

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitieve gedragstherapie voor demoralisatie bij schizofrenie

Anton B.P. Staring¹ en Mark van der Gaag²

SAMENVATTING

In dit artikel wordt een behandelprotocol geschetst om demoralisatie bij patiënten met schizofrenie te behandelen. De behandeling wordt geplaatst in de context van een cognitief model van demoralisatie. De nadruk van dit model ligt op overdreven negatieve verwachtingen omtrent de eigen capaciteiten en sociale uitstoting. Deze verwachtingen vinden hun basis vermoedelijk in de geleden verliezen en cognitieve achteruitgang die patiënten hebben ondergaan, maar zijn desalniettemin vaak onrealistisch en werken vermijding en inactiviteit in de hand. Voor de assessment wordt het demoralisatie-interview gebruikt. Daarna bestaat de behandeling uit cognitief gedragstherapeutische interventies om de cognities waar mogelijk te corrigeren en vermijdingsgedrag op te heffen. Het doel van de therapie is niet om patiënten te herstellen tot hun oude niveau van functioneren, maar om ze te helpen bij het doorbreken van isolatie en inactiviteit door hun persoonlijke en situationele bronnen te mobiliseren en een zinvolle relatie te koesteren en doen groeien met de wereld om hen heen. Er worden verscheidene casussen gebruikt om de theorie toe te lichten.

INTRODUCTIE

Een patiënt die bekend is met slechte zelfzorg komt op bezoek bij zijn therapeut. Zijn kleren zien er die dag nog onverzorgder uit dan normaal en hij ruikt niet zo fris. Wanneer de therapeut ernaar vraagt, legt de patiënt –Mike– uit dat zijn moeder haar hand heeft bezeerd en daardoor het huishouden niet voor hem kan doen, zoals het wassen van zijn kleren. Op de vraag hoe Mike de was nu gedaan wil krijgen, vertelt hij dat hij zijn gezondheid en intelligen-

1. Bavo-Europoort, Carnissensingel 51, 3083 JA, Rotterdam

2. Parnassia, Oude Haagweg 357, 2552 ES, Den Haag

Correspondentie: Anton B.P. Staring, Trouwlaan 104, 5021 WN Tilburg

E-mail: tonnie@backwash.org

tie wil terugwinnen (via een obscure procedure) en dan een leuke vriendin wil nemen die voortaan zijn kleren wast.

Mike heeft twintig jaar geleden de diagnose schizofrenie gekregen. Hij scoort twee standaard-deviaties lager dan gemiddeld op cognitieve taken zoals aandacht, geheugen, planning en organisatie. Dat wijst op ernstige beperkingen in zijn cognitief functioneren. Zou dit betekenen dat hij niet in staat is om zijn was te doen, aangezien hij de nodige capaciteiten mist? Wanneer de therapeut ernaar vraagt, zegt Mike: 'Ik houd niet van de was doen.... En ik weet ook niet hoe de machine werkt.' Omdat hij de was nooit geprobeerd heeft en aangezien hij andere, net zo complexe machines wel kan bedienen (stereo, dvd-speler, oven), wordt een andere verklaring dan cognitieve beperkingen snel duidelijk: Mike heeft negatieve verwachtingen aangaande zijn capaciteit om onbekende taken uit te voeren, en daarnaast perfectionistische ideeën omtrent prestatie. Inactief gedrag en de zorg van moeder beschermen Mike voor de frustratie en mislukkingen die hij verwacht. Daarnaast geeft het hem het foutieve idee dat dagelijkse activiteiten meer energie kosten dan hij kan opbrengen. (Casus afkomstig uit Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009).

Mike is een patiënt waarvan je kunt zeggen dat hij gedemoraliseerd is geraakt. Vanwege psychoses, teleurstellingen en ervaren beperkingen is hij zichzelf onrealistisch laag gaan inschatten en heeft hij zijn activiteitsniveau overeenkomstig laag afgesteld. In die modus is hij vastgeraakt. Hij ervaart weinig energie, ziet het nut niet in van moeite doen en denkt dat hij vanwege de schizofrenie toch niks zal bereiken in het leven.

