



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

Cognitieve gedragstherapie voor patiënten met postpsychotische demoralisatie

Anton Staring en Neeke van den Berg

SAMENVATTING In dit artikel wordt geschetst hoe postpsychotische demoralisatie en zelfstigmatisatie bij patiënten met schizofrenie te behandelen. Dit wordt geplaatst in de context van een cognitief model van demoralisatie. Hierbij ligt de nadruk op overdreven negatieve verwachtingen omtrent de eigen capaciteiten en sociale acceptatie. Deze verwachtingen vinden hun basis in de verliezen en cognitieve achteruitgang die patiënten hebben ondergaan, maar zijn desalniettemin vaak onrealistisch en werken vermijding en inactiviteit in de hand. Twee patiënten worden beschreven. Beiden hebben ziektebesef en ziekte-inzicht, maar zitten vast in een toestand van demoralisatie met zelfstigmatiserende ideeën. Bij beide patiënten werd vooruitgang geboekt door creatief cognitief-gedragstherapeutische technieken toe te passen. Het doel was niet herstel tot hun oorspronkelijk niveau van functioneren, maar om ze te helpen bij het doorbreken van isolatie en inactiviteit.

Inleiding

Patiënten met schizofrenie lijden onder psychosen, die vaak bestaan uit hallucinaties en/of wanen. Naast antipsychotische medicatie kan ook cognitieve gedragstherapie behulpzaam zijn. De eerste beschrijving van een succesvolle psychotherapeutische behandeling van een paranoïde waan bestond uit een systematische, graduele realiteitstoetsing en komt van de grondlegger van de cognitieve therapie zelf (Beck, 1952). In Engeland ging in de jaren 80 van de vorige eeuw de ontwikkeling verder met cognitieve modellen van psychosen en de behandeling ervan (Garety & Freeman, 1999; Kingdon & Turkington, 2006). Daarbij werd gebruikgemaakt van bestaande cognitief-gedragstherapeutische interventies voor angststoornissen. Hier was

DR. A.B.P. STARING is GZ-psycholoog, cognitief gedragstherapeut VGcT bij Bavo-Europoort, Ambulante Behandeling, Rotterdam. E-mail: tonnie@backwash.org.

N. VAN DEN BERG is psycholoog in opleiding bij Bavo-Europoort; Ambulante Behandeling, Rotterdam.

creativiteit voor nodig; er moest bijvoorbeeld gewerkt worden met de gedachten van een patiënt over stemmen die anderen niet konden horen.

Er is nu een aanzienlijke hoeveelheid bewijs dat cognitieve gedragstherapie effectief is voor psychotische stoornissen. Meta-analyses van gerandomiseerde effectstudies laten een middelmatig effect zien op psychotische symptomen: effect-sizes van rond de .40 tot .50 (Pfammatter, Junghan, & Brenner, 2006; Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier, 2008; Zimmermann, Favrod, Trieu, & Pomini, 2005). Het is dus bijna net zo effectief als de tweedegeneratie antipsychotische medicatie, waarvan het effect op primaire symptomen in vergelijking met placebo rond de .51 ligt (Leucht, Arbter, Engel, Kissling, & Davis, 2009). Het lijkt er ook op dat de effecten van cognitieve gedragstherapie en medicatie via verschillende mechanismen werken en aanvullend op elkaar effect kunnen hebben (Leucht et al., 2009). Medicatie verandert het sailante van percepties (Kapur, 2003), terwijl cognitieve structuren over bijvoorbeeld waanopvattingen vaak intact blijven (Mizrahi et al., 2006). Cognitieve gedragstherapie is daarom nuttig om persisterende symptomen te behandelen wanneer antipsychotische medicatie niet voldoende effect heeft. De effecten van cognitieve gedragstherapie blijven bovendien behouden na het afronden van de behandeling (Gould, Mueser, Bolton, Mays, & Goff, 2001).

In de afgelopen jaren heeft cognitieve gedragstherapie steeds meer haar intrede gedaan in de reguliere behandeling van psychosen in Nederland. Vaak is het echter zo, dat patiënten nadat een psychose succesvol bij hen behandeld is, nog steeds gebukt gaan onder problemen, waarvoor cognitieve gedragstherapie minder wordt toegepast. Zelfstigmatisatie en demoralisatie zijn aan de orde van de dag voor veel patiënten met schizofrenie.

Ziekte-inzicht en zelfstigmatisatie

Ziekte-inzicht gaat bij patiënten met schizofrenie vaak samen met minder symptomen, beter psychosociaal functioneren en hogere therapietrouw aan antipsychotische medicatie (Lysaker, Bryson, & Bell, 2002; Mohamed et al., 2009). Over het algemeen wordt goed inzicht in de psychotische stoornis als wenselijk gezien voor de behandeling en de prognose. Echter, veel patiënten ondervinden niet alleen baat van het besef dat ze een psychotische stoornis hebben. Inzicht in de stoornis kan leiden tot depressieve gevoelens, hopeloosheid, een laag zelfbeeld en verminderde kwaliteit van leven (Karow & Pajonk, 2006; Mohamed et al., 2009). Gelukkig is dat niet noodzakelijk het geval; er is aangetoond dat deze negatieve consequenties van inzicht

zich vooral voordoen wanneer patiënten ook veel stigmatiserende ideeën omtrent de stoornis hebben (Lysaker, Roe, & Yanos, 2006; Staring, Van der Gaag, Van den Berge, Duivenvoorden, & Mulder, 2009). Een voorbeeld daarvan is wanneer iemand denkt dat schizofrenie betekent dat hij nooit meer werk en/of een partner krijgt, dat hij minderwaardig is, en dat anderen dat ook zo zien.

Dergelijke zelfstigmatisatie komt helaas meestal niet uit de lucht vallen en vindt zijn oorsprong in de ervaringen en verliezen die de patiënt heeft meegemaakt voor en tijdens de psychose. Ook geloven hulpverleners helaas vaak in dit soort stigmatiserende ideeën. Ze denken bijvoorbeeld dat schizofrenie nooit kan overgaan, dat de negatieve symptomen altijd blijven bestaan, en dat werk in loondienst te veel stress oplevert. Hierdoor hebben hulpverleners weinig hoop dat patiënten beter worden. Dit beïnvloedt hun houding en slaat mogelijk over op de patiënten. Die gaan het dan zelf ook geloven en raken gedemoraliseerd.

