



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 bij patiënten met een psychotische stoornis: een gecontroleerde studie^{* 1}

Martin Appelo, Christine Tak, Prof. Dr. R.J. van den Bosch en Durk Wiersma*

Samenvatting

Cognitieve-gedragstherapie is een veelbelovende therapievorm bij patiënten met een psychotische stoornis. Uit onderzoek blijkt dat zowel de psychotische als de niet-psychotische symptomen positief worden beïnvloed. Er is echter nog maar weinig gecontroleerd onderzoek voorhanden.

In deze studie worden de effecten van Zelfcontrole-training, een cognitief-gedragstherapeutische groepstraining voor patiënten met een psychotische stoornis, vergeleken met de effecten van Sociale vaardigheidstraining. De resultaten tonen aan dat beide trainingen positieve effecten hebben op psychische klachten, sociaal functioneren, het zelfbeeld en de copingstijl van patiënten. Geen van beide trainingen heeft een gunstig effect op variabelen die gerelateerd zijn aan maatschappelijke integratie en zorgconsumptie. Ook werd op geen van de onderzochte variabelen een verschil gevonden tussen de effecten van Zelfcontrole-training en Sociale vaardigheidstraining. Gegeven deze resultaten wordt geconcludeerd dat Zelfcontrole-training wel zinvol kan zijn in de behandeling van patiënten met een psychotische stoornis, maar dat de verwachtingen niet te hoog gespannen mogen zijn.

Inleiding

Cognitieve-gedragstherapie speelt een steeds grotere rol in de behandeling van psychotische stoornissen (Appelo & Van der Gaag, 1998). Hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat bepaalde vaardigheden wel in het gedragsrepertoire aanwezig zijn, maar door de invloed van inhoudelijke denkstoornissen niet worden gebruikt. Trainingen die gericht zijn op het activeren of aanleren van vaardigheden leiden volgens deze opvatting vaak tot teleurstellende resultaten, omdat het belangrijkste probleem niet van gedragsmatige, maar van cognitieve aard is.

De prognose voor het effectief behandelen van inhoudelijke denkstoornissen bij psychotische problematiek lijkt gunstig. De laatste tijd verschijnen er in elk geval steeds meer publicaties waaruit blijkt dat niet alleen disfunctionele gedachten die optreden

* Dr. M. Appelo is gezondheidszorgpsycholoog. Hij is voorzitter van het Research instituut GGZ Groningen (Rin G) en is docent bij de afdeling Klinische Psychologie van de Rijks Universiteit Groningen. Correspondentieadres: dr. M.T. Appelo, GGZ Groningen, afdeling Rin G, Postbus 86, 9700 AB Groningen.
Drs. C. Tak is psycholoog verbonden aan de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Groningen/de Disciplinegroep Psychiatrie van de Rijks Universiteit Groningen.
Prof. Dr. R.J. van den Bosch is psychiater/hoogleraar psychiatrie, verbonden aan de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Groningen/de Disciplinegroep Psychiatrie van de Rijks Universiteit Groningen.
Drs. D. Wiersma is socioloog, verbonden aan de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Groningen/de Disciplinegroep Psychiatrie van de Rijks Universiteit Groningen.

bij depressies en angsten, maar ook wanen en hallucinaties effectief kunnen worden gereduceerd met cognitief-gedragstherapeutische technieken (Kuipers et al., 1997; 1998). De resultaten zijn gunstig bij patiënten met chronische stoornissen en bij psychotische patiënten met een korte ziektegeschiedenis (Drury, Birchwood, Cochrane, & MacMillan, 1996; Haddock et al., 1998).

Psychotische decompensatie wordt meestal voorafgegaan door symptomen die als waarschuwingssignalen kunnen worden aangemerkt. Het betreft vooral onrust, angst, depressieve klachten en een toenemende impulsiviteit en achterdocht (Birchwood & Tarrrier, 1992). Tijdens een prepsychotische fase verliest de patiënt steeds meer het vermogen om zijn gedachten, gevoelens en gedragingen te controleren. Wanneer de patiënt leert om de vroege signalen te identificeren en te hanteren, kan een decompensatie worden voorkomen (Appelo, Van der Gaag, & Van Meer, 1999; Birchwood, 1992). Binnen het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader impliceert de mogelijkheid om disfunctionele prepsychotische gedachten te veranderen, dat ook het gedrag en het gevoel onder controle kunnen worden gehouden, waardoor een decompensatie kan worden voorkomen. De Zelfcontrole-training is een cognitief-gedragstherapeutische groepstraining die op dit principe is gebaseerd. De training is geschikt voor patiënten met een psychotische stoornis die antipsychotische medicatie gebruiken en bij wie de psychose in remissie is. Er is bij hen dus vooral sprake van psychomotore armoede en in mindere mate van actief psychotische symptomen zoals wanen en hallucinaties. Verder is de training bedoeld voor patiënten die vanwege herhaaldelijk decompenseren, of de dreiging daarvan, belemmeringen ervaren bij maatschappelijke reïntegratie.