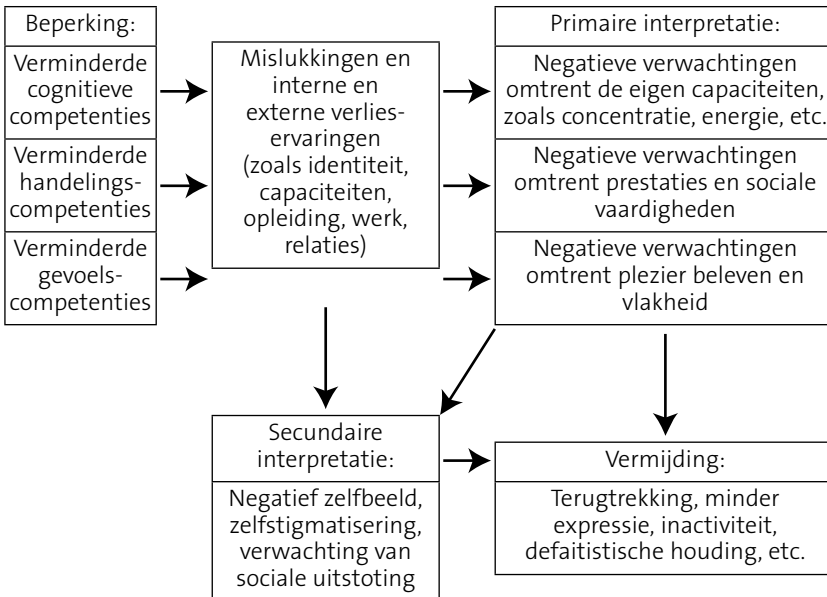
Een cognitief model van demoralisatie

Patiënten met schizofrenie hebben verliezen te verwerken. In het leven van de meeste patiënten hebben zich meervoudige mislukkingen voorgedaan, zoals op school, werk en in sociale relaties. Een oorzaak is 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. Demoralisatie wordt onder andere als term gebruikt in de palliatieve zorg en staat voor hopeloosheid, hulpeloosheid en verlies van betekenis en toekomstperspectief (Kissane, Clarke & Street, 2001). Subjectieve incompetentie is een belangrijk criterium (Cockram, Doros & de Figueiredo, 2009). Bij schizofrene patiënten is de term demoralisatie gebruikt in het kader van subjectief verlies van perspectief (Clarke & Kissane, 2002) en bijvoorbeeld om suicidaliteit te voorspellen (Restifo, Harkavy-Friedman & Shrout, 2009). Hier bedoelen we met demoralisatie dat patiënten niet uitstijgen boven de geleden verliezen. 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 het probeer om te gaan werken, krijg ik een terugval en word ik ontslagen.’ En hun *gevoelscompetenties*: ‘ik ben afgevlakt’ of ‘ik kan nergens meer van genieten.’

Zoals in het introductievoorbeeld van Mike zijn dergelijke gedachten vaak overdreven en foutief. 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 et al., 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 aan de andere kant ziet hij zijn foutieve opvattingen hierdoor niet weerlegd.

Door de disfunctionele gedachten omtrent het eigen functioneren (wat betreft het cognitieve apparaat, handelingen en gevoelens), ontstaat op schemaniveau, mede door het ervaren van stigma, vaak een negatief zelfbeeld:



Figuur 1 Een cognitief model van demoralisatie bij schizofrenie

‘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.

ASSESSMENT EN CASUS-CONCEPTUALISATIE

Om tot een behandelplan te komen met fasering van de verschillende behandelstrategieën, dient een casus-conceptualisatie te worden gemaakt. Een eenvoudige start is het demoralisatie-interview (Tabel 1), dat op dezelfde manier is gestructureerd als het model in Figuur 1.