Een cognitief model van demoralisatie

In het leven van de meeste patiënten hebben zich meervoudige mislukkingen voorgedaan, bijvoorbeeld op school, in hun werk en in hun sociale relaties. Een oorzaak is aan de ene kant de psychose en aan de andere kant een verminderd cognitief functioneren, wat zich uit in problemen met concentratie, geheugen, informatieverwerking, planning, organisatie en probleemoplossend vermogen. Patiënten die de verliezen niet goed verwerken, kunnen gedemoraliseerd raken. De term 'demoralisatie' wordt onder andere gebruikt in de palliatieve zorg en staat voor hopeloosheid, hulpeloosheid en verlies van betekenis en toekomstperspectief (Kissane, Clarke, & Street, 2001). Subjectieve incompetentie is hierbij een belangrijk criterium (Cockram, Doros, & De Figueiredo, 2009). Gedemoraliseerde patiënten stijgen niet boven de geleden verliezen uit. Ze blijven piekeren, worden inactief en er ontstaat geen nieuw aangepast toekomstperspectief. Ze kunnen blijven hangen in lage verwachtingen omtrent bijvoorbeeld hun *cognitieve competenties*: 'ik kan me niet concentreren' of 'ik kan niets onthouden'. Omtrent hun *handelingscompetenties*: 'het lukt me toch niet' of 'als ik probeer te gaan werken, krijg ik een terugval en word ik ontslagen'. En hun *gevoelscompetenties*: 'ik ben afgevlakt' of 'ik kan nergens meer van genieten'.

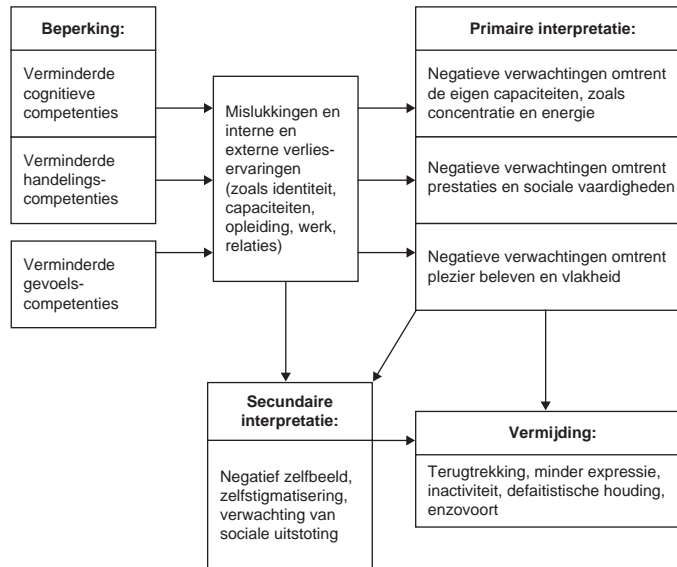
Dergelijke gedachten zijn vaak overdreven en onjuist. Er zijn bijvoorbeeld geen aanwijzingen dat patiënten met schizofrenie verminderd in staat zijn om plezier te beleven tijdens een activiteit, maar wel dat ze lage verwachtingen hebben omtrent het plezier dat ze ergens

aan zullen beleven (Gard, Kring, Gard, Horan, & Green, 2007). Ook zijn er aanwijzingen dat inactief gedrag, weinig communicatie, sociale terugtrekking en verminderde expressie niet direct de gevolgen zijn van aanwezige cognitieve beperkingen, maar ontstaan door disfunctionele gedachten over die beperkingen (Granholm, Ben-Zeev, & Link, 2009; Grant & Beck, 2009; Rector, 2004). Negatieve gedachten en overdreven lage verwachtingen omtrent de interne verliezen van schizofrenie leiden tot verschillende soorten vermijding. Patiënten gaan minder doen vanwege het idee dat ze het niet aankunnen en dat het mislukt. Inactiviteit beschermt een patiënt voor de verwachte pijn en teleurstelling, maar hierdoor ziet hij zijn foutieve opvattingen ook niet weerlegd.

Door de disfunctionele gedachten omtrent het eigen functioneren (wat betreft het cognitieve apparaat, handelingen en gevoelens) ontstaat op schaniveau, mede door het ervaren van stigma, vaak een negatief zelfbeeld: 'ik ben een mislukkeling', 'ik ben beschadigd en anders dan anderen', of 'ik ben niet geschikt voor een relatie, want ik heb schizofrenie'. Ook kan het leiden tot verwachting van uitstoting: 'als ik mijn gevoelens uit, zal ik gekwetst worden', 'het is beter om mezelf niet uit te drukken, want dan vinden ze me gek' of 'iedereen kan zien dat ik gek ben'. Ook deze gedachten leiden tot vermijdingsgedrag, zoals verminderde expressie, sociale terugtrekking en een defaitistische houding. Met defaitisme wordt een verslagen houding bedoeld die zich kenmerkt door ideeën als: 'het is moeilijk om gelukkig te zijn, tenzij je mooi bent, intelligent, rijk en creatief' of 'als je iets niet goed kan, dan heeft proberen geen zin' of 'zelfs een klein risico nemen is stom, want als het misgaat wordt het waarschijnlijk een ramp' (Grant & Beck, 2009). Met dit soort gedachten houdt de patiënt zichzelf voor ogen dat constructieve activiteit toch geen zin heeft. Het is dus een houding van vermijding (zie figuur 1).

Casus Karin

Karin is een 30-jarige vrouw met schizofrenie, paranoïde type. Ze is twee keer opgenomen geweest en woont sinds de laatste opname bij haar ouders thuis. De psychosen bestonden uit hallucinaties en desorganisatie. Karin heeft dankzij medicatiegebruik op dit moment geen last meer van psychotische klachten. Hoewel ze na de eerste opname twijfels had over de diagnose en snel met behandeling wilde stoppen, is ze nu eens met haar behandelend arts. Ze erkent dat ze een psychotische stoornis heeft en gebruikt trouw de antipsychotische medicatie om terugval te voorkomen.



Figuur 1. Een cognitief model van demoralisatie bij schizofrenie.

Bron: Staring & Van der Gaag, 2010.

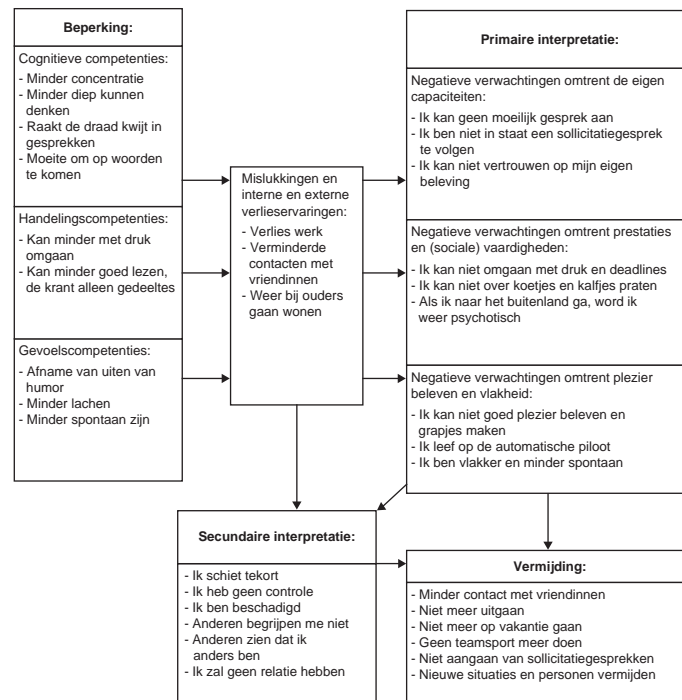
Haar werkcontract dat afliep tijdens haar tweede opname, is niet verlengd. Graag zou ze weer werken, maar ze denkt dat ze momenteel niet goed kan functioneren. Daarom durft ze het nog niet aan. Ze wil eerst een cognitieve training volgen om zich beter te leren concentreren en dingen te kunnen onthouden. In het contact komt ze somber over en ze raakt gespannen wanneer er over toekomstig werk wordt gesproken.

