

Auteurs :

M.A.J.ROMME
A.D.M.A.C.ESCHER
J.L.M.G.BUTENAERTS

COGNITIEVE THERAPIE BIJ PSYCHOSE EN STEMMEHOREN.

Trefwoorden : cognitieve therapie - psychose - stemmenhoren.
cognitive - psychosis - auditory hallucinations

Samenvatting.

In deze literatuurstudie wordt een overzicht gegeven van de huidige cognitieve benaderingen bij psychose en stemmenhoren. Stemmenhoren komt voor bij diverse diagnostische categorieën voor en bij mensen waarbij geen psychopathologie geconstateerd werd. Literatuur onderzoek naar neuroleptica is vooral gericht op schizofrenie en daarvan is al lang bekend dat bij twee derde van de schizofrene patiënten neuroleptica geen, of onvoldoende invloed heeft op de psychotische belevingen en/of op stemmen. In dit artikel wordt de noodzaak van alternatieve interventies naast neuroleptica wordt beargumenteerd. De laatste tien jaar is er toenemend meer aandacht voor cognitieve interventies gekomen. De werkwijze van een vijftal onderzoekers groepen met hun specifieke technieken wordt in dit artikel gepresenteerd evenals evaluerend onderzoek met diverse cognitieve technieken.

De conclusie wordt getrokken dat deze benaderingen een belangrijke aanvulling zijn op de traditionele : het gaat om een emancipatoir model, waarin de patiënt wordt versterkt en groeit in inzicht en autonome probleemhantering. Patiënten worden gestimuleerd om meer persoonlijk geïnvolveerd te raken bij hun psychotische belevingen. Uit evaluatie komt naar voren dat dit een verhoogd zelfgevoel tot gevolg heeft. Klinische effectiviteit is aangetoond. Er is vooruitzicht op betere kostenbeheersing. Ernstig moet worden overwogen deze benadering een plaats te geven in een nieuw consensusdocument over de behandeling van schizofrenie.

Inleiding.

In de psychiatrische praktijk ontmoeten we dagelijks mensen die lijden onder wanen en hallucinaties. Stemmenhoren kan een bijzonder akelige ervaring zijn, waarbij gevoelens van machteloosheid en angst beleefd worden en men het idee heeft gek te worden. Hoe indringender de stemmen, hoe depressiever en angstiger men is (Hustig, 1990).

Stemmen horen komt zeer frequent voor bij schizofrenie (Slade & Bentall, 1988), het

komt eveneens voor bij depressies, persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen (Bliss e.a., 1983; Putnam, 1986; Mueser & Butler, 1987) en het komt voor zonder stoornissen op as I of as II ; zonder psychopathologie.

Uit meerdere onderzoeken kwam naar voren dat stemmen horen op zichzelf geen pathognomonisch verschijnsel is (Asaad, 1986). In een Amerikaans bevolkingsonderzoek (n = 15258 personen), met de DIS (Robins e.a., 1981) als psychiatrisch diagnostisch instrumentarium, werden in 2,3 % auditieve hallucinaties vastgesteld. Van deze stemmenhoorders gaven 2/3 aan geen hinder ervan te ondervinden (Tien, 1991). Bij een steekproef onder deze 2,3 % stemmenhoorders konden psychiaters in 55% van de gevallen geen psychiatrische diagnose stellen (Eaton, 1990). In Nederland beschreven Romme en Escher (1993), die de CIDI (Wittchen, 1991) gebruikten, een aantal patiënten waarbij hallucinaties voorkomen zonder verdere psychopathologie.

Het feit dat stemmen horen voorkomt bij gezonde mensen werpt dus de vraag op wat pathologisch beschouwd moet worden : het stemmen horen, of de wijze waarop op de stemmen gereageerd wordt. Vanuit deze vraagstelling en dit gegeven is het een goede ontwikkeling dat alternatieve methoden aandacht krijgen naast de bestaande vormen van behandeling zoals medicatie en psycho educatie.

Medicatie en **psycho educatie** geven een eenzijdig beeld van het stemmen horen en wijzen de patiënt erop dat stemmen horen een symptoom van een ziekte is, waaraan hij zelf niet veel meer kan bijdragen dan het innemen van medicatie en het vermijden van specifieke stress. Dit is niet alleen een verlamme, maar ook een bedreigende boodschap. Een boodschap met weinig hoop voor de toekomst, een boodschap die de suïcidaliteit kan doen stijgen. Een gevoel van miskenning verlaagt de compliance om medicijnen te gebruiken (Read en Reynolds, 1996).