Training van zelfcontrole is vaak gericht op preventie van destructief gedrag. In onze training gaat de aandacht vooral uit naar het identificeren van de cognitieve componenten van de prepsychotische symptomen. Door die te beïnvloeden wordt geprobeerd om het functioneren en de beleving te verbeteren, of dreigend disfunctioneren te voorkomen. De training bestaat uit drie fasen van respectievelijk zes, tien en acht sessies van maximaal anderhalf uur. Tijdens de eerste fase leren deelnemers om gedachten, gedrag en gevoel in alledaagse situaties te herkennen en worden ze vertrouwd gemaakt met de volgorde gedachten-gedrag/gevoel. In de tweede fase leren ze niet-doelgerichte gedachten te veranderen in doelgerichte gedachten. Ten slotte wordt deze techniek toegepast op de gedachten die gerelateerd zijn aan prepsychotische symptomen. De resultaten van een pilotstudie laten zien dat patiënten na de training minder last van klachten, meer positieve zelfwaardering en een minder dichotome (en ongenueanceerde) denkstijl hebben. Ook het aantal sociale interacties lijkt toe te nemen en patiënten lijken minder piekerend en depressief met problemen om te gaan (Wagemakers, Wemekamp, Appelo, & Tak, 1998). Er is dus na de training sprake van gunstige veranderingen in het denken en van minder psychisch lijden.

In dit artikel worden de resultaten van een gecontroleerde studie naar de effecten van Zelfcontrole-training gepresenteerd. Wanneer de veronderstelling juist is dat inhoudelijke denkstoornissen de uitvoering van vaardigheden belemmeren, dan zal een cognitieve interventie tot meer resultaat leiden dan een op het gedrag gerichte interventie. Als controleconditie is daarom voor Sociale vaardigheidstraining gekozen. Hiervan is bekend dat deze tot een verbetering van de getrainde gedragingen kan leiden, maar ook dat deze weinig tot geen effect heeft op het algemeen functioneren en de symptomen (Tak, Appelo, Van den Bosch, & Wiersma, 2000). Juist het reduceren

van inhoudelijke denkstoornissen zal mogelijk tot een 'bevrijding' van reeds in het gedragsrepertoire aanwezige vaardigheden leiden en daarmee tot beter functioneren.

Method

Deelnemers en procedure

Er werden in totaal elf groepen patiënten met een psychotische stoornis volgens de criteria van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) getraind in drie verschillende GGZ-instellingen in het noorden van Nederland (GGZ Groningen, Psychiatrische Universiteits Kliniek Groningen, APZ Drenthe). Volgens een vooraf bepaald criterium werd in volgorde van startdatum een Zelfcontrole-training (ZCT) of een Sociale vaardigheidstraining (SVT) gedaan. Zes groepen kregen ZCT, vijf groepen kregen SVT.

Het was aanvankelijk de bedoeling om twaalf groepen met acht deelnemers per groep in het onderzoek op te nemen. In verhouding tot het vastgestelde tijdschema was het tempo van instroom echter te laag om daaraan te kunnen voldoen. Er werd daarom een groep minder getraind; er werd vaak al met een groep gestart voordat er acht kandidaten waren; en er werden soms ook patiënten met een andere dan een psychotische stoornis in een groep opgenomen. Deze deelnemers vielen buiten het onderzoek.

De zes ZCT-groepen bevatten in totaal 41 deelnemers (drie groepen met zes deelnemers, één met zeven, en twee met acht). Daarvan hadden 37 deelnemers een psychotische stoornis. De vijf SVT-groepen bevatten in totaal 33 deelnemers (twee groepen met zes deelnemers, en drie met zeven). Van hen hadden 30 deelnemers een psychotische stoornis.