Tabel 1 Het demoralisatie interview

<i>Domein</i>	<i>Vragen</i>
Negatieve verwachtingen omtrent de eigen capaciteiten	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zijn er dingen die je minder goed kunt dan anderen? Zo ja, waar ligt dat aan?</i> • <i>Heb je voldoende energie om dingen te doen?</i> • <i>Kun je de concentratie opbrengen om een te film kijken of een boek te lezen?</i> • <i>Heb je minder energie, concentratie en aandacht dan vroeger? Waar merk je dat aan?</i> • <i>Wat kun je wel en wat niet?</i>
Negatieve verwachtingen omtrent prestaties en sociale vaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zou het je lukken om weer te gaan werken?</i> • <i>Zijn er dingen die je niet meer doet, omdat het waarschijnlijk toch mislukt?</i> • <i>Vind je het wel eens moeilijk om met anderen te praten?</i> • <i>Hoe goed red je jezelf in een groep mensen?</i> • <i>Zijn er situaties waarin je het moeilijk vindt om te zeggen wat je bedoelt?</i> • <i>Vind je het leuk om naar cafe's te gaan, of andere plaatsen waar je nieuwe mensen kunt ontmoeten? Zo niet, waarom niet?</i>

Negatieve
verwachtingen
omtrent plezier
beleven en vlakheid

- *Welke dingen vind je leuk om te doen?*
- *Is het wel eens moeilijk om plezier te beleven? Zijn er specifieke situaties waarin dat vooral vaak gebeurt?*
- *Zijn er dingen die je vroeger leuk vond, maar waar je nu niet meer zo goed van kunt genieten?*
- *Is de mogelijkheid om plezier te beleven belangrijk voor je?*
- *Als je merkt dat je ergens niet meer goed van kunt genieten, hoe reageer je daar dan op? Wat vind je ervan?*
- *Heb je minder emoties dan vroeger? Wat vind je daarvan?*
- *Zijn er momenten waarop je geïnteresseerd bent, maar dat het lastig is om het te laten zien?"*
- *Is het wel eens gebeurd dat je je van binnen goed voelde, maar dat anderen juist zeiden dat je er down of somber uitzag? Wat vond je daarvan?"*

Negatief zelfbeeld
en
zelfstigmatisering

- *Heb je het idee dat je anders bent dan anderen? Zo ja, hoe zit dat?*
- *Denk je wel eens dat je beschadigd bent?*
- *Voel je jezelf wel eens minder dan anderen? Hoezo?*
- *Wat betekent het om psychosen mee te maken?*
- *Wat betekent dat voor je toekomst?*

Verwachting van
sociale uitstoting

- *Wat denken andere mensen over je?*
- *Heb je wel eens het idee dat als je jezelf zou uitdrukken, dat anderen je gek vinden?*
- *Of dat als je je emoties laat zien, dat je zult worden gekwetst?*
- *Denk je dat anderen aan je kunnen zien dat je een stoornis hebt of in behandeling bent?*
- *Als ze dat van je weten, hoe reageren ze er dan op?*
- *Lachen mensen je wel eens uit? Waarom?*
- *Laat je aan andere mensen weten dat je schizofrenie hebt? Zo nee, waarom niet?*

Vermijding

- *Op welke manier probeer je je energie te sparen?*
 - *Welke dingen die je vroeger deed, doe je nu niet meer?*
 - *Zijn er dingen die je zou willen doen, maar waar je jezelf moeilijk toe kunt zetten?*
 - *Wat heb je laten varen omdat het niet meer lukt?*
 - *Voel je je wel eens onder druk gezet om iets te doen, terwijl je het eigenlijk niet wilt?*
 - *Zijn er situaties waarin je het liefste stil bent en weinig zegt?*
 - *Zijn er onderwerpen waarover je liever niet praat?*
 - *Zijn er situaties waarin je het laten zien van je gevoelens probeert te onderdrukken?*
 - *Ben je graag tussen de mensen? Of ben je over het algemeen liever op jezelf?*
 - *Had je vroeger meer vrienden en vriendinnen dan nu? Wat vind je daarvan?*
-

Casus-conceptualisatie van demoralisatie

Met het demoralisatie-interview worden de bouwstenen voor de casus-conceptualisatie aangedragen. Naast het vaststellen van de klachten, gedachten en in stand houdende factoren, dient ook de relevante leergeschiedenis te worden bevraagd. Denk hierbij aan pesten, afwijzing, weinig vriendschappen, problemen op school, verminderde mogelijkheden om sociale vaardigheden op te doen, vroegere familiesituaties, relatiebreuken, etc. Houd hierbij de volgende vragen in gedachten: Was er een toenemend patroon van emotionele en sociale terugtrekking alvorens de eerste psychose ontstond, of is demoralisatie gevolgd op andere aspecten van de stoornis, zoals wanen en hallucinaties? In hoeverre zijn bij het begin van de stoornis levensdoelen onderbroken? Is er bijvoorbeeld sprake van verlies van werk of relaties? Wanneer neemt de demoralisatie toe? Welke klachten verergeren in reactie tot welke specifieke stressoren (inclusief het ontbreken van stress of uitdaging)?