Er is een onderzoek uitgevoerd naar het intelligentieniveau en de cognitieve capaciteiten van Karin. Ze bleek op intelligentieniveau gemiddeld te scoren. Ook kwam enige vertraging in de informatieverwerking naar voren, waardoor verscheidene cognitieve maten lager uitvielen. Het behaalde niveau was lager dan op basis van haar opleiding kon worden verwacht, maar niet zeer laag. Er waren dus geen cognitieve obstakels om een bepaald aantal uren te kunnen werken.

Ondanks dit cognitieve onderzoek was Karin er niet van overtuigd dat ze op dit moment in staat was om te werken. Als antwoord op Karins vraag omtrent een cognitieve training, werd haar verteld dat er nog geen training bestaat waarvan is bewezen dat die goed helpt bij de cognitieve beperkingen die mensen met schizofrenie ervaren (NICE, 2009). Het lukt wel om bepaalde taken te trainen, maar dit

generaliseert niet naar algemeen cognitief functioneren. Karin was hierover teleurgesteld. Na enig overleg was ze wel bereid om verder te kijken naar haar lage verwachtingen omtrent het eigen functioneren en samen te onderzoeken of deze klopten. We zouden ondertussen contact houden met een jobcoach. Die zou met haar een werktraject starten op het moment dat Karin hier klaar voor was.

Karin is volgens het assessment-model van Staring en Van der Gaag (2010) geïnterviewd en in figuur 2 staat de conceptualisatie van haar demoralisatie samengevat.



Figuur 2. Het cognitieve model van de demoralisatie bij Karin.

Psycho-educatie en doelen vaststellen

Er werd uitleg gegeven over rouw omtrent de verliezen die met psychosen gepaard kunnen gaan. Karin herkende duidelijk de emoties die bij de verschillende fasen staan genoemd. Daarna is aan de hand van haar conceptualisatie besproken dat ze misschien gedemoraliseerd is geraakt en klem zit ten gevolge van negatieve verwachtingen over

zichzelf. Hierbij werd alvast aangestipt dat die verwachtingen niet altijd waar hoeven te zijn. Het is bijvoorbeeld uit wetenschappelijk onderzoek bekend dat, hoewel het soms vooraf moeilijk kan zijn om je voor te stellen dat je ergens plezier aan zult beleven, er geen aanwijzingen bestaan dat je daar werkelijk minder toe in staat zal zijn als je het uiteindelijk toch doet. Dit werd aan Karin uitgelegd.

Met Karin werd overeengekomen dat de behandeling zich erop zou gaan richten om haar gedachten over dit soort zaken te onderzoeken, en om haar uiteindelijk verder te helpen in de voor haar belangrijke doelen. Die bleken voor Karin te zijn:

- werk vinden;
- het contact herstellen met oude vriendinnen;
- meer humor hebben en grapjes kunnen maken;
- nieuwe mensen leren kennen;
- weer op wintersport gaan.

Activiteitenregistratie

Karin kreeg de opdracht om haar activiteiten te registreren. Daarbij moest ze per activiteit op een schaal van 0-4 aangeven hoeveel plezier ze ervan ervoer (*plezierscore*) en hoe goed ze die activiteit volgens haarzelf had uitgevoerd (*competentiescore*). Deze registraties werden iedere sessie met haar doorgenomen om waar mogelijk haar ideeën over capaciteiten en het vermogen om plezier te beleven te corrigeren. Ook werd deze registratie gecombineerd met latere strategieën waarin Karin nieuwe activiteiten ging uitproberen.

Negatieve verwachtingen omtrent aandacht en geheugen

Gedragsexperiment

Uit de registratieopdracht bleek dat Karin, hoewel ze nauwelijks buiten kwam en vrijwel alles alleen deed, soms vijf uur per dag besteedde aan activiteiten die aandacht en concentratie eisen, zoals puzzelen en de krant lezen. Dit werd teruggekoppeld om haar negatieve opvatting omtrent de eigen concentratie te nuanceren. Ook kwamen de therapeut en Karin tot een idee hoe ze de negatieve ideeën over haar geheugen konden onderzoeken in een gedragsexperiment. Er werd afgesproken dat Karin voor de volgende sessie de krant volledig zou lezen. In die sessie werd dan een quiz over de inhoud van de krant gedaan om te zien of haar verwachtingen omtrent haar geheugen klopten.

Tijdens de volgende sessie had Karin inderdaad de krant gelezen en

meegenomen. Ze gaf van tevoren aan dat ze verwachtte zo'n 50% van de vragen goed te zullen beantwoorden, en ze vermoedde dat die score vroeger rond de 80% lag.

De quiz werd uitgevoerd: van de 11 vragen had Karin er 10 goed, wat neerkomt op 91%. Ze kon gedetailleerd opnoemen wat ze die ochtend had gelezen. Dit verbaasde haar en toen hierover werd gereflecteerd, kwam ze tot de conclusie dat haar aandacht en geheugen voldoende goed werkten. Ze had zichzelf onrealistisch laag ingeschat.

Negatieve verwachtingen omtrent concentratie en snelheid

Karin laat weten dat ze inmiddels denkt dat haar geheugen in orde is. Ze kan de krant lezen, en wat ze leest kan ze wel onthouden. Ze geeft echter ook aan dat het lezen traag gaat en dat het te veel tijd kost. Ze is bang dat dit een groot obstakel zal zijn bij mogelijk werk.

Gedragsexperiment

Om haar idee omtrent snelheid van informatieverwerking te toetsen, ging de therapeut op zoek naar een spel dat daar gebruik van maakt. Het spel SET leek geschikt. Hierbij spelen verscheidene mensen tegen elkaar, en gaat het erom om zo snel mogelijk vrij complexe informatie te overzien (een aantal kaarten met bepaalde kenmerken die je op verschillende manieren moet combineren) om sets te maken. Diegene die de meeste sets behaalt, wint. Het spel doet een beroep op concentratie, snelheid van informatieverwerking, perceptuele organisatie, werkgeheugen en reactiesnelheid.

Twee behandelaren speelden samen met Karin SET tijdens de sessie, als gedragsexperiment om haar verwachtingen te toetsen. Karin verwachtte dat ze misschien drie sets zou kunnen behalen. Aan het einde van het spel had ze twee sets behaald en ze gaf aan dat het haar moeite kostte om zich op het spel te concentreren. Ze kon de regels wel toepassen, maar het denken ging traag. De therapeut kwam tot de conclusie dat Karin op dit gebied haar capaciteiten goed had ingeschat. Ook kon de therapeut Karin motiveren om thuis met haar moeder iedere dag het spel SET te oefenen. Daarmee kon worden getoetst of Karin vooruitgang kan boeken wanneer ze zichzelf in een bepaalde taak traint.

