dan ook vaak de waarschuwingssignalen van andere groepsleden.

Na afloop van de training geeft Paul aan dat hij zich meer bewust is van zijn neiging tot 'zwart-wit'-denken. Hij herkent niet-doelgerichte gedachten, en is beter in staat om ze te relativeren. Hij zegt meer vat te hebben op moeilijke situaties. Hierdoor durft hij weer meer te ondernemen.

Voorbeeld 2

Sandra is een 23-jarige vrouw met schizofrenie. Acht maanden geleden heeft zij haar derde psychose gehad. Tijdens de training is zij in poliklinische behandeling. Ze wil aan de training meedoen omdat ze zich erg gespannen voelt in contact met anderen en de neiging heeft om situaties met andere mensen te mijden.

Het is niet nodig dat situaties tijdens de eerste fase betrekking hebben op problemen. Het gaat eerst om het identificeren van de 3 G's. Sandra komt met verschillende situaties uit haar dagelijks leven. Bijvoorbeeld:

Een brood kopen bij de bakker.

Gedrag: Wachten tot ik aan de beurt ben.

Gevoel: Vervelend.

Gedachte: Schiet toch eens op.

Medicatie nemen.

Gevoel: Onrust.

Gedachte: Ik krijg een paniekaanval.

Gedrag: Valium nemen.

Koffie drinken met vriendin.

Gedachte: Fijn dat ze me niet in de steek heeft gelaten.

Gedrag: Koffie drinken.

Gevoel: Prettig.

Tijdens de tweede fase komen haar moeilijkheden aan bod. Sandra noemt de situatie waarin ze is uitgenodigd voor een feest maar niet gaat (gedrag) omdat ze denkt dat iedereen haar van alles zal gaan vragen. Ze voelt zich erg gespannen bij deze gedachte.

Sandra's doel is om ontspannen naar het feestje gaan. De gedachte 'Ze gaan vast van alles vragen' blijkt niet doelgericht te zijn:

T: Vind je het leuk of prettig dat anderen jou gaan ondervragen?

S: Nee, ik vind het doodeng.

T: Dus je denkt zoiets als: Ze gaan me van alles vragen en dat vind ik vervelend.

S: Ja.

T: Als je dat denkt, ga je je dan ontspannen voelen?

S: Nee, natuurlijk niet.

T: En helpt deze gedachte om naar het feestje te gaan.

S: Nee, ik ben thuisgebleven.

Bij het zoeken naar een alternatief wordt de groep weer ingeschakeld:

T: Is er iemand die dit herkent?

E: Jawel, ik denk in zo'n situatie hetzelfde als Sandra. Ik ga ook nooit naar feestjes.

T: Wie kan er wel ontspannen naar een feest gaan?

I: Ik.

T: En als anderen jou dan van alles gaan vragen?

I: Ik bepaal toch zelf wat ik wel en niet zeg?

T: Dat lijkt me een goede alternatieve gedachte voor Sandra: Ze kunnen vragen wat ze willen, ik bepaal zelf hoeveel ik vertel!

S: Ja, maar als ze nou vragen over mijn opnames?

T: Dan kan je toch ook zelf bepalen wat je zegt.

S: Ja maar ik wil niet liegen. En als ik vertel dat ik opgenomen ben geweest, dan vinden ze me vast stom.

P: Dan vertel je toch niets!

S: Ja, maar dan denken ze vast dat ik iets te verzwijgen heb.

F: Je moet je er gewoon niets van aantrekken als anderen je veroordelen vanwege je opname.

T: Hoe ga jij daar dan mee om?

F: Als iemand mij veroordeelt vanwege een opname, dan bekijkt hij het verder maar.

T: Zo iemand is de moeite niet waard?

F: Precies. Als je iemand daarom veroordeelt, ben je geen knip voor de neus waard.

T: Daar is volgens mij ook wel een alternatief uit te halen. Sandra, wat vind je van: Ik ga niet om met iemand die mij zomaar veroordeelt?

S: Dat is wel een goed alternatief, ja.

Tijdens de sessie krijgt Sandra nog een aantal alternatieven aangereikt: 'Laat ze maar denken', 'Ik richt mijn aandacht op de mensen die ik leuk vind', en 'Ze moesten eens weten hoe leuk ik ben'. Sandra vindt eigenlijk alle alternatieven wel de moeite waard. Ze oefent er zoveel mogelijk mee tijdens de dialoog:

T: Je kunt maar beter niet naar dat feestje gaan. De mensen zullen wel denken, daar heb je haar ook weer.