Bovendien is uit onderzoek al lang bekend dat neuroleptica onvoldoende effectief werken. Een conservatieve schatting is dat een kwart tot de helft van neuroleptica gebruikende patiënten, die als schizofreen zijn gediagnosticeerd, bij voortdurende psychotische belevingen blijven houden en hun ideeën niet veranderen (Davis, 1975; Kane, 1988; Lieberman e.a., 1991; Johnstone e.a., 1991). Neuroleptica onderdrukken in de gunstigste gevallen wel het symptoom, maar dragen niet bij aan de omgang ermee. Patiënten zijn bovendien vaak ontevreden over het feit dat er niet op hun beleven wordt ingegaan en zij daarover niets leren.

Sinds in de negentiger jaren gecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van psychotherapie bij psychose meer negatieve dan positieve resultaten opleverden (Mueser, 1990; McGlashan, 1994) zijn vooral in de Verenigde Staten de psychotherapeutische, op inzicht georiënteerde, benaderingen verlaten. Toch werden er in diezelfde tijd met klinische psychotherapie ook opmerkelijk positieve resultaten zijn geboekt. Cullberg en Levander (1991) stelden in Zweden vast dat door psychotherapie volledig herstel bij schizofrenen mogelijk was. Bij hun onderzoek stelden ze de diagnose strikt volgens DSM III criteria. Het herstel van de patiënten kon hier om meerdere redenen uitsluitend aan de psychotherapie worden toegeschreven.

De laatste tien jaar zien we een sterke ontwikkeling van allerlei vormen van cognitieve therapie. Zoals de inzichtgevende psychodynamische zienswijze gaat ook de cognitieve benadering in op de inhoud van de psychotische beleving, maar er wordt in een verschillend kader gewerkt. Leren hanteren van emotie heeft voorrang boven het verkrijgen van inzicht. Gedragstherapeutische technieken om de symptomen en angsten te hanteren worden aangewend. Door het kritisch ingaan op de overtuigingen is de benadering van de inhoud ik-versterkend. Werkend vanuit een steunend en veilig contact versterkt cognitieve therapie toch de autonomie van de patiënt. Het cognitief model biedt de patiënt de mogelijkheid zelf bij te dragen aan de vermindering van zijn problematiek. Het differentieert de problematiek omdat het meerdere aspecten daaraan onderscheidt die de patiënt herkent. Deze herkenning is een stimulans tot meewerken en versterkt het gevoel van eigenwaarde van de patiënt.

De cognitieve therapievormen werken al deze aspecten en zij trachten het proces te beïnvloeden tussen de waarneming van de stemmen en de reactie daarop. Doel van dit artikel is een recent overzicht te geven van deze methoden.

Cognitieve benadering.

De cognitieve benadering zoekt naar een verklaring voor verschillende wijze waarop mensen kunnen reageren op hun stemmen. Dit uitgangspunt leert het fenomeen stemmenhoren beter te begrijpen (Chadwick en Birchwood : 1994, 1995). De cognitieve zienswijze stelt dat zowel (extreme) gevoelens als het gedrag van mensen eerder bepaald worden door hun verklaringen over feiten en gebeurtenissen dan door deze feiten of gebeurtenissen zelf. Gevoelens en gedrag kunnen beïnvloed worden door met deze cognities te werken. Van hieruit bekeken is het waarnemen van de stemmen zelf niet zo zeer het probleem, maar wel de manier waarop de persoon hierop reageert.

Mensen die hinder ondervinden van hallucinaties ontwikkelen zelf coping strategieën en meestal zijn dit afleidingstechnieken (Falloon en Talbot, 1981; Breier en Strauss, 1983; Cohen en Berk, 1985; Tarrrier, 1987; Romme, 1989,1992,1996). Op deze wijze ontwijkt men het onmiddellijke gevaar en de afleiding kan eveneens verlichting bieden. Op korte termijn bevordert deze vorm van coping de psychische stabiliteit. Echter onderliggende problematiek wordt niet verhelderd of opgelost, en dit stimuleert het in stand houden van psychotische afweer en symptomen (Miller, 1993; Benjamin 1989).

De laatste jaren is er door meerdere wetenschappers onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van cognitieve therapieën bij stemmenhoorders. Hun onderzoeken zijn min of meer in dezelfde tijd ontwikkeld, hebben elkaar beïnvloed en zijn in grote mate gebaseerd op het werk van Beck (1952). De technieken worden vaak toegepast in combinatie met gedragstherapeutische technieken en benoemd als **cognitief-gedragtherapeutische** benaderingen (Haddock en Slade, 1996).