Bij de volgende sessie had Karin iedere dag met haar moeder gespeeld. Ze vond het leuk en merkte vooruitgang. Opnieuw nam Karin het op tegen de twee behandelaren, en nu behaalde ze zes sets. Ze merkte dat ze zich beter kon concentreren. Ze kwam tot de conclusie dat, hoewel ze bij aanvang misschien onzeker is, ze bij her-

haalde oefening meer op haar gemak is en bepaalde taken beter leert uit te voeren. Dit betekent niet dat haar cognitieve functioneren verbetert, maar wel dat demoralisatie haar eerst belemmerde en dat ze dingen kan leren.

*Negatieve verwachtingen omtrent sociale vaardigheden en
vermijding van contact*

Met deze interventies bleek Karins negatieve verwachting omtrent haar mogelijkheid om te werken voor een groot deel bijgesteld. Ze maakte zich vooral nog zorgen over haar sociale capaciteiten. Alvorens een werktraject in te zetten, werd daarom afgesproken om eerst met sociale interactie te oefenen in een ontspannen sfeer.

Karin is gemotiveerd om hieraan mee te werken en is bereid contact met haar vriendinnen op te nemen.

Plan en rollenspel

Dat ging aanvankelijk niet zo soepel. Karin noemde allerlei redenen waarom haar vriendinnen geen tijd zouden hebben om af te spreken. Ze hebben werk, een gezin, sport, enzovoort. Door te gaan redeneren vanuit het perspectief van haar vriendinnen, lukte het Karin uiteindelijk om te bedenken dat die mogelijk blij zouden zijn als Karin weer contact zou opnemen. Daarna werden alle vriendinnen doorgenomen. Er was Linda, met wie ze vroeger vaak ging sporten en de stad in ging. Een andere vriendin was Katja, met wie ze geregeld ging eten. Bij Marianne kwam ze op visitie en soms gingen ze samen uit. Maar Marianne woonde inmiddels in een andere stad. Ten slotte was er Brenda, haar nicht, met wie ze vaak op wintersport was geweest.

Karin mocht kiezen wie ze als eerste zou bellen en wat ze zou willen bespreken aan de telefoon. Dat werd vervolgens geoefend in een rollenspel, waarbij werd doorgedaan totdat Karin tevreden was over haar sociale vaardigheden in het gesprek.

Rollenspel en taartpuntechniek

De volgende sessie had Karin volgens afspraak gebeld, waarbij ze de vriend van Linda aan de telefoon had gekregen. Die reageerde positief; ze had even met hem gepraat – Linda zelf was niet thuis. Daarna had ze Linda niet nogmaals durven bellen.

De therapeut reageerde hierop met begrip en de angstige gedachten van Karin zijn geanalyseerd: 'Ik kan me niet goed uitdrukken' en 'Linda zal er niet op zitten te wachten, anders had ze me zelf al wel

teruggebeld'. Op de eerste gedachte werd ingegaan middels een rollenspel van een fictief telefoongesprek met Linda, waarbij Karin haar eigen uitdrukkingsvaardigheid moest scoren. Dat bleek een stuk positiever te zijn dan ze thuis tijdens de angstige momenten dacht.

Bij de tweede gedachte werd de taartpunttechniek toegepast, zodat Karin andere verklaringen bedacht voor het feit dat ze nog niet was teruggebeld door Linda. Ze kwam met als mogelijke alternatieven dat Linda nog geen tijd had kunnen vinden of dat Linda haar nieuwe telefoonnummer niet had. Wederom werd afgesproken dat ze Linda zou bellen en dat ze zou proberen iets af te spreken.

Bij de sessie daarop was het Karin gelukt om Linda aan de telefoon te krijgen. Het bleek dat Linda graag had willen terugbellen, maar dat ze het nummer van Karin inderdaad niet had. Het gesprek was goed verlopen en Linda had herhaaldelijk gezegd dat ze blij was dat ze Karin weer eens sprak. Dit verbaasde Karin en achteraf had ze het telefoongesprek hoge competentie- en plezierscores toegekend. Er werd uitvoerig stilgestaan bij de betekenis die deze scores hadden voor de aanvankelijke ideeën omtrent haar sociale vaardigheden. Haar weinige contact met anderen werd bestempeld als vermijding ten gevolge van haar negatieve verwachtingen en angstige gevoelens hierbij.

Angsthierarchie en activiteitenuitbreiding

In de sessies daarop werd verder gegaan met het oppakken van sociale contacten. Er werd een hiërarchie gemaakt van de gemakkelijkste stappen tot de moeilijkste stappen die de meeste angst oproepen. Stap voor stap werd Karin gestimuleerd om de activiteiten te ondernemen, en waar nodig werden cognitieve technieken toegepast om haar ideeën te corrigeren. Hoewel soms moeizaam, lukte het Karin om met drie oude vriendinnen contact te leggen en leuke dingen te gaan doen. Via hen ontmoette ze soms nieuwe mensen, zoals hun partners en kinderen of een kennis die ze tegenkwamen in de stad. De sociale activiteiten werden gebruikt om feedback te genereren om daarmee haar negatieve opvattingen te onderzoeken. Karin was in staat om realistischer te denken over haar sociale vaardigheden, en over het begrip en de acceptatie van anderen voor haar situatie. Het vermijdende gedrag werd grotendeels opgeheven. Ondanks het feit dat ze soms merkte dat ze rust nodig had en even alleen moest zijn, gaven de hernieuwde contacten haar een plezierige invulling van haar tijd terug.

Werktraject

Registreren

Er werd een jobcoach ingezet om een werktraject met Karin te starten. Hierbij was er veel aandacht voor het – samen met de therapeut – monitoren van haar cognitieve capaciteiten. Bij het begin van het werken werd gemeten hoelang Karin zich kon concentreren, aan welke signalen ze merkte dat het niet meer lukte, en hoe goed ze nieuwe informatie kon opslaan. Ook Karins moeder werd bij dit onderdeel betrokken: thuis namen ze iedere werkdag samen deze aspecten door. Haar moeder was blij dat ze haar dochter ergens bij kon helpen en ondersteunen.

Karin nam haar registraties mee naar de sessies met de therapeut, waar ze werden besproken. De therapeut bleef in dit proces contact houden met de jobcoach. Waar passend, werd Karins leidinggevende gevraagd om haar te complimenteren over haar capaciteiten en inzet. Er werd ook op gelet dat Karin naast haar werk ontspannende sociale activiteiten bleef ondernemen en dat ze zich niet slechts richtte op haar werk, hoe belangrijk ze dit ook vond.