S: Nou en. Laat ze maar denken.

T: Maar ze weten dat je opgenomen was. Ze hebben een hekel aan gekken!

S: Met mensen die zo denken ga ik niet om!

T: Maar ze gaan wel met jou om. Ze komen je vast van alles vragen!

S:

T: Wie helpt Sandra?

I: Je moet je gewoon op de mensen richten met wie je goed kunt opschieten.

T: Okay, Sandra, herhaal dat eens.

S: Ja, ik richt mijn aandacht op de mensen die ik ken.

Na deze oefening zegt Sandra dat ze nu wel weet hoe het kunstje werkt, maar dat ze denkt dat het in het echt toch weer mis zal gaan. De therapeut benadrukt dat het waar is wat Sandra denkt. Weten hoe een kunstje werkt, geeft geen garantie voor de succesvolle toepassing ervan. Vervolgens wordt benadrukt dat het voor een verandering van het denken noodzakelijk is om veel te oefenen met de techniek (mentale fitness!). Het kost tijd om oude gewoontes af te leren, en veel tijd om ook nog eens een nieuwe gewoonte aan te leren. Tenslotte kan ook de gedachte 'Het werkt toch niet' met behulp van de trainingsprocedure van een alternatief worden voorzien!

Tijdens de derde fase blijkt dat cognitieve waarschuwingssignalen bij Sandra vooral een sociaal angstig karakter hebben. De gedachte dat anderen haar afkeuren lijkt tijdens een psychotische episode uit te groeien tot een complottheorie. Ze is er dan van overtuigd dat iedereen tegen haar is. Er worden daarom vooral alternatieven gezocht voor situaties waarin de veronderstelde afkeuring door anderen een rol speelt. Deze situaties komen overeen met de situaties die ook in de tweede fase aan bod kwamen. In de derde fase oefent Sandra daarom nogmaals met de alternatieven die ze in de tweede fase al kreeg aangereikt. Het werkzame bestanddeel van de alternatieven krijgt nu extra aandacht:

T: Als je niet-doelgericht denkt dan denk je dat anderen je afkeuren, dat anderen je stom vinden, dat anderen een complot tegen je hebben. De anderen bepalen steeds wat er gebeurt. Zij doen iets met jou. Zie je dat?

S: Ja.

T: Kijk nu eens naar de alternatieven: Ik bepaal zelf wat ik zeg, Ik ga niet om met iemand die mij veroordeelt, Ik richt me op mensen die ik leuk vind. Wie bepaalt er nu wat er gebeurt?

S: Ikzelf.

T: Precies. Een niet-doelgerichte gedachte is bij jou een gedachte waarin de ander bepaalt wat er met jou gebeurt. Een doelgerichte gedachte is een gedachte waarin jij bepaalt wat er gebeurt. Dat is nogal een verschil.

S: Ja, in een psychose is de hele wereld tegen mij.

T: Ja, dat denk je dan. Tijdens een psychose is er een ontregeling in je hersenen waardoor je niet meer in staat bent om de oorzaak van de dingen bij jezelf te leggen. Je denken is ontregeld en je schiet door in het idee dat anderen bepalen wat er met je gebeurt. Mogelijk helpt het wanneer je al in vroeg stadium opmerkt dat je de oorzaak bij anderen aan het leggen bent. Misschien kan je een psychose voorkomen wanneer je de alternatieven gaat gebruiken zodra je dat merkt.

Aan het eind van de training is het nog te vroeg om te kunnen bepalen of de techniek succes heeft gehad bij het voorkomen van een psychose. Wel geeft Sandra aan dat ze meer inzicht in haar psychose heeft gekregen. Ze heeft het idee dat ze een compensatie eerder zal herkennen en dat ze meer invloed op haar gedachten kan

uitoefenen. Dit geeft haar meer zelfvertrouwen. In elk geval is ze al een aantal keren zonder spanning naar sociale situaties gegaan die ze voorheen vermeden zou hebben.

