

## De cognitieve gedragstherapie over psychose en schizofrenie

De cognitieve gedragstherapie heeft vooral faam voor de behandeling van angststoornissen en depressies. Maar ook schizofrenie en psychose zijn al sinds de jaren '60 van vorige eeuw voorwerp van onderzoek en van de vertaling ervan in een behandeling.

Bij de behandeling van schizofrenie en psychose is het zinvol om naast een medisch model ook een 'invaliditeitsmodel' te hanteren. Immers farmacotherapie 'geneest' op zich niet – hoewel het nut en de noodzaak er van niet in twijfel te trekken valt – en het is bijgevolg zinvol om de stoornissen die de ziekte met zich mee brengt op zich te bekijken. De stoornissen worden meestal opgedeeld in positieve en negatieve symptomen.

Martin Appelo geeft aan dat er drie aspecten van cruciaal belang zijn om de negatieve symptomatologie bij schizofrenie te verstaan : er is sprake van een **verhoogde kwetsbaarheid** (psychosociale hindernissen wegen meer door) , een **verminderde coping** (men heeft minder mogelijkheden om met moeilijkheden om te gaan) en men verkeert in een toestand van **rouw** (men rouwt bij het voortdurend aanvoelen van de beperkingen).

Vanuit het begrippenkader van operant leren werd duidelijk dat een voorspelbare dag- en leefstructuur al een heel eind aan de verhoogde kwetsbaarheid tegemoet komt. In de kliniek kunnen Token-economy-programma's gehanteerd worden, maar in de ambulante hulpverlening komt men al een eind met wekschema's, agenda's en plannings. De doelstellingen worden immers geëxpliciteerd, de sociale ondersteuning gestructureerd en het geheel vormt een dragende en veiligheidbiedende structuur.

Vanuit het cognitief begrippenkader werd in de jaren '80 de psycho-educatie geïntroduceerd. Waar men voordien huiverig was om met mensen met een psychose over hun belevenissen te spreken, zag men de nood en het belang in om de visie die mensen op 'wat hen overkomt' te stofferen met accurate informatie. Psycho-educatie, al dan niet in groep aangeboden, draagt bij tot het normaliseren en dedramatiseren van wat iemand in een psychose meemaakt. Bovendien blijkt het een goede methode te zijn om de rouwverwerking van de problematiek op gang te zetten en vooruit te helpen. Psycho-educatie helpt bovendien om vanuit een meta-positie op zichzelf en zijn probleem te kijken en draagt derhalve bij tot de acceptatie van 'ziekte', van nood aan behandeling (ook medicamenteus) en van de interne attributie van stemmen en wanen.

Bekeken vanuit de verminderde coping ligt het voor de hand dat ook vaardigheidstrainingen in dit verband van groot belang zijn. Klassieke sociale vaardigheidstrainingen en assertiviteitstrainingen kunnen hun bijdrage leveren in de weerbaarheid van de patiënt. Er werden echter ook meer op de problematiek toegespitste trainingen uitgewerkt. Goldstein-groepen richten zich op de mensen met minder sociale en emotionele mogelijkheden en Liberman-modules zijn uitgewerkt specifiek op maat van de schizofrene patiënt. Groepen die zich focussen op herkennen, onderkennen en uiten van emoties ('werkgroep gevoelens' heet dit bij ons in de kliniek) sluiten ook naadloos aan bij de behoefte aan steviger in de wereld staan. Tenslotte kunnen individuele vaardigheidstrainingen focussen op net die onontbeerlijke vaardigheid die die patiënt nodig heeft om zich te beredderen in de maatschappij. Ook iemand die lijdt aan paranoïde wanen heeft behoefte aan prettig (en allicht afgegrensd) contact. Dit kan geoefend worden.

Tegenwoordig maakt het 'Cognitieve model voor wanen en hallucinaties' furore. In de lage landen vindt men dit o.a. in de programma's van Marc van der Gaag genaamd : 'gedachten

uitpluizen'. Men gaat er van uit dat wanen in essentie interpretaties zijn van de werkelijkheid die de typische denk- en attributiestijlen en de kerncognities die iemand hanteert reveleren. Die interpretaties ( die ook de hallucinatoire belevingen interpreteren) zijn in principe met cognitieve technieken (psycho-educatie, socratische dialoog, gedragsexperiment) beïnvloedbaar, en op die manier kan iemand leren minder uit het lood geslagen te zijn door hallucinatoire belevissen. Ze kunnen zelfs de functie krijgen van eerste signaal van 'op de toppen van de tenen lopen'.

Hervalpreventie sluit dan aan bij wat vooraf duidelijk gemaakt is : zelf-structurering, gebruik van coping-vaardigheden, detectie en onderkenning van kritische situaties, werken aan medicatietrouw en het voorhanden zijn van 'helpscenari'o's die men naar noodzaak kan op gang zetten.

De cognitief gedragstherapeutische benadering van schizifrenie en psychose bedt zich in in een daartoe geëigende therapeutische relatie waar engagement, temporiseren en een non-confronterende benadering sleutelbegrippen zijn. Engagement verwijst naar de broodnodige veiligheid die de werkrelatie moet bieden en waarin een delicate empathie zijn plaats vindt. Temporiseren houdt rekening met de mogelijkheden van het moment en noopt soms tot een tactische maar transparante terugtocht. Het niet-confronteren houdt in dat het hier gaat om een bondgenootschap tussen patiënt en hulpverlener waarin die laatste weliswaar onderhandelingen op gang zet maar waarbij de patiënt uiteindelijk het laatste woord heeft.

Al deze manieren van werken vinden zowel in de ambulante als in de residentiële setting hun inbedding, en kunnen bovendien netjes van de ene sector naar de andere vertaald worden, zodat netwerken en zorgcircuits hierop kunnen inspelen.

Ten slotte : Hou de Acceptance and Commitment Therapy geïnspireerd op het werk van Steve Hayes in de gaten! Het ziet er naar uit dat zij vanuit een aparte invalshoek op termijn ook een wezenlijke bijdrage zullen leveren aan de benadering van psychotici, de derde generatie-gedragstherapie komt hier ook op de proppen met o.a. het acceptance-begrip.

Jan Callens  
Klinisch psycholoog/ gedragstherapeut  
Revakliniek  
Kliniek Sint Jozef Pittem