



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

Motiverende gespreksvoering om therapietrouw te verbeteren bij patiënten met schizofrenie

Anton Staring, Maarten Merkx en Emile Barkhof

SAMENVATTING Therapieontrouw aan antipsychotische medicatie is een frequent voorkomend probleem bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante stoornis. Het zorgt bij hen voor een drie tot vijf maal grotere kans op terugval, opname en suïcide. Er bestaat een aantal interventies die trachten de therapietrouw bij deze doelgroep te verhogen, maar geen daarvan is eenduidig effectief gebleken. *Motiverende gespreksvoering* blijkt effectief te zijn om verslaafde patiënten tot verandering te bewegen. Hoewel de wetenschappelijke evidentie op dit gebied nog niet eenduidig is, lijkt de methodiek ook nuttig om patiënten met schizofrenie te verleiden tot betere therapietrouw. Er lopen op dit moment verschillende onderzoeken om dat uit te wijzen. In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van motiverende gespreksvoering, de aanpassingen waaraan kan worden gedacht bij patiënten met psychotische stoornissen, en aan de hand van twee casussen wordt gedemonstreerd hoe de techniek kan worden toegepast om bij deze doelgroep een betere therapietrouw te bereiken.

Inleiding

Therapietrouw wordt gedefinieerd als de mate waarin iemands gedrag overeenkomt met het medische advies dat hij heeft ontvangen (Kampman & Lehtinen, 1999). Kritiek op deze definitie is dat er een passieve gehoorzaamheid bij de patiënt lijkt te worden verwacht en dat bovendien de schuld bij de patiënt ligt wanneer de therapietrouw laag is (Bebbington, 1995). Om die reden zijn er in de Engelstalige literatuur nieuwe termen geïntroduceerd, die gezamenlijk gemaakte afspraken tussen dokter en patiënt benadrukken (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward, & David, 1998; Zweben & Zuckoff, 2002). Deze

DRS. A.B.P. STARING is als onderzoeker verbonden aan het Erasmus MC, Afdeling Psychiatrie, Rotterdam. Daarnaast werkt hij als cognitief gedrags-therapeut bij de ParnassiaBavo Groep; Regionale Ketenzorg, Rotterdam. E-mail: tonnie@backwash.org.

DRS. M. MERKX is psychotherapeut in het AMC, Amsterdam Institute for Addiction Research, Amsterdam.

DRS. E. BARKHOF werkt als psychiater in het AMC de Meren, Amsterdam.

termen zijn echter niet eenvoudig te vertalen in het Nederlands. In dit artikel handhaven we daarom de term therapietrouw, en we benadrukken daarbij dat de term 'ontrouw' niet veroordelend is bedoeld, maar slechts als beschrijving van een feitelijke situatie zonder de schuld te leggen bij de hulpverlener, patiënt of behandelvorm (McDonald, Garg, & Haynes, 2002).

Therapieontrouw aan voorgeschreven medicatie komt in het algemeen veel voor, zowel bij somatische als bij psychiatrische aandoeningen. Cramer en Rosenheck (1998) hebben een review uitgevoerd en berekenden dat mensen na het voorschrijven van medicatie voor een somatische aandoening gemiddeld 76% van de voorgeschreven pillen gebruikten. Bij antipsychotica was dit percentage lager: de patiënten gebruikten gemiddeld slechts 58% van wat voorgeschreven was (Cramer & Rosenheck, 1998). Ook Keith en Kane (2003) rapporteerden in hun review dat therapietrouw aan medicatie voor iedereen moeilijk is, bijvoorbeeld bij diabetes, hoge bloeddruk, astma en anti-conceptie, maar dat patiënten met schizofrenie er bijzonder veel problemen mee hebben. Uit verscheidene studies blijkt dat na één tot twee jaar behandeling ten minste 50% tot 75% van de patiënten op antipsychotica therapieontrouw wordt (Bebbington, 1995; Thomas, 2007; Weiden, Aquila, & Standard, 1996; Weiden et al., 1991). Een lage therapietrouw belemmert in grote mate het beoogde effect van de behandeling en het risico op terugval neemt met een factor drie tot vijf toe na het stoppen met antipsychotica (Dixon & Lehman, 1995; Fenton, Blyer, & Heinssen, 1997; Robinson et al., 2002; Uçok, Polat, Cakir, & Genc, 2006; Weiden, Kozma, Grogg, & Locklear, 2004). De consequenties van therapieontrouw bij schizofrenie behelzen verder dakloosheid, detentie, geweld en suïcide (Torrey & Zdanowicz, 2001). Het risico op suïcide bleek uit een review maar liefst 3,75 maal hoger te liggen bij patiënten met schizofrenie die niet voldoende therapietrouw zijn dan bij diegenen die dat wel zijn (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005).

Gezien de prevalentie en consequenties van therapieontrouw is het belangrijk om dit gedrag zoveel mogelijk te voorkomen en bij te sturen. Dat is echter niet eenvoudig, want het hangt samen met een veelheid van factoren, bijvoorbeeld de context: therapietrouw bij de klinisch behandelde patiënt kan veel beter door hulpverleners worden ondersteund dan bij de ambulante behandelde patiënt. De meeste patiënten gaan echter uiteindelijk met ontslag na opname, dus therapietrouw in ambulante setting heeft vooral de aandacht nodig, mede om juist te voorkomen dat patiënten weer worden opgenomen (Marcus & Olfson, 2008). Voorspellers van ontrouw zijn ook medicatiefactoren: Robinson et al. (2002) vonden dat extrapiramidale bijwerkingen de kans op het stoppen met de medicatie verhoogden, en

Lambert et al. (2004) vonden dat vooral de extrapiramidale en seksuele bijwerkingen als een last werden ervaren en reden waren om te stoppen, terwijl de sederende bijwerkingen dat niet waren. In de *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness* studie (CATIE) werd bij 1460 patiënten gekeken naar de relatie tussen het type antipsychotische medicijn enerzijds en discontinuatie anderzijds. Conclusie was dat patiënten die olanzapine gebruikten, de meeste therapietrouw aan de dag legden, ondanks dat dit medicijn de meeste metabole bijwerkingen gaf (Nasrallah, 2007). Echter, in dat deel van de CATIE-studie waar ook clozapine werd onderzocht, bleek clozapine een nog betere therapietrouw te genieten dan olanzapine (McEvoy et al., 2006; Nasrallah, 2007). De verklaring daarvoor is waarschijnlijk dat er bij clozapine geregeld bloedcontroles nodig zijn, waardoor er frequenter contact is met de patiënt en er meer controle plaatsvindt.

Verder is de toedieningsvorm van antipsychotische medicatie van belang: depot- versus pilvorm maakt het concept van therapietrouw geheel anders. Bij een depot hoeft de ambulante patiënt slechts eens per twee weken op afspraak te komen en er verder niet aan te denken. Dat kan in veel gevallen het probleem van therapieontrouw verhelpen (Kane, 2006), doch niet de gevallen waar de patiënt, om welke reden ook, zijn afspraken niet goed nakomt. Patiëntfactoren spelen namelijk ook een belangrijke rol. Uit een review bleek dat etniciteit, leeftijd, geslacht, gebrekkig ziekte-inzicht, depressieve gevoelens, weinig hoop, gevoelens van stigmatisatie, cognitieve beperkingen zoals vergeetachtigheid, verward denken en beperkte executieve functies, en ten slotte een 'toedekkende stijl van herstelling' alle voorspellend zijn voor de mate van therapieontrouw bij patiënten met een psychotische stoornis (Staring et al., 2006). De genoemde toedekkende stijl van herstelling verwijst naar een manier van omgaan met ziekte door het belang van symptomen en van de impact van een psychotische episode te minimaliseren, en door een afwezigheid van interesse in die ervaring, waardoor de ziekte niet geïntegreerd wordt in het zelfbeeld (McGlashan, Levy, & Carpenter, 1975). Kortom: de cognitieve capaciteiten van een patiënt, de manier waarop hij de psychotische symptomen beschouwt en in zijn leven geplaatst ziet, en de hoop die hij heeft voor de toekomst, spelen een rol in de mate van therapietrouw. En naast patiëntfactoren blijkt ten slotte ook de therapeutische relatie van groot belang (Weiss, Smith, Hull, Piper, & Huppert, 2002).