Van de 67 deelnemers met een psychotische stoornis vielen er dertien af (drop-out percentage 19%), negen in de ZCT-conditie en vier in de SVT-conditie. Vijf deelnemers vielen af vanwege een verslechterend toestandsbeeld (vier in de ZCT-conditie en één in de SVT-conditie). Zes personen hadden na een of enkele sessies geen interesse of motivatie meer voor de training (vier in de ZCT-conditie en twee in de SVT-conditie) en twee deelnemers maakten de trainingen wel af, maar wilden niet meer deelnemen aan de metingen die nodig waren voor het onderzoek (één persoon in elke conditie).

In het bovenste deel van tabel 1 zijn de kenmerken van de onderzoeksgroepen weergegeven. De gegevens voor de totale groep ($n = 67$), de ZCT-conditie ($n = 28$), de SVT-conditie ($n = 26$) en deelnemers die afhaakten ($n = 13$), zijn apart vermeld.

Interventies

De experimentele conditie is de gefaseerde Zelfcontrole-training die werd beschreven in de inleiding. De controleconditie is een Sociale vaardigheidstraining (Appelo, 1996). Tijdens deze SVT worden alleen vaardigheden getraind. Om inhoudelijke overlap met de ZCT te voorkomen, wordt nooit gevraagd naar of ingegaan op cognities die eventueel belemmerend zijn voor de uitvoering van vaardigheden.

Per vaardigheid wordt de volgende procedure gevolgd: bespreken opdracht, introductie nieuwe vaardigheid, modeling en imitatie, feedback en bekrachtiging, in vivo-opdracht, en voorbereiden opdracht. De volgende vaardigheden worden getraind: het stellen van informatieve vragen, complimenten geven en ontvangen, nee-zeggen en een verzoek weigeren, het beginnen, op gang houden en afronden van een gesprek, van onderwerp veranderen, opkomen voor de eigen mening, uiten van en reageren op negatieve emoties, en uiten van en reageren op positieve emoties.

Bij zowel de ZCT als de SVT wordt gewerkt met een therapeut en een co-therapeut. Beide trainingen duren 24 sessies; er worden twee sessies per week van maximaal anderhalf uur gehouden.

Variabelen en meetinstrumenten

Deelnemers deden voor aanvang van de training en direct daarna mee aan een meting. De volgende variabelen zijn geselecteerd op basis van de resultaten van de pilotstudie naar het effect van ZCT (Wagemakers et al., 1998):

- Voor het meten van *algemeen welbevinden en niet-psychotische symptomen* is gebruikgemaakt van een maat voor psychoneuroticisme; de totaalscore van de Symptom Check List (SCL-90; Arrindel & Ettema, 1986). Een hogere score betekent dat de deelnemer meer klachten ervaart.
- Voor het meten van *sociaal functioneren* is met behulp van de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987) de angst tijdens (IOA-SP) en de frequentie van (IOA-FR) sociale interacties vastgesteld. Een hogere score betekent respectievelijk meer spanning tijdens en een hogere frequentie van sociale interacties.
- Voor het meten van *copingstijlen* is gebruikgemaakt van de Test voor Cognitieve Stijlen (TCS; Rombouts & Den Boer, 1995), en de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Van der Willige, Telligen, & Brosschot, 1988). Van de TCS zijn de subschalen positief zelfbeeld (TCS-PZ) en dichotoom denken (TCS-DI) gebruikt. Deze schalen meten respectievelijk de mate waarin iemand positief en optimistisch over zichzelf denkt en de mate waarin iemand ongenueanceerd of 'zwart-wit' denkt. Een hogere score impliceert respectievelijk een positiever zelfbeeld en een grotere mate van dichotoom denken. De UCL meet hoe iemand in het algemeen met problemen omgaat. De subschalen actief probleemoplossende coping (UCL-PO) en depressief reageren (UCL-DEP) zijn gebruikt. Een hogere score betekent dat een copingstijl vaker wordt toegepast.

Behalve de variabelen die werden geselecteerd op basis van de pilotstudie, zijn ook de *woonsituatie*, de *soort behandeling*, en de *dagactiviteiten* geëvalueerd. Deze variabelen geven een beeld van de mate waarin de patiënt zorg consumeert en maatschappelijk geïntegreerd is. Een patiënt die bijvoorbeeld zelfstandig woont, betaald werk heeft en af en toe een polikliniek bezoekt voor een gesprek, consumeert minder zorg en is meer maatschappelijk geïntegreerd dan een patiënt die op een woonafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis verblijft en arbeidstherapie volgt.