Cognitieve therapieën zijn gericht op diverse aspecten van het proces tussen waarneming en reactie hierop. In dit artikel zullen we de technieken van vijf onderscheiden methoden van vijf onderzoeksgroepen bespreken, geordend naar het jaar van de eerste publicatie. **Romme en Escher** (1989, 1996) maken het stemmenhoren begrijpelijk vanuit de onderliggende sociaal-emotionele problematiek. **Tarrier** (1992, 1993a, 1993b) en **Yussupoff** (1996) versterken de coping. **Haddock** en **Bentall** (1993, 1996) exploreren de triggers voor het stemmenhoren ("focussen"). **Chadwick en Birchwood** (1994, 1995) en **Chadwick en Lowe** (1995) werken met de beliefs, de overtuiging welke iemand heeft over de stemmen. **Kingdon** (1994) en **Turkington** (1996) stellen de vraag centraal hoe dat gaat bij normalen, welke fysiologische omstandigheden stemmenhoren bevorderen. Zij plaatsen de ervaringen in het 'normale' en luisteren naar de thema's.

Opbouw van de werkrelatie.

Alle onderzoekers accentueren het belang van de opbouw van een vertrouwensrelatie. Hierbij staat acceptatie van de beleving centraal. De behandelaar toont begrip voor de overtuigingen (wanen) en voor de angst voor de almacht van de stemmen en insisteert niet als de patiënt zich bedreigd voelt. Er is een empathische houding. De houding is realiteitsgericht maar niet confronterend. Men verzekert dat de patiënt zich op elk ogenblik uit de therapie kan terugtrekken.

Pas als met de patiënt een relatie is opgebouwd, waarin deze zich geaccepteerd voelt, gaat men verder met het verkennen van zowel de hallucinaties als de daarover gevormde overtuigingen (wanen), waarbij het lijden teweeggebracht door de stemmen de motivatie ondersteunt.

Het begrijpelijk maken van het stemmenhoren en versterken van de persoon.

M.Romme en **A.Escher** (1989, 1992, 1993, 1996) richten zich op het begrijpelijk maken

van de stemmen. Zij exploreren of het stemmen horen een reactie is op vroeger doorgemaakte problemen of op een actuele levenssituatie. In een gestructureerde dialoog over velerlei aspecten worden voor de hulpverlening vijf elementen daaruit gebruikt die de relatie tussen stemmen horen en levensgeschiedenis moeten duidelijk maken. De identiteit: hebben de stemmen een naam of worden ze geacht afkomstig te zijn van een bepaalde persoon of identiteit? Vervolgens komen de karaktertrekken van de stem aan bod. Welke personen en problemen representeren ze? Op welke manier praten ze tegen de persoon? Welke thema's komen daarbij aan bod? Een belangrijk facet vormen de omstandigheden rond het begin. Hieruit kan een relatie met bepaalde traumata of machteloos makende situaties naar voren komen. De triggers (wat activeert de stem?) en de inhoud van wat de stemmen zeggen kunnen wijzen naar onderwerpen waarmee de stemmenhoorder mogelijk problemen ervaart in zijn dagelijks leven. De jeugdgeschiedenis tenslotte geeft mogelijk aanwijzingen voor een geringe weerbaarheid of onduidelijkheid t.a.v. de eigen identiteit of zelfperceptie. Wanneer op al deze vraaggebieden naar hetzelfde probleem of dezelfde emoties wordt verwezen dan wordt daarmee het sociale/ emotionele probleem geïdentificeerd dat ten grondslag ligt aan het optreden van de auditieve hallucinaties. In casestudies beschrijven Romme en Escher (1993, 1996) hoe deze elementen zich verhouden bij een reeks van vijf individuen. In een empirische studie van Pennings en Romme (1996) werden deze elementen bij 48 stemmenhoorders onderzocht.

'Coping strategy enhancement'.

Deze aanpak van **Yussupoff en Tarrier** (1996) is een individueel trainingsprogramma voor chronische patiënten, dat gericht is de omgang met hallucinaties en wanen te verbeteren door met de emotionele reactie die ze oproepen om te leren gaan. Ze gaan er vanuit dat een fysiologische angstbeleving als reactie op hallucineren waanachtige belevingen en waanvorming in de hand kan werken (cognitie: 'die stem doet iets met mijn lichaam en is dus heel machtig en gevaarlijk'). Het gaat er bij deze techniek om de reacties op het stemmen horen in kaart te brengen en hier invloed op te krijgen.