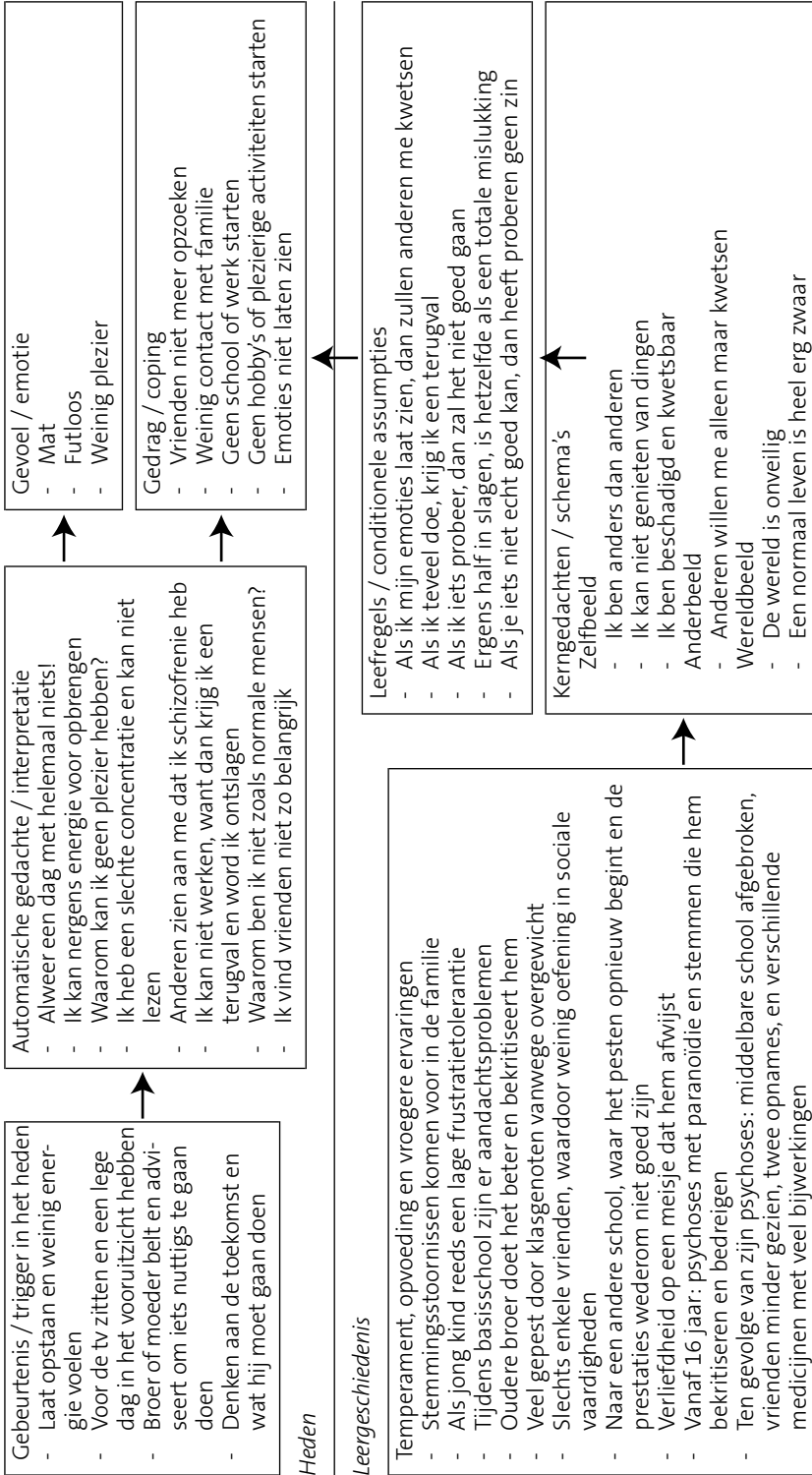
In figuur 2 staat een voorbeeld: de casus-conceptualisatie van Karel (32 jaar).