De woonsituatie van de deelnemers is verdeeld in twee categorieën, 'niet-psychiatrisch' en 'psychiatrisch' wonen. Onder de categorie 'niet-psychiatrisch' valt zelfstandig wonen in de maatschappij met of zonder partner, gezin of familie. Onder 'psychiatrisch wonen'

vallen woon- en verblijfsvormen die organisatorisch aan de psychiatrie verbonden zijn: beschermde woonvormen en opname of verblijf binnen een psychiatrisch ziekenhuis.

De behandeling is ook verdeeld in twee categorieën, 'klinische- en dagbehandeling' en 'ambulante behandeling'. Deelnemers die zijn opgenomen, dagbehandeling of deeltijdbehandeling krijgen, vallen in de eerste categorie. Deelnemers die een poliklinische of ambulante behandeling krijgen, vallen in de tweede categorie.

De dagactiviteiten zijn in drie categorieën verdeeld: 'geen activiteiten', 'therapeutische activiteiten', en 'niet-therapeutische activiteiten'. In de eerste categorie worden de deelnemers opgenomen die geen structurele vorm van dagactiviteiten volgen. In de tweede categorie de deelnemers die training(en) of therapie(ën) als belangrijkste activiteit hebben. In de categorie 'niet-therapeutische activiteiten' komen deelnemers die een opleiding volgen, full- of parttime betaald of onbetaald werk verrichten, of zelfstandig een huishouden voor meer dan één persoon voeren.

Ten slotte werd een variabele opgenomen om de *psychotische symptomen* te meten: de subschaal positieve symptomen (P-POS) van de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Opler, & Fiszbein, 1986). Een hogere score impliceert de aanwezigheid van meer hallucinaties en wanen.

Verschillen vooraf

Er is onderzocht of er verschillen zijn tussen de onderzoekscondities voordat de trainingen zijn gegeven. Daarbij is gekeken naar verschillen tussen de ZCT-conditie en de SVT-conditie en naar verschillen tussen deelnemers die afvielen en deelnemers die een training afmaakten. Voor sekse, diagnose, woonsituatie, behandeling en dagactiviteit is gebruikgemaakt van de Chi-kwadraat-test en voor alle andere variabelen van de *T*-test. De resultaten staan weergegeven in tabel 1.

Tabel I Kenmerken van de onderzoeksgroepen op TI.

variabele		totaal	ZCT	SVT	drop-out	verschil	verschil
						ZCT / SVT	drop-out / rest
						p-waarde	p-waarde
N voor drop-out		67	37	30			
drop-out		13	9	4			
N na drop-out		67	28	26	13		
seks	man	46	19	20	7	.66	.34
	vrouw	21	9	6	6		
diagnose	schizofrenie	37	14	17	6	.38	.67
	psychotisch-anders	30	14	9	7		
leeftijd in jaren		31.3	32.5	30.4	30.7	.35	.84
gemiddelde (s.d.)		(8.8)	(9.2)	(7.4)	(10.7)		
ziekteduur in jaren		6.2	5.8	6.1	7.3	.83	.49
gemiddelde (s.d.)		(5.1)	(4.3)	(5.7)	(5.9)		
aantal opnames		1.9	1.9	1.8	1.9	.81	.77
gemiddelde (s.d.)		(2.2)	(1.7)	(2.0)	(1.8)		
opleidingsniveau (1-7) *		5.2	4.9	5.6	5.2	.11	.43
gemiddelde (s.d.)		(1.5)	(1.7)	(1.6)	(1.5)		
anti-psychotische medicatie		.76	.74	.71	.93	.761	.34
prescribed daily dose		(.54)	(.57)	(.42)	(.73)		
gemiddelde (s.d.)							
woonsituatie	niet-psihiatrisch	47 (70%)	21 (75%)	18 (68%)	8 (61%)	.86	.67
	psihiatrisch	20 (30%)	7 (25%)	8 (32%)	5 (39%)		
behandeling	klinisch/dag	30 (55%)	12 (43%)	13 (50%)	5 (39%)	.80	.84
	ambulant	37 (45%)	16 (57%)	13 (50%)	8 (61%)		
dagactiviteit	geen	14 (21%)	2 (7%)	7 (27%)	5 (39%)	.13	.18
	therapeutisch	27 (40%)	12 (43%)	10 (39%)	5 (39%)		
	niet-therapeutisch	26 (39%)	14 (50%)	9 (34%)	3 (22%)		
SCL (hogere score = slechter)		166.0	166.2	170.3	157.2	.80	.53
psychoneuroticisme		(58.2)	(62.2)	(56.7)	(55.8)		
IOA-SP (hogere score = slechter)		79.7	81.0	81.9	72.8	.90	.30
sociale angst		(25.6)	(27.3)	(23.4)	(26.2)		
IOA-FR (hogere score = beter)		95.8	90.8	95.0	107.8	.35	.04
frequentie van sociale interactie		(18.8)	(18.7)	(13.3)	(23.2)		
TCS-PZ (hogere score = beter)		59.1	58.9	58.0	61.8	.73	.20
positief zelfbeeld		(9.4)	(11.5)	(7.3)	(8.2)		
TCS-DI (hogere score = slechter)		22.1	21.9	21.7	22.5	.81	.81
dichotoom denken		(5.6)	(5.0)	(6.7)	(7.5)		
UCL-PO (hogere score = beter)		15.7	14.4	15.5	18.8	.24	.00
probleem-oplossende coping		(3.9)	(3.4)	(3.6)	(4.2)		
UCL-DEP (hogere score = slechter)		16.0	16.3	16.4	14.5	.98	.12
depressieve coping		(4.4)	(4.6)	(4.6)	(3.4)		
P-POS (hogere score = slechter)		10.0	9.2	10.4	10.9	.33	.47
positieve symptomen		(4.3)	(4.4)	(4.1)	(4.7)		