De therapie begint met het gedetailleerd en concreet inventariseren van de symptomen. Psychotische symptomen, emotionele reacties, cognitieve aspecten, gedragsmatige aspecten worden daarbij besproken. Verwachtingen omtrent verandering of verlies van de psychotische symptomen worden geëxploreerd. Er wordt begrip getoond voor de gehechtheid aan de stemmen, die ook verlichting van het lijden kunnen bieden. Sommige patiënten vrezen bovendien dat als de stemmen verdwijnen ze geconfronteerd zullen worden met een innerlijke leegte en sommige zijn bang dat met het verdwijnen van de stemmen ook de hulpverlening verdwijnt.

Specifieke interventies zijn het verkennen van de stemmen en het invloed krijgen op emotionele reacties die ze oproepen. Hiertoe worden stimulussituaties gecreëerd. Een van de mogelijkheden is terug te gaan naar situaties waarin men die stemmen hoorde, of men kan de stemmen zelf oproepen tijdens de behandelsessie. Het eerste behandelingsdoel kan zijn cognities op te roepen ('hot cognitions') om ze te veranderen. In dat geval worden daarna cognitieve technieken aangewend zoals beschreven door Chadwick en Birchwood (1994). De stemmen worden van een betekenis voorzien. De patiënt leert dat ze vanuit hemzelf voortkomen. Een tweede behandelingsdoel kan zijn de stemmen op te roepen (blootstelling) met de bedoeling de patiënt vervolgens te trainen in het achterwege laten van de respons, bijvoorbeeld door ritueel gedrag (respons preventie). Het aanleren van alternatieve gedragingen is een volgende benadering. **Yussupoff en Tarrier** beschrijven coping strategie training met aandachts/ afleidingsstrategieën, ontspanningstechnieken, beroep doen op eigen activiteit.

Een pilot studie toonde een vermindering aan van de ernst van de positieve symptomen. Door deze studie verwierf de groep subsidie van de Wellcome Trust voor een grootschaliger onderzoek over 5 jaar. Deze studie is nog niet beëindigd.

Focussen.

Haddock en Bentall (1993, 1996) beschrijven het focussen, een techniek waarbij de

aandacht in een bepaalde volgorde op diverse aspecten van de beleving van de stemmen wordt gericht.

Zij gaan uit van de attributietheorie van Bentall (1990, 1991) : hallucinaties zijn van oorsprong stoornissen in het informatieproces. Hallucinanten schrijven vergeleken met niet-hallucinanten de oorsprong van informatie foutief vaker toe aan een externe bron i.p.v. aan interne processen. Het correct attribueren van belevingen aan zichzelf zou dus het hallucineren van stemmen tegengaan. In overeenstemming hiermee is de hypothese van Frith (1988) dat positieve symptomen bij schizofrenie te maken hebben met gestoord monitoren van interne psychische processen. De neuropsychologische hypothese (Schmand, 1992) stelt dat een cognitieve stoornis bij schizofrenie te maken heeft met een stoornis in informatieverwerkingsprocessen (zoals realiteitsmonitoren). Volgens deze psychodynamische theorieën kan een cognitieve bias in de hand worden gewerkt doordat, zoals gesteld, de stemmen een afweerfunctie hebben waarbij bedreigende psychische inhoud buiten het ik worden gesteld (projectieproces) (Benjamin, 1989).

Bij het focussen gebeurt systematisch: in een bepaalde volgorde (volgens de mate van bedreigend zijn) en gaat per sessie in op een aantal aspecten. Eerst komen fysieke karakteristieken zoals aantal, volume, sexe, leeftijd aan de orde. Vervolgens geeft men aandacht aan triggers die de stemmen uitlokken. Dan wordt er op de inhoud ingegaan : eerst de thema's, en vervolgens de letterlijke inhoud. Tot slot focust men op de mogelijke relatie met de eigen gedachten en zodoende op de emotionele betekenis. Hierbij wordt ook voortdurend geoefend in re-attributie en correct monitoren. Re-attributie betekent dat men zich bewust wordt van de interne oorsprong van de stemmen. Het kunnen praten over de stemmen in een veiligheid biedend contact kan desensitiseren voor de angstwekkende psychotische belevingen. Conflict- en probleemgebieden worden zichtbaar voor de patiënt. Verwerken hiervan leidt tot ik-versterking.