Gezien de complexiteit van het probleem van therapieontrouw bij patiënten met een psychotische stoornis is het niet verwonderlijk dat er verschillende strategieën zijn om het probleem aan te pakken,

afhankelijk van wat bij een bepaalde patiënt de oorzaak van therapieontrouw is. Een duidelijk voorbeeld is het overstappen op depotmedicatie wanneer een patiënt het moeilijk vindt om iedere dag aan zijn pillen te denken. Een andere voor de hand liggende strategie is het geven van psycho-educatie bij onvoldoende ziekte-inzicht of bij weinig motivatie om medicatie te gebruiken. Maar hoewel psycho-educatie haar nut heeft (Rummel-Kluge, Pitschel-Waltz, Bäuml, & Kissling, 2006), blijkt uit reviews en een meta-analyse dat het geen effect heeft op de therapietrouw (Dolder, Lacro, Leckband, & Jeste, 2003; Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007; Zygmunt, Olfson, Boyer, & Mechanic, 2002). Psycho-educatie verbetert weliswaar de kennis, maar leidt niet automatisch tot verandering in gedrag (Kemp & David, 1995). Mogelijk heeft dit ermee te maken dat veel patiënten vanwege het gebrek aan ziekte-inzicht de symptomen niet toeschrijven aan hun ziekte (Sevy, Nathanson, Visweswarajah, & Amador, 2004), dat ze met weerstand kunnen reageren wanneer er niet serieus wordt ingegaan op hun eigen verklaringen (Hofer, Amering, Windhaber, Wancater, & Eberstaller, 2001), of dat de geboden informatie niet aansluit bij persoonlijke redenen die een patiënt kan hebben om therapietrouw te zijn. Verder kunnen cognitieve problemen een beperkende rol spelen bij het opnemen en toepassen van de informatie die tijdens psycho-educatie wordt geboden (Lincoln et al., 2007).

Ons inziens kan *motiverende gespreksvoering* (Miller & Rollnick, 2002) een bijdrage leveren aan het oplossen van een deel van de hierboven geschetste problemen met therapietrouw. Het biedt namelijk handvaten voor het omgaan met weerstand, aansluiting vinden bij en werken vanuit de ideeën van de patiënt, en het legt nadruk op autonomie en keuzevrijheid. Gezamenlijke expliciete verkenning van gedragsverandering heeft mogelijk ook extra baat bij patiënten met een psychotische stoornis, aangezien zij vanwege cognitieve beperkingen vaak minder goed in staat zijn om op eigen initiatief een dergelijke overweging uitvoerig te maken (Ballack & DiClemente, 1999; Martino, Carroll, Kostas, Perkins, & Rounsaville, 2002), en omdat zij vanwege gevoelens van stigma en een lage zelfwaardering ertoe geneigd kunnen zijn om het maken van deze overweging te vermijden (Staring et al., 2006). Ten slotte past de stijl van motiverende gespreksvoering bij de besproken verschuiving van een eenzijdige definitie van therapietrouw naar een meer collaboratieve omschrijving, waarin het gezamenlijk maken van therapieafspraken wordt benadrukt. Dit gezegd hebbende, moet gesteld worden dat motiverende gespreksvoering niet voor ieder probleem met therapietrouw oplossing kan bieden. We zien het als een methode die vooral kan worden ingezet wanneer er om welke

reden dan ook geen voldoende motivatie tot therapietrouw aanwezig is bij de patiënt.

Motiverende gespreksvoering is in het afgelopen decennium een aantal keer toegepast om therapietrouw te verbeteren bij patiënten met schizofrenie of aanverwante stoornis. Een voorbeeld is *compliance therapy*, een interventie van vier tot zes sessies die bestaat uit een aangepaste vorm van motiverende gespreksvoering (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David, 1996). Een gerandomiseerde effectstudie toonde een positief effect van deze interventie op therapietrouw (Kemp et al., 1998). Nadien is er een aantal studies met een vergelijkbare interventie verricht (Gray et al., 2006; Gray, Wykes, Edmonds, Leese, & Gournay, 2004; Maneesakorn, Robson, Gournay, & Gray, 2007; O'Donnell et al., 2003), waarvan de resultaten niet eenduidig zijn. Dit zou verklaard kunnen worden doordat in een enkel geval (O'Donnell et al., 2003) een relatief stabiele ambulante groep is onderzocht die al redelijk therapietrouw was (er viel weinig te verbeteren) en doordat bij de meeste studies de uitvoering van de technieken van motiverende gespreksvoering niet goed gecontroleerd is. Het is niet eenvoudig vast te stellen, maar de 'treatment fidelity' lijkt toch een uitermate belangrijke factor om te bewaken (Allsop, 2007). Er is meer onderzoek nodig op dit gebied (Barkhof et al., 2006).

In dit artikel geven wij een beschrijving van motiverende gespreksvoering, een overzicht van de aanpassingen waaraan gedacht kan worden bij patiënten met schizofrenie en ten slotte voorbeelden van hoe het wordt toegepast bij twee patiënten bij wie gebrekkige therapietrouw een probleem is.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering (*motivational interviewing*; Miller & Rollnick, 2002) is gebaseerd op ideeën uit de motivatiepsychologie, rogeriaanse therapie en het transtheoretische model voor gedragsverandering (Prochaska & DiClemente, 1982). Het representeert een patiëntgerichte, niet-moraliserende en accepterende grondhouding. In de methode staat de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt centraal en worden de keuzes van de patiënt gerespecteerd en geaccepteerd. De methodiek is directief in die zin dat deze zich specifiek richt op verhoging van de motivatie voor verandering van bepaald gedrag en de daadwerkelijke gedragsverandering.

In oorsprong is motiverende gespreksvoering voor problematisch middelengebruik ontwikkeld. De effectiviteit op dat gebied wordt inmiddels breed door onderzoek gedragen (Brown & Miller, 1993;

Miller & Wilbourne, 2002; White et al., 2006). Daarnaast heeft motiverende gespreksvoering zijn effectiviteit bewezen op andere gebieden in de gezondheidszorg, zoals bij patiënten met eetstoornissen en bij het bevorderen van dieetmaatregelen bij diabetes mellitus (Hetteema, Steele, & Miller, 2005; Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997; Treasure et al., 1999).

Principes van motiverende gespreksvoering

De methode berust op vier basisprincipes:

1. het uitdrukken van empathie;
2. het ontwikkelen van discrepantie;
3. het meebewegen met weerstand;
4. het ondersteunen van persoonlijke effectiviteit.

Het uitdrukken van empathie is belangrijk omdat daardoor een wederzijdse sfeer van acceptatie ontstaat waarin de patiënt zich vrij voelt om zowel de voor- als nadelen van slechte en goede therapietrouw nader te bekijken, zonder dat hij zich in zijn waardigheid of autonomie aangetast voelt.

Het ontwikkelen van discrepantie richt zich op de ambivalentie van de patiënt ten aanzien van gedragsverandering. De therapeut probeert hierbij niet de patiënt te overtuigen van het belang van therapietrouw. Integendeel, de therapeut richt zich eerder op de motieven en belangen van de patiënt om niet therapietrouw te zijn. Vervolgens wordt besproken hoe het huidige therapieontrouwe gedrag van de patiënt interfereert met diens andere (langetermijn)doelen en waarden, om zo discrepantie te ontwikkelen.

Meebewegen met de weerstand betekent dat de ambivalentie geaccepteerd wordt die een patiënt heeft ten aanzien van gedragsverandering. Wanneer de patiënt weerstand toont, wordt dit gezien als een signaal dat hij worstelt met gedragsverandering. Die worsteling wordt vervolgens verder uitgediept. Weerstand kan ook betekenen dat de patiënt geen autonomie ervaart ten aanzien van het probleem. De therapeut legt de patiënt de verandering als het ware op. Vanuit de optiek van motiverende gespreksvoering wordt weerstand geaccepteerd als een normaal gegeven dat inherent is aan een veranderingsproces.