* I = lagere school niet af / 7 = universitair diploma

Gegeven de grote p-waarden mogen we concluderen dat de verschillen tussen de ZCT- en de SVT-conditie voorafgaand aan de behandeling (het eerste meetmoment) verwaarloosbaar zijn. Wel zijn er verschillen tussen deelnemers die afvielen en de overige deelnemers. Deelnemers die uit het onderzoek vallen, geven voor de training aan dat ze een actievere, meer probleemoplossende copingstijl hebben en dat ze meer sociale interacties aangaan dan deelnemers die de trainingen afmaken. Zowel wat betreft de psychotische als de niet-psychotische symptomen zijn er voor de training geen verschillen tussen beide groepen. De deelnemers die afhaken lijken voor de training er beter aan toe te zijn dan de deelnemers die de trainingen afmaken.

Resultaten

Voordat de resultaten zijn berekend, is gecontroleerd of eventuele verbeteringen aan medicatieveranderingen moeten worden toegeschreven. De Prescribed Daily Dose (PDD) van de ZCT-groep veranderde tussen $T1$ en $T2$ van .75 (.58) naar .84 (.86). De gemiddelde voorgeschreven dagelijkse dosering anti-psychotische medicatie ging dus iets omhoog hoewel het verschil niet significant is ($T(27) = -.71; p = .48$). De PDD van de SVT-groep veranderde van .71 (.42) naar .86 (.52). Ook hier ging de gemiddelde dosering iets omhoog, maar ook hier was geen sprake van een significante verhoging ($T(25) = -1.70; p = .10$).

In tabel 2 staan de resultaten van de ruwe scores op het eerste en tweede meetmoment voor beide onderzoekscondities vermeld.

Tabel 2 Afhankelijke variabelen, ruwe scores op T1 en T2.