Haddock en Bentall (1996) beschrijven onderzoek bij een groep van 11 patiënten na de behandeling en bij follow up na zes maanden. Zij vinden een significante afname van de frequentie van het stemmen horen en vermindering van de angst ervoor als de inbreuk op het persoonlijke leven. De stemmen werden gemeten met een stemmendagboek en de PQRST (Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique). Een niet-significante verhoging van de zelfwaardering werd gemeten en met de Rosenberg Self-esteem Scale.

Kritisch ingaan op de overtuiging.

De interventies van **Chadwick** en **Birchwood** (1994,1995) en **Chadwick** en **Lowe** (1994) zijn vooral gericht op de overtuiging over de stemmen. Zij zetten deze samen met de patiënt op een rij en te voorzien van een cijfer voor de mate van zekerheid over deze overtuiging. Bijvoorbeeld als de stemmenhoorder ervan overtuigd is dat de stemmen afkomstig zijn van zijn overleden grootmoeder dan geeft krijgt deze overtuiging een 9 of een 10. Twijfelt hij soms dan wordt het een 5 of een 6. Daarna gaat de therapeut per overtuiging na welke argumenten voor de patiënt van belang zijn bij het in stand houden ervan. Men begint met de minst zekere overtuiging. Vervolgens gaat de therapeut met de patiënt de overtuigingen uittesten ('reality-testing tasks').

Men begint bijvoorbeeld met de overtuiging "ik heb geen controle over de stemmen". Deze wordt herlabeld ze tot "ik kan niet beïnvloeden of ik ze wel of niet hoor". Vervolgens vraagt men de patiënt wanneer hij stemmen hoort tegelijkertijd zelf ook te spreken. Aangezien stemmen verdwijnen op het moment dat men zijn eigen stem hardop gebruikt, toont deze afleidingsoefening meestal aan dat men de stemmen wel kan beïnvloeden.

Corstens (1997) beschrijft een ander voorbeeld. Wanneer iemand denkt dat zijn gedachten luid zijn en gehoord kunnen worden door anderen, kan men de persoon vragen bijvoorbeeld op een drukke, publieke plaats te oefenen door in de gedachten "kom eens hier" of "daar ligt een briefje van 100 gulden" te zeggen. Hij moet dan tegelijkertijd het gedrag van voorbijgangers observeren en zal merken dat anderen niet reageren.

In de therapie gaat men dus systematisch alle overtuigingen van de patiënt na. Door

middel van realitytesting's taken worden hardnekkige verklaringen aan nieuwe ervaringen getoetst. Vervolgens biedt men een alternatieve interpretatie aan. Daarna wordt samen met de patiënt besproken in hoeverre de overtuiging een pogingen was om bepaalde levenservaringen zin te geven.

In een nog lopend onderzoek doen Chadwick e.a. (persoonlijke mededeling) 8-10 zittingen durende cognitieve groepstherapie die zich erop gericht zijn systematisch de twee belangrijkste overtuigingen nl. "mijn stemmen zijn erg machtig" en "ik heb geen controle over mijn stemmen" te beïnvloeden. In de eerste drie groepen met respectievelijk vijf, drie en vijf deelnemersverminderde gemiddeld de overtuiging met 25 %.

Normaliseren.

Ook **Kingdon** (1994) en **Turkington** (1996) beschrijven bij hun 'normalising cognitive behavioural therapy' het cognitieve model als vorm van psycho educatie.

De nadruk ligt bij hen op het normaliseren van de catastrofale beleving van het ziek zijn: het besef psychotisch, schizofreen of gek te zijn, is vaak heel bedreigend en ontwrichtend. Het luxeert verdere psychotische decompensatie.

Een normaliserende, decatastroferende interventie is voorlichting geven over o.a. het stress-kwetsbaarheidsmodel van Zubin (Zubin en Spring, 1977), om duidelijk te maken dat een opeenhoping van stressoren psychotische symptomen kan veroorzaken. Het is volgens hen decatastroferend voor een patiënt te vernemen en te laten lezen dat hallucinaties kunnen voorkomen in acute stress situaties zoals gijzelingssituaties, in fysiologische stress situaties (slaapdeprivatie en sensoriele deprivatie), in langdurige stress situaties (isolatie in gevangenschap), en na ernstige traumata (posttraumatische stress-stoornis).

Hierna kan gewerkt worden aan het identificeren van de stressoren en het opsporen van de antecedenten van de psychotische fase. In therapie geeft men aandacht aan de overtuigingen (wanen), die opgevat worden als ontspoorde schema's en die voor de stemmenhoorder als functie hebben zichzelf te beschermen tegen ondermijnend verlies van zelfgevoel en zelfwaardering. Deze denkschema's worden in kaart gebracht en bewerkt.

