



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

recensie

Met handen en voeten aan het werk: cognitieve gedragstherapie bij schizofrenie

A.T. Beck, N.A. Rector, N. Stolar, P. Grant. *Schizophrenia. Cognitive theory, research, and therapy*. New York: The Guilford Press. 418 pagina's, 2009.

In de jaren zeventig van de vorige eeuw dachten we dat we psychotische patiënten met behulp van psychologische interventies konden genezen. In de jaren tachtig was dat weer voorbij. De biologisch-psychiatrische benaderingswijze werd dominant en de psychologische interventies kregen een bescheiden plek. Daarna keerde het tij opnieuw, nu als gevolg van de veelbelovende resultaten van de cognitieve-vaardigheidstrainingen. Duidelijk werd echter ook dat de resultaten bij schizofrenie moeilijk beklijfden. In de trainingssituatie ging het vaak goed, maar erbuiten verloren de patiënten de aangeleerde vaardigheden weer snel. Met cognitieve gedragstherapie (CGT) werd al niet veel gedaan. Wat wel van betekenis bleek, was de toepassing van de psycho-educatie. Het grote belang daarvan voor de patiënt en zijn omgeving staat vast en dient nu een onderdeel te zijn van de behandeling bij schizofrenie. Daarnaast bleven de interventies om de patiënt zo te beïnvloeden dat adviezen over medicatie, onderhoudstherapie, beschuttende huisvesting en werk door hem ter harte werden genomen.

Sinds de jaren negentig ontstond er opnieuw belangstelling voor de systematische toepassing van CGT bij psychotische mensen. Er werd zeker in de eerste studies wetenschappelijke evidentie gevonden om CGT een plek te geven naast de farmacologische behandeling. Het National Institute of Clinical Excellence in Engeland vond al snel voldoende evidentie om CGT op te nemen in de nationale richtlijn bij de behandeling van schizofrenie. Antipsychotische medicatie vermindert de ernst van de symptomen. De daarna optredende psychologische processen die vooral te maken hebben met het evalueren van hun situatie door patiënten, kunnen opnieuw ernstige problemen

PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, adviseur van de HSK Groep. E-mail: c.a.l.hoogduin@hsk.nl.

veroorzaken. Reden om bij de behandeling ook aandacht te schenken aan de gevolgen, namelijk het zich terugtrekken, vermijdingsgedrag, geruststelling zoeken en andere *safety behaviours*. Gedrag dat weer een minder goed functioneren van de patiënten tot gevolg zou kunnen hebben.

Zo ontstond er onder invloed van Aaron Beck een gestructureerde cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van schizofrenie, waarbij naast directe beïnvloeding van de symptomen ook een beïnvloeding van de gevolgen van de symptomen focus van behandeling werd. Beck schreef samen met Rector, Stolar en Grant het boek *Schizophrenia, cognitive theory, research, and therapy*. Hierin wordt na een inleiding over schizofrenie een cognitieve conceptualisatie van wanen, hallucinaties en negatieve symptomen gegeven. Er wordt ingegaan op de assessment, op strategieën om een goede therapeutische relatie tot stand te brengen en te houden, op een specifieke aanpak van wanen, hallucinaties, negatieve symptomen en formele denkstoornissen (incoherentie), en op de beïnvloeding van de gevolgen van de diverse symptomen.

Beck et al. gaan uit van een model van schizofrenie waarin alle bevindingen, zoals die de laatste jaren in onderzoek naar voren zijn gekomen (bijvoorbeeld het gebruik van cannabis, traumata op jeugdige leeftijd en verstedelijking), worden samengebracht. Dat vereist nogal wat riskante aannames. De auteurs spreken over een integratief model en dat is zwak uitgedrukt, zoals het volgende illustreert. Als uitgangspunt nemen zij een bepaalde erfelijke dispositie op grond waarvan stressoren grotere negatieve gevolgen hebben, met als consequentie een reductie van de cognitieve mogelijkheden en integratieve capaciteiten. Er bestaat een overgevoeligheid voor stress. Dit model wordt neurobiologisch als volgt weergegeven:

Er is een stresserende gebeurtenis, die tot een onjuiste interpretatie leidt, met als gevolg stress en een verhoogde cortisolproductie, wat weer leidt tot een dopaminerge sensitatie en dat heeft weer allerlei gevolgen voor bepaalde hersenfuncties.

In dit model wordt de erfelijke kwetsbaarheid een grote rol toegerekend, waardoor de sequentie die hier geschetst wordt, aldus zou verlopen. Dat houdt in dat in het hele boek een pleidooi wordt gehouden voor medicamenteuze behandeling van schizofrenie. Cognitieve gedragstherapie moet, maar altijd samen met medicatie.