	ZCT (n = 37)		SVT (n = 30)	
	T1	T2	T1	T2
	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)
SCL (hogere score = slechter)	166.2 (62.2)	149.6 (44.4)	170.3 (56.7)	140.4 (33.9)
psychoneuroticisme				
IOA-SP (hogere score = slechter)	81.0 (27.3)	77.0 (24.2)	81.9 (23.4)	70.7 (17.3)
sociale angst				
IOA-FR (hogere score = beter)	90.8 (18.7)	98.8 (18.3)	95.0 (13.3)	102.2 (15.5)
frequentie van sociale interactie				
TCS-PZ (hogere score = beter)	58.9 (11.5)	63.9 (9.5)	58.0 (7.3)	61.2 (7.7)
positief zelfbeeld				
TCS-DI (hogere score = slechter)	21.9 (5.0)	21.7 (6.7)	22.2 (5.4)	21.0 (4.0)
dichotoom denken				
UCL-PO (hogere score = beter)	14.4 (3.4)	16.0 (3.7)	15.5 (3.6)	16.7 (3.8)
probleem-oplossende coping				
UCL-DEP (hogere score = slechter)	16.3 (4.6)	15.9 (4.5)	16.4 (4.6)	14.5 (3.2)
depressieve coping				
P-POS (hogere score = slechter)	9.2 (4.4)	7.9 (4.0)	10.4 (4.1)	10.0 (4.3)
positieve symptomen				
woonsituatie				
niet-psychiatrisch	21 (75%)	22 (79%)	18 (68%)	19 (73%)
psychiatrisch	7 (25%)	6 (21%)	8 (32%)	7 (27%)
behandeling				
klinisch/dag	12 (43%)	7 (25%)	13 (50%)	10 (38%)
ambulant	16 (57%)	21 (75%)	13 (50%)	16 (62%)
dagactiviteit				
geen	2 (7%)	1 (4%)	7 (27%)	7 (27%)
psychiatrisch	12 (43%)	10 (36%)	10 (39%)	9 (35%)
niet-psychiatrisch	14 (50%)	17 (60%)	9 (34%)	10 (38%)

A = start baseline
 B = start gedragsgeoriënteerde revalidatie met activiteitenprogramma
 C = start gedragsgeoriënteerde revalidatie met geleidelijke exposure
 D = eind geleidelijke exposure

In tabel 3 staan de resultaten van de statistische analyses naar de verschillen vermeld. De verschillen tussen de meetmomenten en de onderzoekscondities op de niet-nominale variabelen zijn berekend met MANOVA's en de verschillen op woonsituatie, behandeling en dagactiviteit met Crosstabs.

Tabel 3 Verschillen tussen T1 en T2.

MANOVA's					
		sum of squares	Df	F	significantie
SCL	conditie	172.24	1	0.04	.84
psychoneuroticisme	meting	14592.39	1	17.58	.00
	conditie × meting	1181.95	1	1.42	.23
IOA-SP	conditie	200.57	1	0.21	.64
sociale angst	meting	1519.18	1	8.42	.00
	conditie × meting	347.49	1	1.92	.17
IOA-FR	conditie	356.57	1	0.78	.38
frequentie van sociale interactie	meting	1456.15	1	12.77	.00
	conditie x meting	4.62	1	0.04	.84
TCS-PZ	conditie	90.81	1	0.90	.34
positief zelfbeeld	meting	460.32	1	6.72	.01
	conditie x meting	23.80	1	0.35	.55
TCS-DI	conditie	0.63	1	0.02	.89
dichotoom denken	meting	11.97	1	0.61	.43
	conditie x meting	6.41	1	0.33	.56
UCL-PO	conditie	22.77	1	1.14	.29
probleemoplossende coping	meting	48.76	1	8.12	.00
	conditie x meting	0.98	1	0.16	.68
UCL-DEP	conditie	12.62	1	0.41	.52
depressieve coping	meting	34.88	1	6.97	.01
	conditie x meting	13.55	1	2.71	.10
P-POS	conditie	74.97	1	2.70	.10
positieve symptomen	meting	22.44	1	3.18	.08
	conditie x meting	3.23	1	0.46	.50
CROSSTABS(verschillen ZCT-SVT op T2)					
		X2	df		significantie
woonsituatie		.02	1		.87
behandeling		.59	1		.44
dagactiviteit		6.30	2		.04

A = start baseline B = start gedragsgeoriënteerde revalidatie met activiteitenprogramma C = start gedragsgeoriënteerde revalidatie met geleidelijke exposure D = eind geleidelijke exposure

Uit de ruwe scores blijkt dat in zowel de ZCT-conditie als de SVT-conditie alle variabelen na de trainingen in de gunstige richting zijn veranderd. De absolute verbeteringen lijken echter klein. Ondanks dat blijkt uit de hoofdeffecten op meting dat zowel de ZCT als de SVT een positief effect heeft op het algemeen welbevinden en de niet-psychotische klachten (SCL-90), het sociaal functioneren in termen van sociale angst (IOA-SP) en de frequentie van sociale interacties (IOA-FR), het positieve zelfbeeld (TCS-PZ) en op zowel de actieve (probleem-oplossende) als de passieve (depressieve) copingstijl (UCL-PO en UCL-DEP). Beide trainingen hebben niet geleid tot een significante verbetering op psychotische symptomen (P-POS) en dichotoom denken (TCS-DI).