Pilot-studie

Deelnemers

Paul en Sandra namen deel aan een pilot-studie naar het effect van ZCT. Het ging om een groep van zeven en een groep van acht deelnemers, waarvan er in totaal negen aan het onderzoek wilden meedoen. Alle deelnemers hadden de diagnose schizofrenie volgens de DSM-IV-criteria (APA, 1994). De totale groep bestond uit drie vrouwen en zes mannen. De gemiddelde leeftijd was 31,3 jaar, de gemiddelde ziekteduur 5,9 jaar, en de vooropleiding lag gemiddeld iets onder mavo-niveau. De deelnemers gebruikten allen antipsychotische medicatie.

Vorm van de training

De zelfcontrole-training bestaat uit vierentwintig sessies die per keer ongeveer een uur duren. Er worden twee sessies per week gehouden. Aan het eind van elke sessie wordt een opdracht gegeven. De groep bestaat uit maximaal acht deelnemers en wordt geleid door een trainer en een co-trainer. Er wordt gewerkt met een handleiding voor trainers en deelnemers.

Meetinstrumenten

De evaluatie heeft plaatsgevonden met behulp van variabelen die de drie G's operationaliseren.

Gedachten zijn gemeten met de Test voor cognitieve stijlen (TCS; Rombouts & Den Boer, 1995) en de Dimensionele attributielijst (DAL; Appelo et al., 1998). Van de TCS, die cognitieve copingstijlen meet, zijn de subschalen positieve zelfwaardering (TCS-PZ), negatieve zelfwaardering (TCS-NZ) en dichotoom denken (TCS-DI) gebruikt. Verwacht wordt dat ten gevolge van de ZCT patiënten minder dichotoom zullen denken en meer positieve en minder negatieve zelfwaardering zullen krijgen. Van de DAL, waarmee attributiestijlen worden gemeten, worden de subschalen globaliteit (DAL-G) en controle (DAL-C) gebruikt. Hiermee wordt respectievelijk bepaald in hoeverre iemand problemen generaliseert en in hoeverre iemand invloed op problemen denkt te kunnen uitoefenen. Verwacht wordt dat patiënten ten gevolge van de ZCT problemen minder zullen gaan generaliseren en er meer invloed op zullen gaan ervaren.

Gevoelens zijn gemeten met de Symptom Check List (SCL-90; Arindell & Ettema, 1986) en de Inventarisatielijst omgaan met anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987). Van de SCL-90 geldt de totaalscore als maat voor psychoneuroticisme en algemeen welbevinden. Verwacht wordt dat het algemeen welbevinden ten gevolge van de ZCT zal toenemen (de psychoneuroticisme-score, SCL-TOT, zal afnemen). Van de IOA is de subschaal angst gebruikt (IOA-A). Verwacht wordt dat ten gevolge van de ZCT het angstniveau tijdens sociale interacties zal dalen.

De IOA is ook gebruikt om *gedrag* te meten. Ditmaal ging het om de subschaal frequentie (IOA-F). Verwacht wordt dat ten gevolge van de ZCT de frequentie van sociale interacties zal toenemen. Tenslotte zijn vier subschalen van de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs et al., 1988) gebruikt om gedrag te operationaliseren. Het gaat om de subschalen actieve probleem oplossing (UCL-A), sociale steun zoeken (UCL-S), vermijden (UCL-V) en depressief reageren (UCL-D). Verwacht wordt dat de actieve coping (probleemoplossende coping en sociale steun zoeken) zal toenemen en dat de passieve coping (vermijding en depressieve coping) zal afnemen ten gevolge van de ZCT.

De meetinstrumenten zijn voor de training en direct daarna bij de deelnemers afgenomen.

Resultaten

In tabel 2 staan de resultaten per deelnemer weergegeven. Ook is steeds per variabele aangegeven bij hoeveel deelnemers de ruwe score is verbeterd.