De auteurs hebben geprobeerd de diverse symptomen van de schizofrene patiënt binnen een cognitief behandelmodel te benaderen. Dat programma bestaat uit de vaste onderdelen als psycho-educatie en

normalisering van het afwijkende gedrag. Bij het horen van stemmen kan dat als volgt gebeuren:

Veel mensen – en niet alleen personen met een schizofrene achtergrond – kennen het verschijnsel van stemmen horen. Het komt bijvoorbeeld voor dat mensen na het verlies van een geliefd persoon diens stem nog horen. Ook na eenzame opsluiting rapporteren mensen vaak stemmen te horen. Verder horen mensen met ernstige emotionele aandoeningen, waaronder depressies, posttraumatische stressstoornissen en bipolaire stoornissen, ook soms stemmen.

Bij hallucinaties en wanen is er vaak een sequentie waarin de symptomen plaatsvinden met soms typische antecedente en consequente gebeurtenissen. Deze kunnen als focus dienen voor een interventie. Zo had een patiënt bij het zien van een foto van een vroegere vriend de automatische gedachte: 'Het was erg hem te bedriegen'. Daarna volgden stemmen: 'Je bent een slet'. Vervolgens volgt er een interpretatie van die stemmen: 'Ze zijn een straf van God.' Dat leidt vervolgens tot spanning. De patiënt probeert dit daarna te neutraliseren, met als uiteindelijk resultaat een zich terugtrekken in bed. In deze sequentie dienen zich de behandelmogelijkheden eigenlijk al aan. Zowel de antecedente als de consequente gebeurtenissen kunnen focus worden van een behandeling, maar ook beïnvloeding van de diverse elementen van de sequentie biedt behandelmogelijkheden. Na educatie en *normalisering* volgt het vertrouwd maken van de patiënt met het cognitieve model. Uitgelegd wordt hoe de klachten tot stand komen, hoe er invloed uitgeoefend kan worden op de klachten en hoe de patiënt beter zou kunnen omgaan met de symptomen en interpretaties.

Voor de aanpak van de symptomen schuwen de auteurs het eenvoudige handwerk niet: radio's aan, earplugs in, discman, I-Pods, letterlijk alles mag gebruikt worden om minder last te hebben van stemmen. Verder is er een inventarisatie van afleidingsmogelijkheden die de patiënt zelf al toepast, zoals activiteiten ondernemen, sporten en naar muziek luisteren, om die vervolgens ook wat systematischer toe te passen. Een andere benadering is het overgaan tot een 'voice time', een periode waarin de patiënt focust op de inhoud van wat de stemmen zeggen. Vergelijk dit bijvoorbeeld met de zogenaamde 'worry time' bij patiënten die last hebben van morbide preoccupaties en die veel tobben. Hoewel hierbij het zelf oproepen van de stemmen als exposure kan worden opgevat, geeft het ook enige regie over de stemmen. Bij de directe aanpak van de inhoud van

de stemmen gaat het er vooral om om de impact van de stemmen voor de patiënt te reduceren. De behandeling lijkt dan weer sterk op de behandeling van negatieve automatische gedachten die met de socratische dialoog worden onderzocht en getoetst.

Een ander aspect is hoe om te gaan met de dreigingen en bevelen van de stemmen. Gedetailleerd wordt deze aanpak beschreven. De eerste stap bestaat uit een *verbatim*-zelfregistratie van de inhoud van de stemmen. De tweede stap is de evaluatie van de ondersteuning die de patiënt uit eerdere ervaring met de stemmen heeft gevonden voor de nare gevolgen van de uitingen van de stemmen met betrekking tot de toekomst. Dit materiaal kan vervolgens worden gebruikt om de werkelijke dreiging van de stemmen af te waarderen.

De derde stap is de evaluatie van de evidentie voor de nare gevolgen van het niet-gehoorzamen aan de stemmen. Als vierde stap: onderzoeken wat de voordelen zijn van het niet-gehoorzamen aan de stemmen en de nadelen van het wel-gehoorzamen. Aan de hand van enkele uitgewerkte *verbatim*-fragmenten worden de diverse strategieën van de behandeling geïllustreerd.

Ook voor de behandeling van wanen wordt de cognitieve strategie gedetailleerd weergegeven. Bij die directe aanpak worden de diverse elementen besproken, zoals het vragen naar de evidentie ter ondersteuning van de wanen. Zo wordt een arsenaal aan alternatieve opvattingen opgebouwd. Ook is het van belang aandacht te besteden aan de verandering van aanwezige kernschema's die een relatie hebben met de inhoud van de waan. Het implementeren van alternatieve opvattingen wordt ten slotte gecombineerd met gedragsexperimenten. De behandeling wordt helder beschreven en verschilt niet van die bij andere psychiatrische symptomen. De diverse technieken die we al kennen van de behandeling van bijvoorbeeld depressieve klachten of angstklachten, blijken bij de behandeling van deze psychotische symptomen bruikbaar.