Ten slotte is het ondersteunen van persoonlijke effectiviteit cruciaal voor het verhogen van motivatie van verandering. Persoonlijke effectiviteit verwijst zowel naar het belang dat iemand hecht aan een bepaalde gedragsverandering alsmede naar het vertrouwen in eigen kunnen om die verandering ook daadwerkelijk te bewerkstelligen. Het

benadrukt onder andere dat de patiënt zélf verantwoordelijk is voor het besluit tot en de uitvoering van de gedragsverandering.

Basisvaardigheden

Miller en Rollnick (2002) onderscheiden een aantal gesprekstechnieken ofwel basisvaardigheden. De eerste vier vaardigheden zijn:

1. het stellen van open vragen;
2. reflectief luisteren;
3. positieve bekrachtiging;
4. ordenend samenvatten.

Deze vaardigheden worden gebruikt om de patiënt te helpen bij het verhelderen van zijn eigen motieven voor de instandhouding van het probleemgedrag, en om daarbij het oproepen van weerstand zoveel mogelijk te voorkomen. Met andere woorden, deze vier basistechnieken worden ingezet om probleemherkenning, probleemverkenning en probleemerkenning op een empathische en ondersteunende manier te bevorderen.

De vijfde basisvaardigheid is het uitlokken van verandertaal. Deze vaardigheid is belangrijk in het kader van het oplossen van ambivalentie ten aanzien van gedragsverandering, zodat de patiënt geholpen wordt een keuze te maken om daadwerkelijk zijn gedrag te veranderen. De eerste vier basisvaardigheden kunnen allemaal worden toegepast in het kader van deze laatste vaardigheid.

Uitlokken van verandertaal

Onder verandertaal worden uitspraken van patiënten verstaan waarin de nadelen van de huidige situatie en de voordelen van verandering worden benoemd. Daarnaast worden onder verandertaal ook uitspraken geschaard waarin de patiënt optimisme over verandering onder woorden brengt en waarin bereidheid tot verandering wordt uitgesproken.

De eenvoudigste methode om dergelijke uitspraken bij de patiënt uit te lokken is er rechtstreeks naar vragen. Voorbeelden zijn: *‘Welke zorgen maakt u zich over uw huidige situatie?’* Of: *‘Stel, u besluit te veranderen. Wat maakt dat u zichzelf in staat acht te veranderen?’*

Een andere methode is het daadwerkelijk maken van een voor- en nadelenbalans van zowel het probleemgedrag als de verandering van dat gedrag. Op deze wijze wordt op een elegante manier de ambivalentie ten aanzien van motivatie voor verandering belicht. Voorbeelden zijn: *‘Wat levert het slikken van medicatie u op?’*; *‘Welke nadelen*

ervaart u aan het slikken van medicatie?'; 'Welke nadelen van alcohol zijn u wel eens verteld?'

Een derde manier van het uitlokken van verandertaal is om, zodra de patiënt een motief voor verandering noemt, hier langer bij stil te staan en het verder uit te diepen in plaats van direct te proberen een tweede motief te zoeken. Bijvoorbeeld: *'Je zegt dat het slikken van medicatie ervoor zorgt dat je minder verward bent. Waaraan merk je precies dat je minder verward bent?'* Het geeft de patiënt de mogelijkheid om zijn eigen motief voor verandering helder te krijgen. En door langer stil te staan bij een motief wordt ook het motiverende element bekrachtigd. Deze methode noemen Miller en Rollnick (2002) 'uitweiden'.

Drie methoden voor het uitlokken van verandertaal die in elkaars verlengde liggen zijn het vragen naar extremen, terugkijken en vooruitkijken. Soms is het nuttig om de patiënt te vragen naar wat zijn zienswijze is over de extreme consequenties van het probleemgedrag. Bijvoorbeeld: *'Je vertelt net dat dik zijn je grootste nachtmerrie is. Wat is voor jou precies het allervervelendste aan dik zijn?'* Vervolgens kan de patiënt dan gevraagd worden naar de meest positieve consequentie van verandering. Bijvoorbeeld: *'Wat zou het allerbeste zijn dat kan gebeuren als het je lukt om op je streefgewicht te blijven?'*

Terugkijken heeft betrekking op de periode voordat het probleem ontstond, waarna de patiënt vervolgens gevraagd wordt om een vergelijking te maken met de huidige situatie waarin het probleem wel aanwezig is. Bijvoorbeeld: *'Vergeleken met de tijd dat het redelijk met je ging, wat is er nu allemaal veranderd?'*

Vooruitkijken heeft hetzelfde format. De patiënt wordt gevraagd om de veranderde toekomst voor ogen te halen, waarna een vergelijking gemaakt wordt met de huidige situatie. Bijvoorbeeld: *'Stel je voor dat je besluit om daadwerkelijk een ommezwaai te maken. Hoe ziet je leven er dan over vijf jaar uit?'* Als het gaat om vooruitkijken, dan kan de patiënt gevraagd worden om een realistische inschatting te geven van een onveranderde of van een veranderde toekomst. Maar het is ook denkbaar dat de patiënt gevraagd wordt wat het ergste is dat er zou kunnen gebeuren, om hem bewust te maken van de mogelijke consequenties van het probleemgedrag.

Een eenvoudige en ons inziens elegante manier om verandertaal uit te lokken is de zogenaamde meetlat. De meetlat kan op meerdere onderwerpen toegepast worden, bijvoorbeeld het zelfvertrouwen van de patiënt in eigen kunnen om de verandering te realiseren, het belang dat een patiënt hecht aan een verandering en de kans van slagen van de veranderpoging. Als we kans van slagen als voorbeeld nemen,

wordt de patiënt gevraagd om op een schaal van 0 tot 10 aan te geven hoe hoog hij de kans inschat dat zijn verandering ook daadwerkelijk lukt. Vervolgens krijgt hij de vraag voorgelegd hoe hij ervoor kan zorgen dat deze kans van slagen een punt hoger wordt. Bijvoorbeeld: *‘Op een schaal van 0 tot 10, hoe hoog schat je de kans dat het je lukt om de volgende keer op tijd op je afspraak te komen?’* De vervolgvraag kan dan luiden: *‘Wat kun jij zelf doen om de kans een punt hoger te laten worden?’*

De laatste methode die kan worden toegepast om verandertaal te ontlocken is een verkenning van doelen en waarden van de patiënt. Het idee van deze methode is om samen met de patiënt diens doelen en waarden te vergelijken met de huidige situatie. Op deze manier komt vaak mooi aan het licht hoe het huidige gedrag van de patiënt met zijn eigen doelen interfereert. Bijvoorbeeld: de patiënt gebruikt zijn medicatie niet goed, maar blijkt de door medicatie gebrachte stabiliteit nodig te hebben om via uitbreiding van zijn werkuren geld te kunnen sparen voor een drumstel.

Aanpassingen bij motiverende gespreksvoering voor patiënten met schizofrenie

Als methodiek is motiverende gespreksvoering waarschijnlijk goed toepasbaar bij patiënten met een psychotische stoornis, mits de patiënt enige mate van psychiatrische stabiliteit heeft. In geval van psychotische decompensatie zijn andere, meer crisisachtige interventies geëigend. Maar buiten de periodes van ernstige psychotische decompensatie is er bij deze doelgroep een aantal gebieden waarvoor motiverende gespreksvoering ons inziens geschikt is. Problemen met gedragsverandering zijn bijvoorbeeld vaak aanwezig bij de acceptatie van de stoornis, medicatietrouw en cannabisgebruik. Patiënten met een psychotische stoornis hebben vaak meerdere behandelperiodes achter de rug en vallen geregeld terug in oude gedragspatronen van bijvoorbeeld therapiecontrouw (Valenstein et al., 2006). Daarnaast zijn er factoren beschreven, gerelateerd aan de ziekte, die gedragsverandering bij deze patiënten extra lastig maken (Martino et al., 2002; Ballack & DiClemente, 1999). Ten eerste de negatieve symptomen die ervoor kunnen zorgen dat de patiënt weinig interne drijfveer ervaart om gedragsverandering te initiëren. Ten tweede hebben patiënten met schizofrenie vaak cognitieve beperkingen, zoals problemen met aandacht, geheugen, executieve functies en abstract denken. Dit heeft een negatieve invloed op de vaardigheid om verbanden te leggen tussen ervaringen uit het verleden, huidig gedrag en toekomstige

doelen, waardoor het moeilijk is om de voors en tegens van een bepaald gedrag af te wegen. Vergeetachtigheid en een beperkt werkgeheugen kunnen een storende rol spelen op alle processen van motiverende gespreksvoering, en verder interfereren acute psychotische symptomen en een gedesorganiseerd gedachteproces met logisch redeneren, waardoor het bekijken van verschillende realistische mogelijkheden wordt beperkt.