Tabel 2 Resultaten

Proefpersonen	Variabelen				
	Gedachten				
	TCS-NZ(-)	TCS-PZ(+)	TCS-DI(-)	DAL-G(-)	DAL-C(-)
range	33-165	18-90	8-40	4-20	4-20
	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>
1	151-150	57-59	22-12	9-7	18-13
2	110-110	64-56	26-24	6-7	12-11
3	104-96	54-57	18-15	8-7	9-9
4	85-67	64-57	17-25	4-4	11-12
5	126-142	69-71	31-28	8-8	14-16
6	127-128	53-56	25-23	9-11	15-15
7	41-49	60-66	17-14	4-4	7-5
8	111-118	55-54	22-19	6-7	11-12
9	125-105	71-55	29-55	9-9	15-11
n=verbeterd	4	5	8	2	4
	Gevoelens				
	SLC-TOT(-)	IOA-A(-)			
range	90-450	35-175			
	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>			
1	383-314	156-129			
2	172-155	55-61			
3	131-160	62-64			
4	199-112	53-41			
5	171-182	64-71			
6	136-147	98-92			
7	92-91	41-38			
8	146-240	63-69			
9	266-123	88-72			
n=verbeterd	6	5			
	Gedrag				
	IOA-F(+)	UCL-A(+)	UCL-S(+)	UCL-V(-)	UCL-D(-)
range	35-175	7-28	6-24	8-32	7-28
	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>	<i>T1-T2</i>
1	81-90	9-11	12-15	23-26	25-25
2	111-112	18-15	13-13	20-17	16-14
3	100-104	15-18	16-17	17-18	18-13
4	109-118	14-13	13-13	15-16	13-12
5	118-118	19-16	17-12	23-23	18-15
6	78-79	11-11	12-12	23-18	16-13
7	92-98	19-18	11-12	12-15	8-7
8	90-88	15-14	12-13	17-17	16-16
9	111-72	18-14	17-12	20-16	22-14
n=verbeterd	6	2	3	3	6

(+): Toegenomen score = verbetering (TCS-PZ, IOA-F, UCL-A, UCL-S)(-): Afgenomen score = verbetering (TCS-NZ, TCS-DI, DAL-G, DAL-C, SCL-TOT, IOA-A, UCL-V, UCL-D)

De resultaten laten zien dat de verwachtingen bij de helft van de variabelen uitkomen (en dus ook bij de helft van de variabelen niet). Bij gedachten verbeteren de meeste deelnemers op positieve zelfwaardering en vooral op dichotoom denken. Bij gevoelens verbetert meer dan de helft van de patiënten op beide variabelen. Tenslotte blijken zes patiënten na de training meer sociale interacties aan te gaan en een minder depressieve copingstijl te gebruiken. Gegeven de ranges van de scores blijken de veranderingen echter beperkt te zijn. Tevens blijkt dat de attributiestijlen en de actieve copingstijlen niet beïnvloed worden.

Discussie

Het ervaren van cognitief controleverlies is typerend voor patiënten met psychotische klachten. De zelfcontrole-training is bedoeld als instrument om de invloed van gedachten op gedrag en gevoel te herkennen en om de controle over gedachten in stressvolle situaties te vergroten. De training heeft ook een zelfhulp-functie. Door de cognitieve interventies in een groep uit te voeren, kunnen lotgenoten elkaar als 'ervaringsdeskundigen' ondersteunen.

Tot nu toe blijkt dat er door de training positieve veranderingen optreden in de gedachten, de gevoelens en het gedrag van de deelnemers. Toch zijn de resultaten nog niet zo positief als verwacht. De verbeteringen zijn klein en treden maar bij de helft van de variabelen op. In statistische zin is het niet duidelijk welke factoren hiervoor verantwoordelijk zijn. De klinische ervaring met de ZCT toonde echter twee valkuilen die tot wijzigingen (en mogelijk verbeteringen) van het protocol hebben geleid.

Ten eerste ontstaan er tijdens de training nogal eens discussies over zelf-acceptatie, de ziekte en daaraan gerelateerde thema's. Hierover praten is op zichzelf een goede zaak maar hoort niet in de ZCT thuis. Het zijn onderwerpen die beter tijdens psycho-educatie-bijeenkomsten besproken kunnen worden. Gebeurt het tijdens de ZCT, dan gaat er al snel veel trainingstijd verloren. Ook voor de trainers is het soms moeilijk om niet op niet in ZCT thuis horende thema's in te gaan. Deelnemers noemen vaak gedachten die wijzen op een zeer negatief zelfbeeld. Het willen doorvragen tot de kern is een neiging die veel voorkomt bij trainers. Dat doorvragen kost evenwel veel tijd, leidt regelmatig tot verwarring bij de betreffende deelnemer, en leidt bovendien vaak de aandacht van de andere deelnemers af. Er is daarom besloten om de ZCT een exclusief 'hier-en-nu'-karakter te geven. Discussies over interessante thema's worden naar andere momenten verwezen. Bij het ter discussie stellen van niet-doelgerichte gedachten wordt niet gezocht naar de kern van de zelfwaardering maar naar de actuele gedachte onder de gepresenteerde omstandigheden en naar doelgerichte alternatieven. De prominente rol van de deelnemers als 'ervaringsdeskundigen' die alternatieve gedachten genereren, helpt goed tegen de drang tot 'graven' van hulpverleners.