Meerdimensionaal evalueren

Op een bepaald moment werd Karin onzeker over haar capaciteiten als werknemer, toen een collega naar aanleiding van een gemaakte fout gepikeerd op haar had gereageerd. Dit moment werd dankzij het wekelijkse contact gelukkig tijdig gesignaleerd. De therapeut besprak het voorval met Karin. Ze vertelde die nacht wakker te hebben gelegen en sterk het gevoel te hebben gehad dat ze er niets van kon. Bij Karin was op basis van deze tegenslag de kernopvatting 'ik ben een slechte werknemer' actief geworden, en ze voelde zich somber en gespannen. Met behulp van de techniek meerdimensionaal evalueren heeft Karin haar opvatting onderzocht. Hierbij benoemde ze aan de hand van twee personen die ze kent, in totaal tien eigenschappen die iemand een goede dan wel slechte werknemer maken. Vervolgens scoorde ze zichzelf op die eigenschappen. Daarmee relativeerde Karin de eenzijdige gedachten over zichzelf als een slechte werknemer en ze gaf aan dat veel van haar eigenschappen een positieve bijdrage leverden aan haar totale waarde als werknemer. Dit stelde haar gerust en de mogelijke negatieve spiraal ten gevolge van dit voorval trad niet op.

Het werktraject van Karin is nog gaande en de uiteindelijke resultaten zijn nog niet bekend.

Angst voor een nieuwe psychose

Tot slot is er aandacht besteed aan Karins angst om opnieuw psychotisch te worden. Ze had het idee dat het op ieder moment weer mis zou kunnen gaan, en dat bijvoorbeeld een vakantie al te veel voor haar zou zijn. Ook bleef dit nog een obstakel voor Karin om echt te durven vertrouwen op haar werk. Ze hield de angst dat alles wat ze had opgebouwd, ieder moment verloren kon gaan als ze weer psychotisch zou worden.

Psycho-educatie

Er werd opnieuw psycho-educatie gegeven over psychosen. Hierbij is gebruikgemaakt van een continuümperspectief, waarbij subklinische psychotische symptomen in de algehele bevolking worden benoemd, en waarbij wordt uitgelegd dat een psychose meestal niet van de ene op de andere dag ontstaat. Ook zijn hersenmodellen uitgelegd en er is aandacht besteed aan bekende risicofactoren en triggers om psychotisch te kunnen worden. Karin herkende een deel daarvan bij zichzelf.

Schrijfofdracht

Er werd uitgelegd dat het kan helpen als Karin haar psychosen leert beschrijven in woorden en er een betekenis aan kan geven. Hiervoor kreeg ze een schrijfofdracht, waarbij Karin niet alleen de feitelijke gang van zaken tijdens de psychosen moest opschrijven, maar ook haar beleving van de symptomen, wat ze daaraan het meest stresserend vond of als bedreigend heeft ervaren, en wat er aan de psychose voorafging. Wat ze opschreef werd tijdens de sessies nogmaals met de therapeut besproken.

Karin kwam erachter dat haar psychosen niet plotseling waren ontstaan, maar dat er op dat moment van alles aan de hand was in haar leven. Haar vader was in die tijd ziek en Karin moest vaak met hem naar het ziekenhuis. Op haar werk speelden veel veranderingen en heerste een grimmige sfeer. En alvorens Karin in een psychose was afgegleden, had ze zich ziek gemeld en zich van haar vriendinnen geïsoleerd omdat ze somber was en weinig energie had.

Toen Karin zich realiseerde dat er telkens een duidelijke aanleiding voor haar psychosen was geweest, werd ze minder angstig voor een nieuwe psychose. Het op een rijtje zetten van haar eigen ervaringen, en dit opnieuw te interpreteren met behulp van de geboden psycho-educatie, gaf haar het gevoel dat de psychose enigszins te verklaren viel.

Preventieplan

Uiteindelijk werd er een preventieplan opgesteld, waarbij helpende leefregels voor Karin werden afgesproken (zoals dag-nachtritme, niet te veel sociale activiteiten achter elkaar, maar ook niet sociaal isoleren, medicatie stabiel blijven gebruiken, rust nemen in de middag en blijven sporten), en waarbij vroege signalen met haar werden doorgenomen (zoals slecht slapen, zichzelf isoleren, weinig energie, veel piekeren, een keer iets vreemds horen, sombere of angstige stemming, enzovoort). Deze leefregels en signalen zouden bij iedere sessie worden doorgenomen om te zien of alles nog goed gaat. Bij een toename van vroege signalen, zou worden bekeken welke interventie passend is, variërend van even meer rust nemen en gerichte interventies op slaap, stemming of piekeren tot zo nodig medicatiewijzigingen.

Casus Mohammud

Mohammud is een 32-jarige man met schizofrenie, paranoïde type. Hij is gedurende een periode van vijf jaar paranoïde psychotisch geweest, met daarbij de sterke overtuiging dat de AIVD hem in de gaten hield vanwege een mogelijke terroristische aanslag. Met antipsychotische medicatie en cognitieve gedragstherapie zijn de psychotische klachten succesvol behandeld. Hij had daarna tijdelijk last van een paniekstoornis, gecombineerd met disfunctionele opvattingen over de lichamelijke bijwerkingen van zijn medicatie. Sinds enige maanden is hij ook daarvoor behandeld, met goed resultaat. Mohammud woont momenteel zelfstandig en ontvangt twee keer per week begeleiding op het gebied van huishouden, post sorteren en zijn financiën op orde houden.

Mohammud heeft veel verliezen meegemaakt en zit vast in terugtrekking en onzekerheden over zichzelf. Hij komt weinig buiten en durft geen contact meer op te nemen met vrienden. Hij denkt dat alle vrienden van vroeger hem nu gek vinden. Ook denkt hij dat iedereen aan hem kan zien dat hij schizofrenie heeft.

Bij de behandeling van Mohammud is uitgebreid stilgestaan bij zijn idee dat vrienden van vroeger hem nu gek vinden. Mohammud dacht ook negatief over zichzelf. Hij had het gevoel dat mensen met schizofrenie waardeloos en raar zijn, en nergens meer bij horen. Ook dacht hij dat iedereen aan hem kon zien dat hij schizofrenie had. Zijn doelen voor de behandeling waren: zich minder somber voelen en meer contact hebben met anderen.

Lotgenotencontact

Mohammad is in een groep met andere patiënten met schizofrenie gezet waarin onder andere psycho-educatie over de stoornis en over medicatie werd geboden. De voornaamste reden om hem aan de groep te laten deelnemen was echter het lotgenotencontact. Via deze groep heeft Mohammad – nu eens buiten zijn opnames en psychotische episoden om – met andere patiënten kunnen praten die ook schizofrenie hebben. Dit deed hem realiseren dat hij niet de enige is, en ook dat andere mensen met schizofrenie er normaal uit kunnen zien. Mohammad kon aan de buitenkant niet zien dat de anderen schizofrenie hadden.