Gecombineerde aanpak van Jenner.

Dan mag **Jenner** (1996) uit Groningen niet onvernoemd blijven. Hij heeft zich niet zozeer geprofileerd door een specifieke methode, maar hij richtte aan het Academisch Ziekenhuis Groningen een 'stemmenpolikliniek' op. Zijn aanpak is een combinatie van verschillende cognitieve therapieën. Bij patiënten die in behandeling worden genomen begint men eerst aan de hand van met een registratieformulier met de inventarisatie van de klachten. Vervolgens wordt over de behandeling onderhandeld met congruente en paradoxale motiveringstechnieken. Er wordt een cognitieve therapie module aangeboden, een coping training module (angstmanagementtechnieken, afleidingstechnieken, focusen), een module psycho educatie en medicatie (volgens protocol). De patiënt brengt bij voorkeur een persoon uit het netwerk mee die ook psycho educatie krijgt en in de behandeling wordt betrokken.

Jenner rapporteerde opmerkelijke resultaten over zijn aanpak bij een groep patiënten met veelvuldige andere behandelingen en een lange voorgeschiedenis (Van de Willige, 1996). Van 40 patiënten waarbij de behandeling werd geëvalueerd gaf 20 % aan geen stemmen meer te horen (twee maanden klachtenvrij). 42 % had minder last van stemmen, beleefde minder angst en had het gevoel er meer controle over te hebben. Er was een grote satisfactie (78% was tevreden tot zeer tevreden over de behandeling).

gecontroleerde onderzoeken

Recente gecontroleerde onderzoeken tonen eveneens aan dat de cognitieve benadering een vruchtbare werkwijze is.

Drury (1996) deed een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek bij 40 opnamepatiënten in de **acute** fase van een niet-affectieve psychose. Hij paste in de experimentele conditie gedurende 12 weken zowel individuele en groeps-cognitieve

therapie toe die gericht was op het kritisch ingaan op de overtuigingen. In de controlegroep kregen de 20 deelnemers evenveel uren non-directief therapeutisch contact. In beide groepen werden psychofarmaca voorgeschreven. De ontslagdatum bepaald door een consultatief werkend psychiater, die alleen op de hoogte was van het feit dat alle patiënten aan een supportief programma deelnamen. Er werd gemeten op de Psychiatric Assessment Scale (Krawiecka, 1977).

Na 7 en na 12 weken was er in de experimentele groep een significant sterkere afname van positieve symptomen, dit verschil was nog significant bij follow-up na negen maanden. De herstelperiode was significant korter in de experimentele groep; dit verschil bedroeg met de opnameduur als criterium 45 % en met het volledig verdwijnen van positieve symptomen als criterium 30 %.

Kuipers (1997) en **Garety** (1997) deden bij **chronisch** psychotische patiënten een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van een gecombineerde aanpak met kritisch ingaan op de overtuiging, trigger identificatie, aanleren van alternatieve gedragingen, identificeren en bijsturen van negatieve denkschema's. De deelnemers leden onder minstens 1 positief psychotisch symptoom dat sinds minimaal 6 maanden aanwezig was en tot dan toe niet op medicatie had gereageerd. De gemiddelde ziekteduur van de deelnemers was 12 jaar. Duur van de behandeling was 9 maanden.

Op de BPRS (Overall en Gorham, 1962) was in de experimentele groep (n=28) een belangrijke klinische verbetering (afname van de BPRS score met minimaal 10 punten) bij 21 % en een redelijke klinische verbetering (afname van de BPRS score met minimaal 5 punten) bij 29 %. Bij 3 % was er een verslechtering (toename van de BPRS score met minimaal vijf punten). In de controlegroep (n=32) was er een belangrijke klinische verbetering bij 3 %, een redelijke klinische verbetering bij 28 % en een verslechtering bij 9 %. In de experimentele groep bleef de gemiddelde toegediende neuroleptische medicatie constant, in de controlegroep nam dit toe.

Met de Maudslet Assessment of Delusions Schedule (Buchanan, 1993) bleek een positieve score op de vraag "is het mogelijk dat U zich vergist" een predictieve waarde te hebben.

Lecompte (1997) vergeleek de directe psychiatrische kosten, 1 jaar na de indexopname, van een groep therapieontrouwe schizofrenen, die een cognitief-gedragstherapeutisch programma afwerkte, met die van een controlegroep. In de therapeutische groep werd een significante kostenreductie geboekt.