Ten tweede blijkt het voor veel deelnemers steeds weer onmogelijk om tussen de sessies door hun opdrachten uit te voeren. Tijdens de sessies moet dan vaak tijd worden gereserveerd voor het alsnog maken van de opdrachten. Dit probleem is opgelost door de volgende wijziging aan te brengen. De deelnemers worden aan het begin van de training in tweetallen verdeeld. Het is vervolgens de bedoeling om de opdrachten tussen de sessies door samen te maken. Wanneer de opdracht niet of gedeeltelijk is uitgevoerd, komen in de volgende sessie de gedachten aan de orde die de samenwerking

belemmerden. Deze wijziging maakt het mogelijk om het niet maken van de opdracht snel een plek in de sessie te geven en het voldoet ook aan het eerder geformuleerde 'hier-en-nu'-karakter van de ZCT.

Het gewijzigde ZCT-protocol is momenteel onderwerp van een gecontroleerde studie. Doel is om te bepalen of het inderdaad beter is om bij de doelgroep cognitieve interventies uit te voeren dan om gedragsmatige vaardigheden te trainen. Het resultaat van ZCT wordt daarom vergeleken met het resultaat van sociale vaardigheidstraining. De resultaten worden tot een jaar na de trainingen vastgesteld. Het idee is dat inhoudelijke denkstoornissen een belangrijke rol zouden kunnen spelen bij het generalisatieprobleem dat vaak na een sociale vaardigheidstraining blijkt op te treden. Behaalde resultaten doven mogelijk snel uit omdat sociale angst de uitvoering van de vaardigheid belemmert. Wanneer deze redenering klopt, dan zal ZCT een beter follow-up resultaat hebben dan sociale vaardigheidstraining.

Het onderzoek naar de zelfcontrole-training wordt mogelijk gemaakt door subsidies van het Academisch Ziekenhuis Groningen en de Stichting GGZ Groningen.

Abstract

The development and application is described of a cognitive behavioural group treatment protocol for schizophrenic patients who mainly suffer from psychomotor poverty. Major inclusion criterium is that patients experience limitations in social reintegration. The aim of the group treatment is to prevent psychotic decompensation by learning patients to replace disfunctional thinking by goal-directed cognitions. The successive phases of the protocol are illustrated by two cases.

The results of a pilot study show a positive effect on dichotomous thinking, psychoneuroticism, depressive coping behaviour and social interactions. The effects can possibly be improved by exclusively focusing on the here and now and by applying cognitive homework assignments to couples of patients.

Referenties

- American Psychiatric Association. (1994). *The Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (Fourth edition)*. Washington DC: APA.
- Appelo, M.T., Staak, J. Van der, & Draaisma, W. (1998). *Handleiding Dimensionele Attributielijst*. Stichting GGZ Groningen, Zuidlaren.
- Appelo, M.T., Woonings, F.M.J., Louwerens, J.W., Slooff, C.J., Bosch, R.J. van den & Gaag, M. van der. (1997). Rehabilitatie bij chronische schizofrenie: wat voegt cognitieve-functietraining toe? *Directieve Therapie*, 17 (4), 326-342.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosch, R.J. van den. (1993). *Schizofrenie. Subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek*. Houten/ Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (1987). *Handleiding Inventarisatielijst Omgaan met Anderen, IOA*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis, Theory and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gaag, M. van der (1992). *The results of Cognitive Training in Schizophrenic patiënts*. Delft: Eburon.
- Rombouts, R.P. & Boer, C.A.M. den, (1995). *Test voor Cognitieve Stijlen, TCS*. Academisch Ziekenhuis Groningen: Afdeling Psychiatrie.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Tellegen, B. & Brosschot, J.F. (1988). *De Utrechtse Coping Lijst. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Tak, C.E., Reimering, J.A. & Appelo, M.T. (1995). *Zelfcontrole-training. Handleiding en Werkboek, concept 2*. Vakgroep Klinische Psychologie, Rijks Universiteit Groningen.