Negatief zelfbeeld

Neerwaartse-pijltechniek en meerdimensionaal evalueren

Met behulp van de neerwaartse-pijltechniek, waarbij herhaaldelijk werd doorggevraagd op de gedachte dat anderen aan hem kunnen zien dat hij gek is en wat dit voor hem betekende, werd duidelijk dat Mohammad vond dat het hebben van schizofrenie hem minderwaardig maakte. De kernopvatting was: 'ik ben minderwaardig' en daar was hij voor 80% van overtuigd. Hij voelde zich somber en het maakte hem angstig om sociaal contact aan te gaan. Op zijn kernopvatting is ingegaan middels meerdimensionaal evalueren. Mohammad kon zo acht dimensies bedenken die wat hem betreft relevant waren voor of je minderwaardig bent of waardevol (bijvoorbeeld anderen accepteren, aardig zijn, begripvol zijn). Hij scoorde zichzelf vrij hoog op deze dimensies. Zijn overtuiging dat hij minderwaardig is daalde naar 50%.

Metten met twee maten

Vervolgens is ingegaan op de opvatting dat het hebben van een ziekte iemand minderwaardig maakt. Hierbij is hij gestimuleerd om, in plaats van naar zichzelf, naar anderen met een ziekte te kijken. Hij noemde daarbij zijn tante, die multiple sclerose heeft. Zij ondervindt hiervan beperkingen, zoals weinig energie hebben, vaak in een rolstoel moeten zitten en allerlei andere ongemakken. Mohammad vond haar echter beslist niet minderwaardig vergeleken met anderen. Eerder het tegendeel, omdat ze ondanks haar ziekte toch deed wat ze kon. Hierbij werd aan Mohammad duidelijk gemaakt wat meten met twee maten is. Hij herkende het direct. Over anderen kon hij bedenken dat het omgaan met hun ziekte een bewijs is voor moed en kracht, maar

daar was hij bij zichzelf niet opgekomen. Hij kon zich nu echter wel indenken dat anderen misschien ook positief over hem zouden denken, als ze zien dat hij ondanks de schizofrenie toch zijn leven zou oppakken. De vergelijking met zijn tante zorgde ervoor dat hij zichzelf als een mogelijk moedig persoon kon gaan zien, en de overtuiging dat hij minderwaardig is daalde naar 30%.

Het idee dat anderen kunnen zien dat hij schizofrenie heeft

Bewijzen voor en tegen

Door het lotgenotencontact was Mohammuds overtuiging dat anderen aan hem zien dat hij schizofrenie heeft, al iets minder geworden. Hij was hier nu, in plaats van de aanvankelijke 100% bij de assessment, nog 80% van overtuigd. Mohammad werd gestimuleerd om een alternatieve gedachte te formuleren. Deze was: 'ik zie er normaal uit, net als anderen'. Voor beide opvattingen – hij ziet er wel of niet normaal uit – is hij de bewijzen voor en tegen gaan opschrijven. Hieruit werd duidelijk dat hij vond dat hij traag beweegt, dat hij vaak met de schouders naar beneden loopt, dat hij dikker is geworden door de medicatie en dat zijn gezichtsmimiek onvoldoende is. Hij kon aan de andere kant ook bewijzen voor de alternatieve gedachte formuleren, zoals dat zijn broer en zus tegen hem zeggen dat ze niet aan hem zien dat hij schizofrenie heeft. Zijn overtuiging daalde naar 70%.

Gedragsexperiment

Het geluk wilde dat er zich tijdens de behandeling een natuurlijk gedragsexperiment voordeed. Een oude kennis van de familie – Ahmed – zou de komende week bij Mohammuds ouders thuis enkele dagen achtereen komen helpen met klussen en verven. Mohammad zou er ook bij zijn, maar hij had Ahmed al enkele jaren niet meer gezien. Hij was zenuwachtig en had sterk de gedachte dat Ahmed aan hem zou zien dat hij gek was en dat hij veranderd was. Als gevolg daarvan zou Ahmed hem stom vinden en niet tegen hem praten, was Mohammuds verwachting.

Er werd stilgestaan bij wat Ahmed zou doen als Mohammuds gedachte niet zou kloppen. Mohammad verwoordde dat Ahmed dan normaal tegen hem zou doen en wel met hem zou praten.

Bij de volgende sessie werden de registraties van Mohammad doorgenomen. Zijn spanningsniveau in het gezelschap van Ahmed was 8 op de eerste dag en daalde naar 3 op de vierde dag. Mohammad kon verwoorden dat deze daling te maken had met zijn dalende overtui-

ging van de gedachte dat Ahmed aan hem kon zien dat hij gek is en hem stom zou vinden. Aanvankelijk was de overtuiging 90%, maar uiteindelijk nog slechts 10%. Ahmed had iedere dag normaal tegen hem gedaan en aan niets laten merken dat hij Mohammud raar of anders vond.

Bij de sociale reactivatie is er voortdurend gelet op een mogelijke terugval in de gedachte dat anderen hem gek vinden. Waar mogelijk is Mohammud ook gestimuleerd om aan goede vrienden die hij vertrouwt, te vragen hoe hij op hen overkomt.

Beweging, mimiek en mensen aanstaren

Mohammud vond dat hij traag beweegt, dat hij vaak met de schouders naar beneden loopt, dat hij dikker is geworden door de medicatie en dat zijn gezichtsmimiek onvoldoende is. Bij doorvraag op dit laatste bleek ook dat hij soms mensen te lang aanstaart en niet goed weet wanneer hij weg moet kijken. Hoewel een catastrofale interpretatie hiervan inmiddels behandeld was – Mohammud vond inmiddels niet meer dat hij hierdoor minderwaardig is of dat anderen automatisch aan hem zien dat hij gek is – zorgde het toch voor onzekerheid. Dit is begrijpelijk en Mohammuds ideeën waren ook reëel: hij had inderdaad last van bewegingsbijwerkingen van de medicatie, hij was dikker geworden en hij hield zijn blik soms lang op de ander vast tijdens een gesprek.

Akineton

Mohammud heeft Akineton gekregen om de beperkte gezichtsmimiek en traagheid van bewegen te behandelen. Een week van tevoren tot twee weken na start van deze medicatie registreerde Mohammud zijn gezichtsmimiek en algemene bewegingstraagheid. Aangaande zijn mimiek zou hij iedere dag in de spiegel doen alsof hij een gesprek voert en alsof hij bepaalde emoties heeft (verbaasd, boos, somber en blij), waarna hij zijn gezichtsmimiek voor die dag zou scoren. Aangaande zijn beweging zou hij puur zijn gevoel scoren: voelde hij zich belemmerd in beweging of voelde hij zich vrij en soepel? De Akineton pakte goed uit. Mohammuds geregistreerde scores stegen: zijn mimiek en beweging verbeterden aanzienlijk. Dat maakte hem minder onzeker.