Het succes van de toepassing van de cognitieve therapie bij schizofrenie was voor Beck een reden om gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek te gaan verrichten. De resultaten van die onderzoeken waren veelbelovend, maar – zo stellen de auteurs ook – er zijn nog veel mogelijkheden voor verbetering van die resultaten. Ook stellen ze dat psychologische interventies substantiële verbeteringen van de behandelresultaten kunnen geven, ook bij patiënten die met medicatie worden behandeld.

Intussen is gebleken dat er voldoende evidentie is voor CGT bij schizofrenie, ook al zijn de effecten niet spectaculair. In een review van CGT voor schizofrenie in de Cochrane Library (Jones, Cormac, Silveira da Mota Neto, & Campbell, 2010) wordt een genuanceerder standpunt ingenomen in vergelijking met Beck. Wanneer CGT wordt vergeleken met ondersteunende therapie wordt er geen verschil met betrekking tot terugvalfrequentie gevonden. Ook wat betreft de resultaten voor de verbetering van de mentale toestand zijn de effecten bescheiden. Dit zien we ook in het review van Wykes, Steel, Everitt en Tarrier (2010). Er is een significant effect op het verminderen van positieve symptomen, het algemeen functioneren, een vermindering van negatieve symptomen, een verbetering van de stemming en een afname van de sociale angst (effectsize 0.22 tot 0.44).

Tot slot: wat interessant en ook opvallend is, is dat de auteurs bereid zijn alles aan te pakken om de patiënt maar beter te krijgen. Niet alleen het hele cognitief-gedragstherapeutisch repertoire met beïnvloeding van antecedente en consequente aspecten, en de directe beïnvloeding van de symptomatologie, maar ook de bereidheid om bijvoorbeeld inspanningen te doen om een werkgever zo ver te krijgen dat hij een paranoïde patiënt die zich in het bedrijf bedreigd voelt, garanties geeft voor zijn veiligheid, een zero-tolerantiebeleid toezegt en – sterker nog – deze patiënt schriftelijk informeert waarom het bedrijf hem heel graag weer als werknemer terug wil hebben. Of bijvoorbeeld door bij een vrouw die heel veel bidt en de waan heeft dat haar gebeden door de duivel worden onderschept, een religieuze deskundige in te schakelen. Er wordt voor haar een senior katholieke geestelijke gerekruteerd, die de patiënt uitlegt dat god machtig genoeg is om een duivel niet toe te staan haar gebeden te onderscheppen.

In weer een ander geval wordt de bandrecorder erbij gehaald om, wanneer de patiënt stemmen hoort, aan te tonen dat die stemmen noch door anderen, noch door de bandrecorder worden gehoord.

Met handen en voeten werken dus om patiënten te helpen. Therapeuten die zich zo opstellen bereiken natuurlijk vaak verbeteringen, verbeteringen in de zin van minder passief zijn, minder lijdzaam de klachten ondergaan, meer afleiding zoeken en geleidelijk de regie over het leven enigszins terugkrijgen. Soms zijn de auteurs ook wat naïef. Ze bespreken bijvoorbeeld het belang van CGT voor behandelend psychiaters. Ze betreuren het wel dat de psychiater de schizofrene patiënten slechts eens in de twee of drie maanden een kwartier ziet, maar desondanks veronderstellen ze dat die psychiater veel met CGT kan bereiken. Ze stellen dat de dokter in dat kwartiertje waarin, aldus de auteurs, te weinig tijd is voor de vaststelling van het toestandbeeld van de patiënt, het doseren van de medicatie, onderzoek naar de

bijwerkingen en verdere uitleg van de behandeling aan de patiënt, toch nog tijd heeft voor CGT waarin:

1. de communicatie tussen psychiater en patiënt beter wordt;
2. het inzicht van de patiënt zal verbeteren;
3. de therapietrouw wordt bevorderd; en
4. de ernst van de psychotische symptomen verminderen.

En dat alles tijdens de behandeling van zestig minuten per jaar.

Het boek is interessant, vernieuwend en straalt naast enige naïviteit een grote betrokkenheid uit voor de behandeling en begeleiding van schizofrene patiënten. Met betrekking tot de reductie van de diverse klachten bedragen de effect sizes tussen 0.22 en 0.44 (matig effect) (Wykes et al., 2010). Desondanks redenen genoeg om de behandeling als een verrijking te zien. Er kan immers gesteld worden dat er toch zo'n 20-30% van de patiënten baat heeft bij de toepassingen van CGT. Toch maar doen dus (Van der Gaag, 2003).

KEES HOOGDUIN

Referenties

- Gaag, M. van der (2003). Cognitieve gedragstherapie en psychose: de feiten. In: M. van der Gaag, M.T. Appelo, & C.A.L. Hoogduin, *De psychologische behandeling van psychosen: richtlijnen, valkuilen en omwegen* (pp. 1-10). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J.I., & Campbell, C. (2010). Cognitive behavior therapy for schizophrenia (review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.