Motiverende gespreksvoering is goed toepasbaar, mits in de behandeling verschillende elementen ingebouwd worden die rekening houden met deze problemen. Elke bijeenkomst heeft zoveel mogelijk dezelfde structuur. Informatie (psycho-educatie) wordt regelmatig herhaald en wordt idealiter ondersteund met visueel materiaal, opdat de patiënt geholpen wordt om de informatie beter te onthouden (Kemp & David, 1995; Martino et al., 2002). De therapeut gebruikt begrijpelijke taal en vermijdt vakjargon. Tijdens een sessie kunnen pauzes ingelast worden (Martino et al., 2002). En indien een patiënt last heeft van negatieve symptomen, neemt de therapeut een actievere rol aan (Kemp & David, 1995).

Aanpassingen aan de basisvaardigheden

Door het stellen van open vragen wordt de patiënt gevraagd zijn eigen visie over verschillende probleemgebieden te verwoorden. Open vragen geven echter minder structuur aan het gesprek, terwijl structuur juist van belang kan zijn vanwege het gestoorde organisatievermogen. Dit betekent niet dat het stellen van open vragen achterwege gelaten moet worden, maar wel dat het stellen van open vragen gedoseerd dient te gebeuren (Martino et al., 2002). De open vragen worden in simpele taal gesteld, niet te veel achter elkaar, en soms is het zelfs aan te raden om twee antwoordmogelijkheden in de open vraag in te bouwen.

Reflectief luisteren is belangrijk aangezien dit tot gevolg heeft dat de patiënt merkt dat de behandelaar hem probeert te begrijpen. Het zorgt voor aansluiting en kan een handig middel zijn om met weerstandsoptmerkingen van de patiënt om te gaan. Bij deze patiëntgroep dient deze vaardigheid echter ook nog een ander doel: het kan gebruikt worden om het gesprek een duidelijke structuur te geven. Voorwaarde is dat de reflecties zich vooral richten op gezond en/of gewenst gedrag, de reflecties kort en in begrijpelijke taal gesteld worden en de patiënt ruim de tijd krijgt om na te denken over de reflecties (Martino et al., 2002). Reflecties op gevoel en gedachten die een paranoïde of psychotische inhoud hebben, worden vermeden. Dit

werkt namelijk bekrachtigend voor de incoherente inhoud en dat is niet de bedoeling.

Patiënten met psychotische stoornissen hebben vaak een lange en niet altijd positieve behandelingscarrière achter de rug. Een benadering vanuit motiverende gespreksvoering met veel positieve bekrachtiging kan vreemd overkomen. Met name als de patiënten gewend zijn om vanuit het medisch model te worden benaderd, waarbij experts met autoriteit meestal vertellen wat het beste voor hen is. De ervaring leert dan ook dat patiënten in eerste instantie verbaasd en soms zelfs afwerend reageren als ze gecomplimenteerd worden voor bijvoorbeeld hun doorzettingsvermogen. Indien de behandelaar volhoudend is in het bekrachtigen van het gewenste gedrag of pogingen daartoe, komt dat de kwaliteit van de behandelingsrelatie ten goede. Verder kunnen gevoelens van stigma een grote rol spelen bij patiënten met psychotische stoornissen (Lee, 2005) en dit kan de therapietrouw in de weg staan (Hudson et al., 2004). Om gevoelens van stigma tegen te gaan is het extra inzetten van positief bekrachtigen en persoonlijke erkenning nuttig (Martino et al., 2002).

Aanpassingen aan de strategieën

Een van de aanpassingen is het frequenter gebruikmaken van de meetlat. Met name patiënten die last hebben van negatieve symptomen en hierdoor moeite hebben met het initiëren van handelingen, hebben veel aan deze techniek omdat ze erdoor worden bewogen te praten over hun eigen vaardigheden en mogelijkheden om gedrag uit te voeren. Zeker wanneer patiënten langdurig een passieve rol hebben aangenomen en gewend zijn dat alles voor hen bepaald en gedaan wordt, kan dit een verrassende eye-opener zijn. Ook biedt het een nuttige tussenstap tot de daadwerkelijke handeling, waardoor het gemakkelijker wordt.

Een andere strategie die aanpassing behoeft is de zogenaamde voor- en nadelenbalans. Bij deze patiëntgroep wordt enkel een balans gemaakt van de voor- en nadelen van het gewenste gedrag, en liefst met gebruik van een whiteboard of ander visueel materiaal (Rusch & Corrigan, 2002; Martino et al., 2002). De ervaring leert dat het maken van zowel een voor-/nadelenbalans voor gewenst én ongewenst gedrag verwarrend werkt bij deze patiëntengroep. De patiënt presenteert de voor- en nadelen van gewenst gedrag vaak letterlijk als tegengesteld aan de na- en voordelen van ongewenst gedrag. Bijvoorbeeld: het slikken van medicatie heeft als voordeel dat patiënt geen psychotische symptomen vertoont, terwijl geen medicatiegebruik het nadeel heeft dat patiënt juist wel last heeft van deze symptomen. Hiermee

wordt het proces slechts vertraagd, waardoor het bereikte overzicht voor de patiënt weer verloren kan gaan.

Tabel 1. Aanpassingen van motiverende gespreksvoering die kunnen worden toegepast bij patiënten met een psychotische stoornis.

Techniek van motiverende gespreksvoering	Mogelijke aanpassing bij patiënten met een psychotische stoornis
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> – gedragsverandering kan gericht worden op therapietrouw – pauzes binnen de sessie inlassen – meer herhalen – tijdsbalken, metaforen e.d. gebruiken om alles behapbaar te houden – rekening houden met negatieve symptomen – als therapeut een actievere rol aannemen – meer psycho-educatie aanbieden in de sessies
Basisvaardigheden	Open vragen stellen <ul style="list-style-type: none"> – doseren van open vragen – geen complexe vragen (simpel taalgebruik en één vraag) – indien patiënt enigszins gedesorganiseerd is, open vraag met twee antwoordmogelijkheden stellen
	Reflectief luisteren <ul style="list-style-type: none"> – reflecties kort en eenduidig houden – de patiënt meer tijd gunnen om op reflecties te reageren – niet te veel reflecties geven op verontrustende levensgebeurtenissen – bij de reflecties verwarrende psychotische elementen weglaten – reflecties eveneens inzetten om logische organisatie en realiteitstoetsing binnen het gesprek te houden
	Positief bekrachtigen <ul style="list-style-type: none"> – let op verbazing en eventueel zelfs weerstand – sterk gericht op gewenst gedrag – meer en vaker doen om gestigmatiseerde gevoelens tegen te gaan
Uitlokken verandertaal	Meetlat <ul style="list-style-type: none"> – frequent gebruikmaken van de meetlat
	De voor- en nadelenbalans <ul style="list-style-type: none"> – gebruikmaken van een whiteboard of van papier, opdat de informatie overzichtelijk blijft en het werkgeheugen van de patiënt niet te veel wordt belast – losse twee-bij-één voor- en nadelenbalansen van het huidige gedrag en van de gedragsverandering in plaats van een enkele twee-bij-twee balans, waarbij zowel het niet als het wel veranderen aan bod komen
	Doelen exploreren <ul style="list-style-type: none"> – de persoonlijke doelen in concrete kleine stappen houden: niet te ver weg in de toekomst of te abstract

Wanneer persoonlijke doelen geëxploreerd worden, is het gezien mogelijke cognitieve beperkingen nuttig om deze zo concreet mogelijk te maken, in de nabije toekomst te plaatsen en in relatief kleine stappen te houden (Rusch & Corrigan, 2002).