Houding en imaginatie

Er is een oefening opgezet om buitenshuis meer rechtop te lopen in plaats van naar beneden kijkend en met hangende schouders. De therapeut is met Mohammud gaan zoeken naar een herinnering waarin hij trots was op zichzelf en waarbij hij rechtop stond. Dat was het moment dat Mohammud zijn rijbewijs haalde. Deze herinnering is in de sessie opgeroepen middels imaginatie en het opnieuw innemen van de motorische houding die erbij past. Het lukte Mohammud om een beetje het gevoel van destijds terug te krijgen: trots op zijn prestatie. Thuis is hij iedere dag dezelfde oefening gaan doen, om zo beter te worden in het oproepen van het trotse gevoel en om de rechte houding in te trainen. Daarna is hij dit ook gaan toepassen op de momenten dat hij buiten loopt. Het voelde aanvankelijk onwennig, maar Mohammud kon het goed volhouden. In latere sessies werd hier nog sporadisch naar gevraagd, en indien nodig werd hij nogmaals gestimuleerd om op deze manier te blijven lopen in plaats van met hangende schouders.

Training in kijken en wegstijgen

Tot slot is er getraind met kijken en wegstijgen. Eerst kreeg Mohammud de huiswerkopdracht om bij anderen te observeren wanneer ze elkaar aankijken, hoe lang dat duurt, en hoeveel ze wegstijgen tijdens een gesprek. Hij ontdekte dat mensen elkaar niet de hele tijd in de ogen aankijken, maar ook naar andere delen van het gezicht kijken en soms even naar boven of opzij kijken. Dat werd in de sessie geoefend, waarbij de therapeut en Mohammud een eenvoudig gesprek voerden, en Mohammud varieerde in het naar de ogen kijken, de neus, de mond, en soms helemaal wegstijgen. Achteraf gaven zichzelf en de therapeut hem een score voor het kijken.

Toen Mohammud hierin vooruit was gegaan, ging hij ook thuis met zijn zus oefenen. Daar bleek hij aanvankelijk weer iets te veel weg te kijken, en zij gaf hem feedback hierover. Mohammud verbeterde als gevolg van deze training. Het lukte hem om niet te veel te staren en hij kreeg het vertrouwen dat hij het goed deed.

Sociale reactivatie

Met Mohammud zijn de oude vrienden en kennissen doorgenomen. Enkele vrienden kende hij al lang en met hen zou hij graag opnieuw contact leggen. De eerste stap die hij durfde te nemen was om via MSN met hen te communiceren. Hij zag ze daar wel eens online staan, maar had ze nog niet aangesproken. Via MSN was minder

beangstigend voor Muhammad, doordat zijn vrienden hem dan niet zouden zien. Ondanks de uitgevoerde interventies maakte Muhammad zich nog steeds wat zorgen dat zijn vrienden zijn uiterlijke verschijning als veranderd en anders zouden zien, en dat ze hem stom zouden vinden. Op MSN had hij daar echter geen last van en middels concrete afspraken is het Muhammad gelukt om met twee vrienden weer contact op te nemen. Ze reageerden positief en wilden meteen met hem afspreken. Daar durfde Muhammad echter niet op in te gaan.

Voor- en nadelenbalans

De vervolgstap om zijn vrienden weer in het echt tegen te komen was moeilijk voor Muhammad. Er is daarom een voor- en nadelenbalans gemaakt van zowel de keuze om sociaal contact te blijven vermijden, als de keuze om het contact weer op te pakken. Hierbij is uitvoerig stilgestaan bij de langetermijnconsequenties, zowel op emotioneel niveau als met betrekking tot zijn toekomstdoelen. Deze oefening gaf een duidelijk beeld van de ernst van Muhammuds impasse. Hij kwam tot de conclusie dat hij het belangrijk vindt om het contact met vrienden weer echt aan te gaan. Er werd een plan opgesteld met verschillende stappen en activiteiten die hij met zijn vrienden zou proberen af te spreken.

Stok achter de deur

Na twee sessies werd duidelijk dat Muhammad het niet kon opbrengen om de afgesproken stappen te ondernemen. Wanneer hij thuis met zijn vrienden aan het chatten was, werd hij telkens te angstig om daadwerkelijk af te spreken. Het lukte hem ook niet om zichzelf met alternatieve gedachten voldoende gerust te stellen. Hij wilde het aan de andere kant wel per se doen: hij beseftte dat hij vastzat in de angstige gevoelens en lang bestaande vermijding. Hij had behoefte aan een stok achter de deur, zodat hij verplicht zou worden om af te spreken en te gaan. De volgende sessie werd daarom zijn zus meegevraagd. In die sessie zelf moest Muhammad met een vriend bellen om een afspraak te maken. Dat lukte. Daarna is afgesproken dat zijn zus erop zou toezien dat hij de afspraak zou nakomen. Ook dat lukte, en Muhammad was achteraf trots en blij dat hij zijn vriend weer had gezien.

Op deze manier werd verder uitgebouwd met het oppakken van Muhammuds sociale activiteiten. Hij maakte waar mogelijk tijdens de sessie de nieuwe afspraken en zijn zus kreeg de macht om hem aan zijn afspraken te houden als hij de neiging had om te vermijden. Na

verloop van tijd ging het beter en Muhammad ging meer zelfstandig ondernemen. Hij werd minder angstig toen hij duidelijk merkte dat zijn vrienden hem niet gek vonden, maar juist blij waren dat er weer contact was. Ze wisten van zijn stoornis, maar keurden hem niet af.

Uiteindelijk kwam Mohamad zo ver dat hij weer structureel voetbalde met zijn vrienden en een afspraakje maakte met een chatvriendin. Ook nam hij deel aan internetdiscussies over zijn ziekte. Hij merkte dat hij in sociaal contact minder bezig was met hoe hij overkomt. Na verloop van tijd is hij gaan werken via een werktraject. Daar voelde hij zich goed bij. Hij denkt er momenteel over om bij het schildersbedrijf van zijn broer te gaan werken, of misschien wil hij een opleiding tot hovenier gaan doen. Zijn blik is duidelijk meer naar de toekomst en op positieve ontwikkelingen gericht dan voorheen.

Conclusie

Karin en Muhammad zijn twee voorbeelden van hoe patiënten met schizofrenie kunnen vastraken in demoralisatie. Hoewel de behandeling misschien vrij eenvoudig en soepel lijkt te verlopen, was het een langdurig proces. Vooral de sociale reactivatie was voor beiden een groot obstakel. Veel van de cognitieve interventies functioneerden als voorbereiding voor de (sociale) reactivatie. Dit was zonder die interventies waarschijnlijk niet gelukt. Zelfs na de cognitieve interventies verliep sociale reactivatie moeizaam. Er was veel stimulatie nodig.

Mohammad had meer cognitieve beperkingen dan Karin, maar dit was geen reden dat hij niet zou kunnen werken of plezierige activiteiten zou kunnen ondernemen. Het was ook juist Karin die negatieve verwachtingen had over haar cognitieve functioneren, mogelijk omdat zij hierin achteruitgang had bemerkt. Muhammad was daarentegen meer bezorgd over zijn manier van bewegen en over zijn waarde/status als persoon met schizofrenie. Bij beide patiënten leidden deze gedachten tot vermijding van activiteiten, werk en sociale contacten. Het creatief inzetten van reguliere technieken uit de cognitieve gedragstherapie was hierin behulpzaam. Het leek nuttig om de patiënten niet alles zelf te laten doen, maar de sessies te gebruiken om gedragsexperimenten uit te voeren. Het is ook zinvol gebleken om er familieleden bij te betrekken en waar mogelijk andere situationele hulpbronnen voor de patiënt.