Conclusie

Uit deze evaluatiestudies en de voorgaande beschrijving van de therapievormen blijkt dat de cognitieve gedragstherapie klinisch effectief kan zijn. De benadering past in de emancipatie van de psychiatrische patiënt door versterken van autonomie en zelfwaardering. Er is bovendien vooruitzicht op betere kostenbeheersing. De conclusie uit deze onderzoeken en uit de succesvolle behandeling van mensen met psychotische verschijnselen en mensen die stemmen horen zou moeten zijn dat ernstig overwogen moet worden deze benadering een plaats te geven in een consensusdocument over de behandeling van schizofrenie.

Summary :

In this review an outline is presented of the actual cognitive-behavioural treatment approach of psychosis and auditory hallucinations. Auditory hallucinations occur inside and outside of psychotic states. In psychosis despite neuroleptic treatment patients often still suffer a great deal from their hallucinations. The different researchers use common elements and specific techniques in their treatment.

These kind of interventions are stimulating for patients hearing voices to become more personally involved in their treatment. Evaluation shows reduction of anxiety,

heightening of self esteem and clinical effectivity. These interventions are complementary to pharmacological treatment and psychoeducation.

Literatuur.

- Andreasen, N.C. (1984). *The Broken Brain : The Biological Revolution in Psychiatry*. New York : Harper and Row.
- Asaad, G. en M.D. Shapiro (1986). Hallucinations : theoretical and clinical overview. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1088-1097.
- Beck, A.T. (1952). Succesful out-patient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Benjamin, L.S. (1989). Is chronicity a function of the relation between the person and the auditory hallucination? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 291-309.
- Bentall, R.P. (1990). The Illusion of Reality : A Review and Integration of Psychological Research on Hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.
- Bentall, R.P., G.A. Baker, en S. Havers, S. (1991). Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 213-222.
- Bentall, R.P., G. Haddock, en P.D. Slade (1994). Psychological treatment for auditory hallucinations : from theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Bliss, E.L., E.M. Larson, en S.R. Nakashima (1983). Auditory Hallucinations and Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 30-33.
- Breier, A. en J.S. Strauss (1983). Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1141-1145.
- Breier, A., J.L. Schreiber, J. Dyer e.a. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 48, 239-246.
- Buchanan, A., A. Reed, S. Wessely e.a. (1993). Acting on delusions. 2 : The phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry*, 163, 77-81.
- Chadwick, P.D.J. en M.J. Birchwood (1994). The omnipotence of voices : A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P.D.J. en M.J. Birchwood (1995). The omnipotence of voices II : The beliefs about voices questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 165, 773-776.
- Chadwick, P.D.J. en C.F. Lowe (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour, Research and Therapy*, 32, 355-367.
- Cohen, C.I. en L.A. Berk (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 407-410.
- Corstens, D. en A. Hofman (1997). Cognitieve therapie bij een psychotische man. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 17, 97-109.
- Cullberg, J. En S. Levander (1991). Fully recovered schizophrenic patients who received intensive psychotherapy. *Nord Psykiatr. Tidsskr.*, 45, 253-262.
- Davis, J.M. (1975). Overview : Maintenance Therapy in Psychiatry: I. Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1237-1245.
- Drury, V., M. Birchwood, R. Cochrane e.a. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
- Drury, V., M. Birchwood, R. Cochrane e.a. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis : a controlled trial. II. Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.
- Eaton, W.W., A. Romanoski, J.C. Anthony e.a. (1991). Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 689-693.
- Falloon, I.R.H. en R.E. Talbot (1981). Persistent auditory hallucinations : coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329-339.
- Fowler, D., P. Garety, P. en E. Kuipers (1995). *Cognitive behaviour therapy for*

psychosis. Chichester : J.Wiley.