Casus 1

Patiënt is een 28-jarige man die sinds zes jaar schizofrenie, paranoïde type heeft. Hij is in verband met een psychotische decompensatie vier keer opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij heeft na het VMBO een aantal jaren in de horeca gewerkt, maar is in de WAO terechtgekomen na de tweede psychotische decompensatie vijf jaar geleden. Sindsdien werkt hij af en toe als vrijwilliger achter de bar in een buurtcentrum. Verder heeft hij weinig bezigheden. Hij woont zelfstandig en heeft een redelijk contact met zijn ouders en een paar kennissen. Met de meeste vrienden van vroeger heeft hij het contact verloren. Hij heeft wel het idee een ziekte te hebben, maar twijfelt aan het nut van medicatiegebruik, mede omdat hij van een aantal medicijnen veel bijwerkingen heeft ervaren. Momenteel gebruikt hij risperidon, 4 mg per dag, sinds de laatste opname drie maanden geleden. Hij was toen psychotisch gede-compenseerd, nadat hij een half jaar daarvoor zijn toenmalige medicatie, olanzapine, had gestaakt omdat hij fors in gewicht was aangekomen. Tijdens het gebruik van olanzapine is het gedurende twee jaar relatief goed gegaan. Momenteel is hij redelijk gestabiliseerd en volgt hij een deeltijdprogramma. Patiënt werd verwezen naar een therapeut die in het kader van een lopend onderzoek motiverende gespreksvoering toepast, specifiek gericht op het verhogen van de therapietrouw. Het eerste contact is gebruikt om kennis te maken en stond in het teken van het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Patiënt werd op een vriendelijke, empathische manier benaderd met behulp van open vragen, reflecties en parafraseren. Er werd de tijd genomen om ideeën en gevoelens van de patiënt ten aanzien van de ziekte en behandeling te bespreken. Het doel was om vanuit deze empathische basishouding de patiënt door middel van meer directieve interventies te 'verleiden' in de gewenste richting, namelijk het bevorderen van de therapietrouw. Hier volgt een fragment uit het tweede gesprek tussen de therapeut (T) en de patiënt (P).

T: De behandeling hier in het ziekenhuis, hoe vind je dat tot nu toe gaan?

P: Ik heb last van de medicatie. Ik heb soms last van stijve benen

en voel me niet vrij in mijn hoofd. Ik denk ook niet dat ik de medicatie nu nodig heb. Toen ik opgenomen werd, was ik in de war en waren de medicijnen misschien goed, maar nu zijn de problemen weer over. Bij psycho-educatie zeggen ze dat ik de medicijnen voor langere tijd nodig heb, maar dat wil ik niet. Ik wil me gewoon lekker kunnen voelen.

T: Je hebt veel last van de bijwerkingen. Je vindt dat de medicijnen je niet helpen en dat je ze nu net zo goed niet zou kunnen nemen. Je problemen zijn over.

P: Ja, precies.

T: Je vertelt dat je je weer gewoon lekker wilt kunnen voelen. Wat is voor jou 'je gewoon lekker voelen'?

P: Nou, door de medicijnen te stoppen, dan voel ik me veel beter. En ik wil naar huis en weer aan het werk als kok. De ergotherapeut heeft voor mij een vrijwilligersplek geregeld in de keuken van de kantine in het gemeentehuis. Ze zeggen dat als dat goed gaat, ik misschien een betaald contract kan krijgen. Ik weet dat ik dat kan.

T: Het is voor jou heel belangrijk om weer naar huis te gaan en werk te vinden.

P: Ja, dat klopt, ik wil nu eindelijk weer eens een gewone baan. Ik wil niet steeds naar het buurtcentrum, dan kan ik net zo goed thuis blijven.

T: Zonder betaald contract krijg je jou de deur niet uit.

P: Ja, ik wil doen waar ik goed in ben.

T: Wat kun je allemaal zelf doen om een betaald contract te krijgen?

P: Als ik een half jaar goed presteer als vrijwilliger, krijg ik een contract.

T: Het is dus heel belangrijk voor jou dat je goed blijft presteren als je uit het ziekenhuis weg bent?

P: Jazeker, maar het gaat al goed.

T: Dat is mooi, en je hebt ook wel vertrouwen dat het goed blijft gaan als je thuis bent?

P: Ja hoor.

T: Nu is het zo dat het in het verleden thuis ook wel eens is misgegaan, zoals voor deze opname. Wat ging er precies mis?

P: Nou gewoon, ik kreeg ruzie met mijn huisbaas. Ik dacht dat hij in mijn huis kwam en mij afluisterde. Ik dacht dat hij microfoon-tjes had geplaatst. Ik was boos en helemaal over mijn toeren en heb een ruit bij hem ingegooid. Maar toen was ik in de war, normaal ben ik nooit agressief.

T: Dat was zo te horen een heel hectische en vervelende periode.

P: Ja, de politie is toen gekomen en heeft me in de boeien meege-

nomen naar het politiebureau. Toen hebben ze me van daaruit hiernaartoe gebracht.

T: Juist ja, klinkt heftig. Wat was nu het vervelendste van wat je in die periode hebt meegemaakt?

P: Toen ik door de politie uit mijn huis werd gehaald. Door de handboeien kon ik geen kant meer op. En er stonden allemaal mensen te kijken toen ik naar buiten gesleurd werd.

T: Ik zei eerder heftig, maar misschien is dat nog te zacht uitgedrukt.

P: Dat wil ik nooit meer meemaken.

T: Duidelijk, op een schaal van 0 tot 10, hoe groot schat je de kans in dat zo iets hectisch weer gebeurt?

P: Ik denk een lage kans, ongeveer een 3. Ik zorg gewoon dat het niet meer gebeurt.

T: Wat zou je kunnen doen om er een nog lagere kans van te maken, bijvoorbeeld een 2?

P: Nou gewoon, op tijd opstaan en niet te veel op de huisbaas letten.

T: Wat zou je nog meer kunnen doen in verband met je ziekte?

P: Geen cannabis gebruiken, maar dat doe ik nu toch niet.

T: Je hebt al duidelijk op een rijtje wat je allemaal kunt doen om goed te blijven presteren. Hoe zou medicatie je kunnen helpen om goed te blijven presteren?

P: Ik weet het niet. Ik heb twee jaar olanzapine gebruikt, maar daar werd ik echt dik van, dus dat wil ik niet meer.

T: In die twee jaar, hoe verward was je toen?

P: Nou, eigenlijk helemaal niet. Het ging best redelijk, maar ik werd ontzettend dik en dat wil ik absoluut niet meer.

T: Aan de éne kant werd je dik van de olanzapine, aan de andere kant zorgde het dat je minder verward was en goed bleef presteren.

P: Ja, dat klopt. Dat zegt mijn sociaal psychiatrisch verpleegkundige ook steeds, maar ik ben niet van plan medicijnen te gebruiken waar ik dik van word.

T: Snap ik, ik begrijp dat het gebruik van medicatie bij jou de hinderlijke bijwerking 'dik worden' oplevert en dit is een belangrijke reden om de medicatie te stoppen. Anderzijds vertel je dat als je in de war bent, de medicatie je wel helpt en mogelijk is het zo dat je door het gebruik van medicatie langer goed blijft presteren. En goed blijven presteren kan je wellicht in de nabije toekomst een betaalde baan als kok opleveren.

Om je te helpen een goede keuze te maken of je wel of geen medicatie blijft slikken, wil ik voorstellen om de voor- en nadelen van

het gebruik van medicatie eens samen op het bord te zetten. Hoe lijkt je dat?

P: Oké, dat is goed.

T: Laten we dan eerst even een kopje koffie gaan drinken, dan kun je ook even een sigaretje roken. Na de pauze gaan we dan de voor- en nadelenbalans van het door blijven slikken van medicatie maken.