Reeds lang overheerst het gedachtegoed dat patiënten met schizofrenie zich niet moeten blootstellen aan stressoren. Stabiliteit wordt belangrijk gevonden en men stelt alles in het werk om psychotische decompensatie te voorkomen. De patiënt moet niet verliefd worden of

relaties starten, hij kan het beste niet solliciteren en een baan nemen, en hij moet niet te actief zijn. Een mogelijke reden is de ouderwetse opvatting dat iedere nieuwe psychose 'neurotoxisch' is en voor verdere cognitieve achteruitgang zorgt bij de patiënt.

Dat is echter niet waar. Patiënten met schizofrenie hebben, na de cognitieve achteruitgang rondom de eerste psychose, juist een stabiel niveau van cognitieve vermogens, onafhankelijk van de duur van de aandoening (Szöke et al., 2008). Schizofrenie is geen progressieve hersenziekte, maar de stigmatisatie van schizofrenie heerst desondanks nog steeds bij hulpverleners. Zij vinden vaak hetzelfde als wat Karin en Mohammud over zichzelf dachten: mensen met schizofrenie zijn minderwaardig en tot niets in staat. Ze moeten dan ook niks proberen, want dat leidt al snel tot een volgende psychose, of ze kunnen het sowieso niet vanwege de negatieve symptomen en cognitieve beperkingen.

Wij zijn het daar niet mee eens. Ondanks mogelijke beperkingen kunnen mensen met schizofrenie veel, zolang ze maar niet gedemoraliseerd raken. Hen te stimuleren om persoonlijke doelen na te streven is ons inziens essentieel voor herstel.

De hier beschreven methodiek van behandeling gaat idealiter hand in hand met actieve rehabilitatiestrategieën. Wanneer de eerste obstakels die tot vermijding leiden zijn verholpen en er eveneens doelen zijn vastgesteld, kan met rehabilitatie worden gestart. Alle stappen die daar vervolgens in worden gezet, kunnen worden gebruikt om corrigerende feedback te genereren betreffende disfunctionele cognities die een patiënt heeft met betrekking tot zijn capaciteiten, zelfstigmatisatie en sociale acceptatie. De psycholoog en rehabilitatiemedewerkers werken samen om het effect op de verschillende niveaus van welbevinden voor de patiënt te optimaliseren.

Het is onontbeerlijk om, bij het weerleggen van disfunctionele cognities en het opheffen van vermijding, eveneens positieve gedachten en gedragingen te stimuleren. Het gaat niet slechts om het weerleggen van een disfunctionele opvatting als: 'ik kan me niet goed concentreren'. Het gaat ook om het herinneren en ontwikkelen van positieve opvattingen, zelfschema's en doelen die voor de patiënt betekenis dragen, zoals: 'ik vind het leuk om ... te doen', 'ik ben iemand die goed is in ...' en 'het liefste wil ik over een half jaar ...'.

Deze beweging naar het stimuleren van positieve opvattingen is de laatste tijd vaak te zien in behandelingen bij psychotische problematiek, bijvoorbeeld: *Staying well after psychosis; a cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention* (Gumley & Schwanauer, 2006) en de *Social recovery-focused cognitive behavioral therapy* (Hodgekins & Fowler, 2010). Dit is belangrijk, want positieve cogni-

ties hebben een eigen dimensie en zijn belangrijke voorspellers van daadwerkelijke activatie (Hodgekins & Fowler, 2010).

ABSTRACT In this article a treatment is presented for post-psychotic demoralisation and self-stigmatization in patients with schizophrenia. This is placed within the context of a cognitive model of demoralisation. Its focus is on patients' negative expectations concerning their capabilities and social exclusion. These expectations are based on experiences of loss, shame and cognitive deterioration. Yet, they are often unrealistic and lead to avoidance and inactivity. The treatments of two patients are described. Both have insight into their illness, but are trapped in a state of demoralisation and self-stigmatizing thought patterns. In both patients, progress was achieved by creatively using cognitive behavioural techniques. The goal was not to restore the patients to their old level of functioning, but rather to help them overcome isolation and inactivity.

Referenties

- Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, *15*, 305-312.
- Cockram, C.A., Doros, G., & Figueiredo, J.M. de (2009). Diagnosis and measurement of subjective incompetence: the clinical hallmark of demoralization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 342-345.
- Gard, D.E., Kring, A.M., Gard, M.G., Horan, W.P., & Green, M.F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, *93*, 253-260.
- Garety, P.A. & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*(Pt 2), 113-154.
- Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, *48*(2-3), 335-342.
- Granholtm, E., Ben-Zeev, D., & Link, P.C. (2009). Social desinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *35*, 874-883.
- Grant, P. & Beck, A.T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *35*, 798-806.
- Gumley, A. & Schwannauer, M. (2006). *Staying well after psychosis; a cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

- Hodgekins, J. & Fowler, D. (2010). CBT and recovery from psychosis in the ISREP trial: mediating effects of hope and positive beliefs on activity. *Psychiatric Services, 61*, 321-324.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 160*, 13-23.
- Karow, A. & Pajonk, F.G. (2006). Insight and quality of life in schizophrenia: recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(6), 637-641.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (2006). *Cognitive therapy of schizophrenia*. London and New York: The Guilford Press.
- Kissane, D.W., Clarke, D.M., & Street, A.F. (2001). Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of palliative care, 17*, 12-21.
- Leucht, S., Arbter, D., Engel, R.R., Kissling, W., & Davis, J.M. (2009). How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry, 14*(4), 429-447.
- Lysaker, P.H., Bryson, G.J., & Bell, M.D. (2002). Insight and work performance in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 142-146.
- Lysaker, P.H., Roe, D., & Yanos, P.T. (2006). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin, 33*, 192-199.
- Mizrahi, R., Kiang, M., Mamo, D.C., Arenovich, T., Bagby, R.M., Zipursky, R.B., et al. (2006). The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research, 88*(1-3), 111-118.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., & Lieberman, J.A. (2009). Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*, 336-346.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Schizophrenia; core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG82FullGuideline.pdf>
- Pfammatter, M., Junghan, U.M., & Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin, 32*(Suppl. 1), S64-80.
- Rector, N. (2004). Dysfunctional attitudes and symptom expression in schizophrenia: differential associations with paranoid delusions and negative symptoms. *Journal of cognitive psychotherapy, 18*, 163-172.
- Staring, A.B.P., & Gaag, M. van der (2010). Cognitieve gedragstherapie voor demoralisatie bij schizofrenie. *Gedragstherapie, 43*, 205-224.
- Staring, A.B.P., Gaag, M. van der, Berge, M. van den, Duivenvoorden, H.J., & Mulder, C.L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with

- depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115, 363-369.
- Szöke, A., Trandafir, A., Dupont, M.E., Méary, A., Schürhoff, F., & Leboyer, M. (2008). Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 192, 248-257.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V.H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77(1), 1-9.