Bij geen enkele variabele is er een interactie-effect. Er zijn dus geen significante verschillen gevonden tussen de effecten van beide trainingen op de afhankelijke

variabelen. ZCT en SVT doen het dus allebei even goed met betrekking tot klachten, sociaal functioneren, zelfbeeld en coping!

Bij de variabelen die gerelateerd zijn aan zorgconsumptie en maatschappelijke integratie, valt bij de ruwe data vooral een verbetering op in de behandeling. Na de trainingen krijgen de deelnemers minder vaak een klinische of dagbehandeling en vaker een ambulante behandeling. Hierbij moet in aanmerking worden genomen dat veel deelnemers de training ontvingen als onderdeel van een klinisch programma. Het ontslag uit de kliniek waar zij waren opgenomen, stond reeds voor de uitvoering van dat programma vast.

Op het tweede meetmoment zijn er geen conditieverschillen gevonden in woonsituatie en behandeling. Wat dat betreft is de situatie net zo gebleven als voor de trainingen. Op dagactiviteit blijkt wel een conditieverschil op te treden. Deelnemers die de ZCT volgden, hebben na de training vaker een niet-psychiatrische vorm van dagactiviteit dan deelnemers die de SVT volgden. Uit tabel 2 blijkt echter dat het om een zeer klein aantal gaat. In de ZCT-conditie is het aantal deelnemers dat na de training een niet-psychiatrische vorm van dagactiviteit heeft met drie toegenomen (10%), terwijl de toename in de SVT-conditie één deelnemer is (4%). Het lijkt er dus niet op dat ZCT of SVT direct invloed heeft op de maatschappelijke integratie en de zorgconsumptie in termen van woonsituatie, behandelvorm en dagactiviteiten.

Beschouwing

Wordt de uitvoering van vaardigheden bij patiënten met een psychotische stoornis belemmerd door inhoudelijke denkstoornissen? Waarschijnlijk wel. Veel patiënten hebben immers last van wanen, angsten en depressie. Leidt, zoals aan het begin van deze studie werd verondersteld, een cognitieve interventie *daarom* tot een beter resultaat dan een interventie die op het gedrag is gericht? Nee. De resultaten tonen namelijk aan dat SVT even effectief is als ZCT met betrekking tot klachten, sociaal functioneren, zelfbeeld en coping. Het trainen van vaardigheden heeft dus ook positieve gevolgen voor gevoelens en gedachten.

Wat zegt dit resultaat over het enthousiasme dat er is over cognitieve therapie bij psychotische stoornissen? Ten eerste dat het er inderdaad op lijkt dat deze therapievorm een positieve bijdrage kan leveren aan de beleving en het functioneren van patiënten met psychotische symptomen. Ten tweede dat er geen specifieke waarde aan deze therapievorm moet worden toegekend. En ten derde dat er meer onderzoek nodig is naar de effecten van cognitieve gedragstherapie bij psychotische problematiek. Daarbij zal speciaal naar langetermijneffecten moeten worden gekeken. Uit de studies die er tot nu toe zijn gedaan lijken juist die effecten indrukwekkend (Jones, Cormac, & Mota, 1998). Positieve effecten die door cognitieve therapie worden behaald, doven niet uit zoals bij veel andere psychologische interventies, maar blijven bestaan of worden tijdens de follow-up periode nog groter.

Zijn deelnemers die afhaken er altijd slechter aan toe dan de patiënten die een therapie of training afmaken? Deze opvatting wordt vaak verkondigd. In dit onderzoek blijkt echter het tegendeel. De deelnemers die afhaken zijn er voor de training met betrekking

tot symptomen niet slechter aan toe dan deelnemers die de trainingen afmaken. Wel rapporteren zij dat ze meer actief probleemoplossend met moeilijkheden omgaan en dat ze sociaal actiever zijn dan patiënten die de trainingen afmaken. Zij hadden tijdens de trainingen kennelijk sneller het idee dat de kosten voor hen niet tegen de baten opwogen en durfden ook beter 'nee' te zeggen tegen het voortzetten van deelname.

Deze bevinding zet vraagtekens bij de selectieprocedure. Ondanks helder geformuleerde inclusiecriteria lijkt het erop dat toch patiënten in het onderzoek zijn terechtgekomen waarvan vooral de verwijzer vond dat zij hulp moesten krijgen bij het proces van maatschappelijke reïntegratie.