In dit fragment wordt een aantal van bovenbeschreven aanpassingen toegepast. In het begin wordt de patiënt nadrukkelijk serieus genomen over zijn klachten en ervaren bijwerkingen. Dit wordt bewust niet weerlegd, omdat dat gemakkelijk tot een discussie kan leiden waardoor de weerstand verder kan toenemen (meebewegen met de weerstand). Vervolgens wordt de focus verlegd en worden persoonlijke doelen geëxploreerd. Hierbij wordt vooral gebruikgemaakt van reflectief luisteren, het stellen van open vragen en een enkele maal een selectieve reflectie. Het voorstel voor het opschrijven van voor- en nadelen van medicatie is een hulpmiddel om bovenstaande verder te exploreren en overzicht te creëren. Hierbij worden eerst uitgebreid de nadelen van medicatiegebruik in kaart gebracht. Vaak noemt een patiënt daarna zelf ook een paar voordelen. Het doel is daarna om samen met de patiënt een balans op te stellen – het liefst zoveel mogelijk in zijn eigen bewoordingen – om hem daarmee in de gewenste richting te leiden, namelijk die van een persoonlijke beslissing om medicatie te continueren.

Casus 2

Patiënte is een 41-jarige vrouw die sinds twintig jaar de diagnose schizofrenie, paranoïde type heeft. Daarnaast is bij haar ook ADHD, alcoholmisbruik en een borderline persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd. In het verleden is ze zeer vaak gede-compenseerd en kort- dan wel langdurend opgenomen. Ze komt de laatste tijd vaak haar recept niet op tijd halen en krijgt het dan een paar dagen of soms een week later. Er wordt getwijfeld aan haar medicatietrouw wat betreft de fluaxol en seroquel. Patiënte lijkt de laatste tijd meer in de war te raken. Om deze redenen is ze verwezen naar de therapeut die motiverende gespreksvoering uitvoert in het kader van een lopend wetenschappelijk onderzoek. Hoewel het goed is voor te stellen dat het alcoholmisbruik de focus wordt, is in het kader van het lopende onderzoek het doel van de gesprekken om de therapietrouw te verbeteren.

De therapeut kent de patiënte nog niet en wat hier volgt, is het

grootste deel van het eerste gesprek. De therapeut gebruikt vooral open vragen die gericht zijn op het uitlokken van verandertaal, en soms gesloten vragen om snel wat informatie boven tafel te krijgen. Verder worden vaak reflecties gegeven op wat de patiënte zegt, ten eerste om de patiënt uit te laten weiden op verandertaal, en ten tweede om wanneer er weerstand optreedt opnieuw aansluiting te krijgen in plaats van in discussies te belanden.

T: U werd in 1988 een keer opgenomen. Wat vindt u er nu van, dat het toen gebeurde?

P: Ja goed, want je wordt toch beter gemaakt. Het ging toen niet goed. Het huishouden ging mis. Overal troep. Dat gaat de laatste tijd trouwens ook niet zo goed meer, het huishouden.

T: Wat heeft de opname u toen opgeleverd dan?

P: Dat ik weer stabiel ben.

T: Wat bedoelt u precies met stabiel?

P: Ik voelde me weer goed in het hoofd, ik was niet meer zo bang.

T: Hoe hebben ze dat gedaan?

P: Medicijnen geven. Verzorging.

T: Dat houdt u stabiel. Medicijnen, goede verzorging.

P: Ja, dat houdt je stabiel natuurlijk.

T: Wat is er voor u het belangrijkste aan het stabiel zijn?

P: Zoals ik al zei, dan voel je je goed in je hoofd, dan ben je niet rot in je hoofd, zoals ik me net voelde. Ik voelde me net rot in mijn hoofd en ik had wat tintelingen zo in mijn gezicht.

T: En als u niet stabiel bent, wat gaat er dan allemaal mis?

P: Nou, je wordt angstig, je wordt psychotisch. Ik word achterdochtig, noem het maar op.

T: Welke dingen nog meer?

P: Nou, je voelt je net of je dood wilt ook. Soms suïcidale gedachten.

T: Stabiel zijn is belangrijk voor u omdat u zich dan goed in uw hoofd voelt, niet angstig bent, en niet psychotisch en suïcidaal bent. U kunt dan genieten.

P: Tuurlijk ja, dan doe je leuke dingen. Je gaat leuke kleren kopen.

T: En u zegt, om stabiel te blijven heb ik nodig: wat verzorging voor mezelf en medicatie.

P: Ja, pillen op tijd.

T: Hoe lukt dat?

P: Fluaxol gaat goed. Maar ik heb ook seroquel en dat neem ik nooit. En ook lorazepam en dat neem ik af en toe.

T: Waarvoor is die seroquel?

P: Voor de angsten.

T: Die neemt u nooit.

P: Nee, nu al een tijdje niet meer. Als ik geen angsten heb, ga ik ze toch niet nemen? Alleen als je angsten krijgt, neem je ze toch? Anders is het niet nodig.

T: Wat zegt uw arts daarover?

P: Die weet dat niet. Dat heb ik nooit verteld.

T: Hoe lang neemt u het al niet meer?

P: Aantal maanden. Na januari ergens, februari, maart.

T: Dus ongeveer vier maanden geleden. En bent u ineens helemaal gestopt?

P: Ja. Niks aan de hand.

T: U voelt zich hetzelfde.

P: Ja, ik voel me normaal. Je moet afbouwen, want dadelijk gebeurt er wat, zeggen ze. Nou, er is niks gebeurd.

T: Nu hoorde ik u net twee dingen zeggen die de laatste tijd minder goed gaan. De ene is dat uw huishouden minder goed gaat. En u zei me daarstraks ook: 'ik voel me rot in mijn hoofd'.

P: Ja, dat gebeurde net toen ik mijn sjekkie uitmaakte. Ineens voelde ik me rot in mijn hoofd.

T: Hoe vaak heeft u dat ongeveer?

P: Ja, regelmatig. Vrij veel. Paar keer in de week misschien.

T: Dat klinkt alsof u zich vaak rot in het hoofd voelt.

P: Jawel. Nou nee, niet altijd. Maar de laatste tijd wel. Een tijdje, een paar maanden.

T: En dat het minder goed lukt om voor uw eigen huishouden te zorgen, hoe lang is dat al?

P: Een half jaar misschien. De wc doe ik wel, maar niet alles meer. Ik kom er niet meer aan toe.

T: Waar heeft u nog meer last van de laatste tijd?

P: Achterdochtig soms een beetje een keertje. Een paar weken terug of zo. En die ventilator dingen in het rookhok – als die aan staan, dan hoor ik ook stemmen erin. Als het stil is en niemand er zit. Ook zoiets soms.

T: U wordt achterdochtig en hoort soms stemmen. Wat vindt u daarvan? Die stemmen?

P: Vervelend.

T: Hoe lang heeft u dat al?

P: Weet ik niet. Misschien een maand? Paar maanden denk ik ... is niet goed, hè?

T: Lijkt me niet fijn voor u.

P: Nee, is het ook niet.

T: Ik krijg de indruk dat u de laatste tijd wat minder stabiel bent. Wat vindt u?

P: Ja, eigenlijk hebt u wel gelijk. Ik ben onstabiel aan het worden, denk ik.

T: En we hadden daarnet gezien dat stabiel zijn voor u heel belangrijk is. Mag ik u wat vertellen over medicatie?

P: Ja.

T: Die seroquel is een antipsychoticum, net als fluanxol.

P: Ja, weet ik. Tegen angst.

T: Juist, tegen angst. En ook tegen stemmen, achterdocht en tegen in de war raken.

P: Dat wist ik niet.

T: U kijkt hiervan op. Mag ik u vertellen wat mij opvalt?

P: Nou?

T: U zegt dat u sinds een aantal maanden gestopt bent met seroquel. En ook zegt u dat u sinds een aantal maanden die achterdocht weer eens heeft gehad, stemmen heeft gehoord, het huishouden minder goed gaat, en u voelt zich een paar keer per week niet goed in uw hoofd.

P: Ja.