- Frith.C.D. en D.J. Done (1988). Towards a neuropsychology of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 153, 437-443.
- Haddock,G., R.P. Bentall en P.D. Slade (1993). Psychological treatment of chronic auditory hallucinations : two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 335-346.
- Haddock,G., R.P. Bentall en P.D. Slade (1996). Psychological treatment of auditory hallucinations : focusing or distraction? In Haddock, G. & P.D. Slade (Red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London : Routledge.
- Hustig,H.H. en R.J. Hafner (1990). Persistent auditory hallucinations and their relation to delusions and mood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 264-267.
- Jenner,J.A.,I. Van Gorkum en D.Wiersma (1996). *Copingtraining en cognitieve therapie bij schizofrenie-patiënten met chronische en invaliderende hallucinaties. Een protocol voor behandeling*. Groningen, Afdeling Psychiatrie, AZG/ RUG.
- Johnstone,E.C., D.G.C. Owens, C.D.Frith e.a. (1991). Clinical findings : abnormalities of mental states and their correlates. The Northwick Park follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 159, 21-25.
- Kane,J., G. Honigfeld, J. Singer e.a., (1988). Clozapine for the Treatment-Resistant Schizophrenic. *Archives of General Psychiatry*, 45, 789-796.
- Kingdon, D.G. en D. Turkington (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia* Hove : Lawrence Erlbaum Associates.
- Krawiecka,M, D.Goldberg en M.Vaughn (1977). Standardised psychiatric assesment scale for chronic psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 36, 25-31.
- Lecompte,D.G.A. (1997). Impact op de directe psychiatrische kostenbeheersing van een individuele cognitief-gedragstherapeutische behandeling bij therapie-ontrouwe schizofrenen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 670-675.
- Lieberman,J.A., D.Mayerhof en A.Loebel (1991). Biological indices of heterogeneity in schizophrenia : relationships to psychopathology and treatment outcome. *Schizophrenia Research*, 4, 289-290.
- McGlashan,T. (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia ? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl.384 : 5), 147-152.
- Miller, L.J., E. O'Connor en T. DiPasquale (1993). Patients attitudes toward hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 150, 584-588.
- Mueser, K.T. en R.W. Butler (1987). Auditory Hallucinations in Combat-Related Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 299-303.
- Mueser, K.T. en H. Berenbaum (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia -is there a future ?*Psychological Medicine*, 20, 253-262.
- Overall,J.E. en D.R.Gorham (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pennings, M.H.A., M.A.J. Romme en A.A.J.G.M. Buiks (1996). Auditieve hallucinaties bij patiënten en niet-patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 648-659.
- Putnam,F.W., J.J. Garoff, E.K. Silberman e.a. (1986).The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder : Review of 100 Recent Cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Read,J. en J.Reynolds (1996). *Speaking our minds*. Houndmills : Macmillan Press.
- Robins, L.N., Helzer,J.E., Croughan,J. e.a. (1981). National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule : its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Romme, M.A.J. en A.D.M.A. Escher (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Romme, M.A.J., A. Honig, O. Noorthoorn e.a. (1992). Coping with voices : an emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161, 99-103.
- Romme, M. en S. Escher (1993). *Accepting voices*. London : Mind Publications.
- Romme, M. en S. Escher (1996). Empowering people who hear voices. In Haddock, G. en P.D. Slade (Red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London : Routledge.

- Schmand, B. (1992). Cognitieve functiestoornissen bij patiënten met een schizofrenie. In Verhoeven, W.M.A. en C.J. Sloof (Red.), *Ontwikkelingen in en rond de verblijfspsychiatrie*. Leiderdorp : Reed Healthcare Communications.
- Slade, P.D. en R.P. Bentall (1988). *Sensory Deception. A Scientific Analysis of Hallucination*. London : Croom Helm Ltd.
- Tarrier, N. (1987). An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141-143.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. In Birchwood, M. en N. Tarrier (Red.), *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. Chichester : J.Wiley.
- Tarrier, N., R. Becket, S. Harwood e.a. (1993a). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients : I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Tarrier, N., L. Sharpe, R. Becket e.a. (1993b). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients : II. Treatment specific changes in coping and problem-solving skills. *Social Psychiatry & Psychiatric epidemiology*, 28, 5-10.
- Tien, A.Y. (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Turkington, D. en D. Kingdon (1996). Using a normalising rationale in the treatment of schizophrenic patients. In Haddock, G. en P.D. Slade (Red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London : Routledge.
- Van de Willige, G., J.A. Jenner en D. Wiersma (1996). *Effectiviteit van de behandeling op de 'stemmenpoli' voor patiënten met persisterende auditieve hallucinaties. Een exploratief onderzoek*. Groningen, Afdeling Psychiatrie, AZG/ RUG.
- Wittchen, H.U., L.N. Robins, L.B. Cottler e.a. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.
- Yussupoff, L. en N. Tarrier (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. In Haddock, G. en P.D. Slade (Red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London : Routledge.
- Zubin, J. en B. Spring (1977). Vulnerability : a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Auteursgegevens :

J.L.M.G. Butenaerts is als psychiater verbonden aan het Vincent van Gogh Instituut te Venray.

M.A.J. Romme is hoogleraar Sociale Psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentieadres :

J. Butenaerts

Vincent van Gogh Instituut

Stationsweg 46

5803 AC Venray.

Prof. Dr. M.A.J. Romme