Ten slotte roepen de resultaten de vraag op of het geven van cognitieve of vaardigheidstraining aan patiënten met een psychotische stoornis wel zo slim is. Is het niet beter om de interventie echt 'op maat' uit te voeren? Bijvoorbeeld in de vorm van een open workshop waar patiënten kunnen komen met de problemen en levensvragen die ze hebben en waar de therapeuten of trainers met verschillende technieken proberen om hen verder te helpen. Cognitieve problemen ('ik kan het wel, maar ik durf het niet') worden dan vooral cognitief, en gedragsproblemen ('ik wil wel, maar ik weet niet hoe') vooral gedragsmatig aangepakt. De patiënten komen met een bonte verzameling aan eigen onderwerpen, de trainers met een heterogeen pallet van oplossingsstrategieën. Niet de trainer of de training is dan bepalend voor de werkmethode, maar de patiënt met zijn probleem, zijn mogelijkheden en zijn wensen. Wanneer in een later stadium uit de follow-up resultaten van deze studie ook mocht blijken dat het effect van ZCT niet groter is dan dat van SVT, dan lijkt het nuttig om deze suggestie uit te voeren en om dus niet te blijven werken met methodisch vast omliggende trainingsprogramma's. Uiteraard zal ook een dergelijke opzet op z'n effectiviteit moeten worden onderzocht.

Abstract

Cognitive behavioural therapy seems to be an effective intervention to reduce symptoms and to improve functioning in psychotic patients. In this study the effect of the Self-Control-Training, a cognitive behavioural group intervention, is compared to traditional Social Skills Training. The results show that these training-methods are equally effective in reducing symptoms, and improving self-esteem and problem-oriented coping. Neither method positively affected living-situation, daily activities and medical consumption. Given the results, it is recommended to apply open-workshops to psychotic patients in which problem-solving is the goal and the means are not dictated (skills training or cognitive intervention) but tailored to the individual needs, skills and problems of the patients

Noot

- 1 Deze studie werd mogelijk gemaakt door subsidies van het Academisch Ziekenhuis Groningen en de Stichting GGZ Groningen

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth edition)*. Washington DC: APA.
- Appelo, M.T. (1996). *Draaiboek Sociale Vaardigheids Training*. Zuidlaren: GGz Groningen.
- Appelo, M.T., & Gaag, M. van der. (1998). *Cognitieve gedragstherapie bij psychosen. Praktijkreeks Gedragstherapie, deel 9*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Appelo, M.T., Gaag, M. van der, & Meer, R. van (1999). Psychologische Interventies. In R.J. van den Bosch, J.W Louwerens & C.J. Slooff (red.), *Behandelingsstrategieën bij schizofrenie* (pp. 34-45). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Arrindel, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL90. Een multidimensionale psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Birchwood, M. (1992). Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 257-342.
- Birchwood, M., & Tarrrier, M. (red.) (1992). *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services*. Chichester: Wiley and Sons.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (1987). *Handleiding Inventarisatielijst Omgaan met Anderen, IOA*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & MacMillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. Impact on psychotic symptoms & Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-607.
- Haddock, G., Morrison, A.P., Hopkins R., Lewis, S., & Tarrrier, N. (1998). Individual cognitive-behavioural interventions in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172, 101-106.
- Jones, C., Cormac, I., & Mota, J. (1998). Cognitive-behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Library: Complete Reviews*.
- Kay, S.R., Opler, L.A., & Fiszbein, A. (1986). *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Rating Manual*. New York: Albert Einstein College of Medicine.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., & Hadley, C. (1998). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington P., Freeman, D., & Hadley, C. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Rombouts, R.P., & Boer, C.A.M. den (1995). *Test voor Cognitieve Stijlen, TCS*. Academisch Ziekenhuis Groningen: Afdeling Psychiatrie.
- Schreurs, P.J.G., Van der Willige, G., Telligien, B., & Brosschot, J.F. (1988). *De Utrechtse Coping Lijst. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Tak, C., Appelo, M.T., Bosch, R.J. van den, & Wiersma, D. (2000). Dertig jaar psycho-sociale interventies bij schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 95-110.
- Wagemakers, P., Wemekamp, B., Appelo, M.T., & Tak, C. (1998). Zelfcontrole-training: een cognitief gedragstherapeutische groepstraining voor patiënten met een psychotische stoornis. *Directieve Therapie*, 18, 259-274.