T: En dat is allemaal ongeveer ontstaan, nadat u gestopt was met seroquel. Zou het kunnen dat het daar iets mee te maken heeft?

P: Ja, dat is goed mogelijk. Met het stoppen van de medicatie, dat je dan de symptomen krijgt.

T: Wat betekent dat voor u?

P: Als je zo doorgaat, kun je misschien wel opgenomen worden. Dat wil ik niet.

T: Wat zou u ervan vinden om die seroquel toch weer te nemen?

P: [aarzelt]

T: Ik zie u twijfelen. Heeft dat misschien met bijwerkingen te maken?

P: Ja, het heeft wel bijwerkingen, seksueel. Geen seksuele lusten. Daarom ben ik er ook mee gestopt. Ik heb een vriend. Als je die seroquel weer gaat starten, heb je nergens geen zin meer in seks. Dat is het nadeel, vind ik heel erg.

T: Als u seroquel gebruikt, heeft u geen zin in seks. Dat is nogal een nadeel natuurlijk. Dan kan ik me voorstellen dat u wel twee keer nadenkt voordat u die seroquel gebruikt.

P: Ja tuurlijk. Dat zou je zelf ook doen dan misschien toch? Als je een vriendin hebt? Seks is toch ook een beetje belangrijk. Het is niet het meest belangrijke, maar het hoort er toch een beetje bij.

T: Aan de ene kant heeft het stoppen met seroquel als voordeel dat u weer zin heeft in seks, en dat u met uw vriend ervan kunt genieten. En als nadeel lijkt het stoppen te hebben dat het huishouden niet goed lukt, dat nare gevoel in uw hoofd, dat u weer die achterdocht heeft gehad en soms weer stemmen hoort.

P: Ja.

T: En als het zo door blijft gaan, u voelt zich steeds instabieler, dan moet u misschien wel weer worden opgenomen. Wat weegt zwaarder voor u?

P: Het is allebei niet leuk! Als je geen seks kunt hebben is niet leuk. En als je opgenomen moet worden is ook niet leuk. Het is allebei niet goed. Wat moet je dan?

T: Lijkt me verschrikkelijk lastig, deze keuze.

P: Ik wil niet die pillen slikken eigenlijk. Ik slik al genoeg pillen. Vanaf mijn 18de al. Al 23 jaar! Vind je dat niet genoeg? Is wel een beetje veel, hè?

T: U vindt eigenlijk dat dat niet moet kunnen.

P: Ja. Ik houd helemaal niet van pillen slikken! Het is ook moeilijk. Ik slik de fluanxol niet regelmatig en ik vergeet ze vaak.

T: Hoe vaak vergeet u ze?

P: Paar keer in de week. Twee tot drie keer. Dat gaat ook al wat maanden niet goed.

T: Daar zou het ook mee te maken kunnen hebben, dat u minder stabiel bent de laatste tijd.

P: Ja, tuurlijk.

T: Als u die fluanxol iedere dag zou nemen, zou u dan ook geen seks meer kunnen hebben?

P: Een beetje minder misschien. Niet zo erg als bij seroquel.

T: Stel het lukt u om de fluanxol iedere dag te nemen, wat zou daar het voordeel van kunnen zijn?

P: Misschien wat positiefs voor de stemmen.

T: Mooi, maar hoe komt het dat u de fluanxol wel eens vergeet?

P: Ik denk er dan niet aan. Ik moet ze klaarleggen 's avonds, anders vergeet ik ze 's ochtends vroeg.

T: Maar dat doet u niet iedere avond?

P: De laatste paar dagen wel. Toen kwam ik ineens op het idee: ik zal ze maar neerleggen voor de volgende dag. Dan vergeet ik ze niet 's morgens.

T: Dat probeert u sinds een paar dagen. Hoe gaat dat?

P: Ja, gaat goed. Vanmorgen ook genomen.

T: Dat lijkt me heel goed. Vind ik heel knap van u. U heeft zelf iets bedacht om eraan te doen dat u ze vaak vergeet, en u doet het vervolgens ook.

P: Ja, inderdaad. Ik probeer me eraan te houden.

T: Misschien, als u de fluanxol iedere dag inneemt, en u houdt dat een tijd goed vol, dat het dan weer beter met u gaat. Dat dan blijkt dat die seroquel niet nodig is. Als dan de stemmen weer weg zijn...

P: Dat het alleen aan de fluanxol ligt, bedoel je?

T: Ik weet het niet zeker, maar u zou het kunnen proberen. Misschien als u anderhalve maand lang het telkens op tijd neemt, dan gaat het misschien wel een stuk beter.

P: Ja, wie weet.

T: Wat zou u willen?

P: Misschien wil ik het wel proberen... Maar of ik het zal onthouden...?

T: Het lijkt erop dat u twijfelt of het u wel gaat lukken.

P: Ja, dat klopt wel. Om het voor elkaar te krijgen.

T: Op een schaal van 0 tot 10, hoe groot schat u de kans in dat het u gaat lukken?

P: Nou, een 5 misschien.

T: Wat heeft u ervoor nodig om daar een 6 of 7 van te maken?

P: Steun van iemand. Die helpt met het zeggen wanneer ik de fluaxol moet nemen. Misschien wil mijn vriend helpen.

T: Dat is een goed idee. Wanneer wilt u dat aan hem vragen?

P: Vanavond.

T: En wat zou u nog meer kunnen doen om het gemakkelijker te maken?

P: Ik weet niet. Misschien de pillen bij het koffiezetapparaat leggen, want ik drink iedere dag koffie.

T: Dat lijkt me een heel goed idee.

Besluit

In dit artikel hebben wij willen demonstreren dat een aangepaste vorm van motiverende gespreksvoering een nuttig middel kan zijn voor het bevorderen van de therapietrouw bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante stoornis. Daarbij hebben we de nadruk gelegd op hoe dat in zijn werk gaat, zodat de inhoud en mechanismen ervan voor de lezer helder worden. We hebben motiverende gespreksvoering hier vooral gepresenteerd als een aparte interventie, maar we kunnen ons even goed voorstellen dat de technieken en houding voorafgaan aan of worden verweven met andere vormen van behandeling. Lezers die de methode uitgebreider willen bestuderen, raden we het boek *Motiverende Gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering* van Miller en Rollnick (2002) aan. Er bestaan ook trainingen om de houding en vaardigheden beter onder de knie te krijgen. Wanneer de methodiek vervolgens wordt toegepast bij patiënten met een psychotische stoornis, adviseren we om gebruik te maken van de aanpassingen die in tabel 1 van dit artikel staan gepresenteerd.

Het dient te worden opgemerkt dat deelt technieken van motiverende gespreksvoering niet bijzonder nieuw zijn en soms sterk lijken op

reeds bestaande technieken. De gesprekshouding komt bijvoorbeeld deels overeen met de judotechnieken uit de directieve therapie, waarbij niet aan patiënten wordt getrokken om ze tot verandering te bewegen en waarbij de therapeut zelf geen al te hoopvolle conclusies trekt en adviezen geeft, maar eerder somberheid over verandering uit en de moeilijkheden benadrukt (Lange, 1976). Ook komt de houding deels overeen met socratisch motiveren, waarbij op een onderzoekende en respectvolle wijze de motieven van de patiënt worden verduidelijkt en uitgesproken, zonder dat de therapeut zich overgeeft aan 'bekeringsdrang' (Appelo, 2007). De specifieke meetlattechniek heeft overeenkomsten met kansinschattingen die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast heeft motiverende gespreksvoering, zoals het hier wordt toegepast op therapietrouw bij schizofrenie, overeenkomsten met een nieuwe cognitief-gedragstherapeutische module die Weiden en Turkington aan het ontwikkelen zijn. Deze module richt zich speciaal op het verhogen van therapietrouw en wordt momenteel in Amerika uitgeprobeerd (Weiden et al., 2007). Een overeenkomst is bijvoorbeeld het uitgaan van de ideeën en motieven van de patiënt en niet van de kennis van de therapeut. Een duidelijk verschil is het gericht vragen en reflecteren om verandertaal bij de patiënt te ontlocken, wat een centrale vaardigheid is binnen motiverende gespreksvoering.

Er bestaat er op dit moment geen eenduidige evidentie voor de effectiviteit van motiverende gespreksvoering ter bevordering van therapietrouw bij patiënten met schizofrenie. Zowel de eerste als de derde auteur van dit artikel zijn bezig met de uitvoer van een gerandomiseerde effectstudie om dit nader te onderzoeken en hopen hier op termijn meer onderbouwing voor te kunnen geven.

ABSTRACT Non-adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia and related psychotic disorders is a frequently observed problem. Within this group of patients, non-adherence is associated with three to five times higher rates in relapse, admission and suicide. Several therapeutic interventions have been tried to improve medication adherence, but so far none has shown a robust effect. *Motivational interviewing* has proven its effectiveness in changing addictive behaviour. This method also appears to be useful to improve medication adherence in schizophrenic patients. So far however, research has not yet provided unambiguous support for this, and more research in this topic is conducted at present. This article presents an overview on motivational interviewing, adaptations that may be useful for patients with psychotic disorders, and concludes

with two case examples on how motivational interviewing can be used to increase medication compliance within this group of patients.

Referenties

- Allsop, S. (2007). What is this thing called motivational interviewing? *Addiction*, 102, 343-345.
- Appelo, M. (2007). *Socratisch Motiveren*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ballack, A.S. & DiClemente, C.C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 75-80.
- Barkhof, E., De Haan, L., Meijer, C.J., Fouwels, A.J., Keet, I.P.M., Hulstijn, K.P., Schippers, G.M., & Linszen, D.H. (2006). Motivational interviewing in psychotic disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 2, 207-213.
- Bebbington, P.E. (1995). The content and context of compliance. *International Clinical Psychopharmacology*, 9, 41-50.
- Brown, J.M. & Miller, W.R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcomes in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 211-218.
- Cramer, J.S. & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimes for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49, 196-201.
- Dixon, L.B. & Lehman, A.F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631-643.
- Dolder, C.R., Lacro, J.P., Leckband, S., & Jeste, D.V. (2003). Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23, 389-399.
- Fenton, W.S., Blyer, C., & Heinssen, R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 637-651.
- Gray, R., Wykes, T., Edmonds, M., Leese, M., & Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 185, 157-162.
- Gray, R., Leese, M., Bindman J., Becker T., Burti, L., David, A., Gournay K., Kikkert, M., Koeter, M., Puschner, B., Schene, A., Thornicroft, G., & Tansella, M. (2006) Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 508-514.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J.J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 87, 9-28.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Hofer, E., Amering, M., Windhaber, J., Wancater, M., & Eberstaller, M. (2001). Does psychoeducation change the concept of illness of schizophrenic patients. *Psychiatr Prax*, 28, 287-291.

- Hudson, T.J., Owen, R.R., Thrush, C.R., Han, X., Pyne, J.M., Thapa, P., & Sullivan, G. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 211-216.
- Kampman, O. & Lehtinen, K. (1999). Compliance in psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 100*, 167-175.
- Kane, J.M. (2006). Utilization of long-acting antipsychotic medication in patient care. *CNS Spectrums, 11*(12 Suppl 14), 1-7.
- Keith, S.J. & Kane, J.M. (2003). Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(11), 1308-1315.
- Kemp, R.A. & David, A.S. (1995). Insight and adherence to treatment in psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry, 54*, 222-227.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal, 213*, 345-349.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy: 18 month follow-up. *British Journal of Psychiatry, 172*, 413-419.
- Lange, A. (1976). Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 2*(5), 179-194.
- Lambert, M., Conus, P., Eide, P., Mass, R., Karow, A., Moritz, S., Golks, D., & Naber, D. (2004). Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *European Psychiatry, 19*(7), 415-422.
- Lee, S. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry, 186*, 153-157.
- Lincoln, T.M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 96*, 232-245.
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K., & Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1302-1312.
- Marcus, S.C. & Olfson, M. (2008). Outpatient Antipsychotic Treatment and Inpatient Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 34*, 173-180.
- Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J., & Rounsaville, B. (2002). Dual diagnosis motivational interviewing: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*, 297-308.
- McDonald, H.P., Garg, A.X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. *JAMA, 288*, 2868-2879.
- McEvoy, J.P., Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Davis, S.M., Meltzer, H.Y., Rosenheck, R.A., Swartz, M.S., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, C.E., Severe, J., & Hsiao, J.K. (2006). Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia

- who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 563-565.
- McGlashan, T.H., Levy, S.T., & Carpenter, W.D. (1975). Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing; preparing people for change*. New York, London: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Nasrallah, H.A. (2007). The roles of efficacy, safety, and tolerability in antipsychotic effectiveness: practical implications of the CATIE schizophrenia trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl 1), 5-11.
- O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., et al. (2003). Compliance Therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*, 327, 834-836.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Robinson, D.G., Woerner, M.G., Alvir, J.M.J., Bilder, R.M., Hinrichsen, G.A., & Lieberman, J.A. (2002). Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 57, 209-219.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Waltz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psycho-education in schizophrenia – results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 765-775.
- Rusch, N. & Corrigan, P.W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 23-32.
- Sevy, S., Nathanson, K., Visweswaraiyah, H., & Amador, X. (2004). The relation between insight and symptoms in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 16-19.
- Smith, D.E., Heckemeyer, C.M., Kratt, P.P., & Mason, D.A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot study. *Diabetes Care*, 20, 52-54.
- Staring, A.B.P., Mulder, C.L., Van der Gaag, M., Seltén, J.P., Loonen, A.J.M., & Hengeveld, M.W. (2006). Understanding and improving treatment adherence in patients with psychotic disorders; a review and a proposed intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 2, 487-494.
- Thomas, P. (2007). The stable patient with schizophrenia--from antipsychotic effectiveness to adherence. *Eur Neuropsychopharmacol*, 17(Suppl 2), 115-122.
- Torrey, E.F. & Zdanowicz, M. (2001). Outpatient commitment: what, why and for whom. *Psychiatric Services*, 52, 337-341.

- Treasure, J.L., Katzman, M., Schmidt U., Troop, N. Todd, G., & Silva, P. da (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 405-418.
- Ucok, A., Polat, A., Cakir, S., & Genc, A. (2006). One year outcome in first episode schizophrenia; predictors of relapse. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 37-43.
- Valenstein, M., Ganoczy, D., McCarthy, J.F., Myra Kim, H., Lee, T.A., & Blow, F.C. (2006). Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1542-1550.
- Weiden, P., Aquila, R., & Standard, J. (1996). Atypical antipsychotic drugs and long-term outcome in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl. 11), 53-60.
- Weiden, P., Burkholder, P., Schooler, N., Weedon, J., Uzenoff, S., & Turkington, D. (2007). Improving Antipsychotic Adherence in Schizophrenia: A Randomized Pilot Study of a Brief CBT Intervention. *Program and abstracts of the 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 19-24, 2007; San Diego, California*. Abstract NR803.
- Weiden, P., Dixon, L., Frances, A., Appelbaum, P., Haas, G., & Rapkin, B. (1991). Neuroleptic noncompliance in schizophrenia. In: C.A. Tamminga & S.C. Schulz (red.). *Advances in neuropsychiatry and psychopharmacology: Schizophrenia Research* (pp. 286-296). New York: Raven Press.
- Weiden, P.J., Kozma, C., Grogg, A., & Locklear, J. (2004). Partial compliance and risk of rehospitalization among California medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55, 886-891.
- Weiss, K.A., Smith, T.E., Hull, J.W., Piper, A.C., & Huppert, J.D. (2002). Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 341-349.
- White, H.R., Morgan, T.J., Pugh, L.A., Celinska, K., Labouvie, E.W., & Pandina, R.J. (2006). Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 309-317.
- Zweben, A. & Zuckoff, A. (2002). Motivational Interviewing and Treatment Adherence. In: W.R. Miller & S. Rollnick (red.). *Motivational Interviewing: preparing people for change* (pp. 299-319). New York, London: The Guilford Press.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C.A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1653-1664.