BEHANDELING

De behandeling van demoralisatie vindt niet in een vacuüm plaats, maar in het kader van het bereiken van betekenisvolle (levens)doelen van de patiënt. Levensdoelen worden gebruikt om de patiënt te betrekken in de therapie en vervolgens als deelnemer te behouden, hetgeen extra belangrijk is bij demoralisatie vanwege verminderde motivatie en neiging om zich te verbinden. De doelen van de patiënt worden opgedeeld in kleinere, concrete en haalbare subdoelen, en daarmee wordt gedurende de verdere therapie steeds gewerkt (Beck et al., 2009).

Om rekening te houden met cognitieve beperkingen is het gebruik van verschillende hulpmiddelen nuttig, zoals alle informatie naast uitspreken ook te visualiseren op een whiteboard; veel samenvattingen te geven, coping-kaarten te gebruiken; en handouts voor het werk dat de patiënt tussen de zittingen kan doen. Verder is voor cognitief beperkte patiënten de Socratische dialoog niet altijd geschikt. Het is soms beter om kort, direct en duidelijk met de patiënt te praten zodat er niet teveel beroep wordt gedaan op het werkgeheugen en de aandacht gericht blijft.

Indien mogelijk is het goed om familie bij de behandeling te betrekken. De familie wordt geïnstrueerd in een benadering van de patiënt overeenkomstig de stijl van de therapie, zoals niet bekritisieren van hetgeen de patiënt niet goed doet, maar vooral het bekrachtigen van wat wel lukt. Familie kan helpen bij huiswerkopdrachten, en wanneer familie goed wordt ingelicht kunnen misverstanden zoals verkeerde verwachtingspatronen worden voorkomen.



Figuur 2 Casus-conceptualisatie van Karel's demoralisatie

Psycho-educatie en normalisatie

De eerste stap in het aanpakken van demoralisatie is het normaliseren ervan voor de patiënt. Veel patiënten zijn bijvoorbeeld hun inactiviteit gaan zien als een bewijs dat ze lui en zwak zijn, en als een onvermijdelijk gevolg van de schizofrenie. Net zoals een therapeut de hallucinaties en wanen kan uitleggen op een continuüm met normale ervaringen binnen het *saliency-dopamine sensitivity model* (Kapur, 2003; Kapur, Mizrahi & Li, 2005), kan demoralisatie worden uitgelegd als een reactie op interne en externe verliezen. Daarbij is het ons inziens handig om gebruik te maken van het idee dat iedereen die grote verliezen meemaakt een periode nodig heeft om het te leren accepteren en ideeën over diens leven te herzien. Patiënten met schizofrenie hebben veel verliezen geleden en een periode om hiermee om te gaan is nuttig en normaal, inclusief bijbehorende emotionele reacties (Mauritz en Van Meijel, 2009). Daarbij is het in de praktijk handig gebleken om enkele voorbeelden van andere verliezen te gebruiken, zoals het verlies van een partner of het leren accepteren van een handicap, zoals in een rolstoel moeten zitten voor de rest van je leven. Patiënten begrijpen deze vergelijking goed, is onze ervaring.

Behandelstrategieën: algemeen

Fasering

Belangrijke cognities bij de patiënt worden vastgesteld met het demoralisatie-interview. Vervolgens is een algemene stelregel dat primaire interpretaties van cognitieve, handeling- en gevoelscompetenties als eerste worden behandeld. Zij zijn namelijk voeding voor de geschetste secundaire interpretaties omtrent zelfbeeld, zelfstigmatisatie en sociale uitstoting, en ze kunnen ook obstakels vormen voor de behandeling van die laatste. Na behandeling van deze primaire interpretaties kunnen de secundaire gedachten en vermijding al veel minder aanwezig zijn.

Doelen stellen, activiteitenregistratie en activering

Het is belangrijk om de behandeling te laten plaatsvinden in de context van realistische en betekenisvolle levensdoelen van de patiënt, die worden opgedeeld in zo concreet als mogelijke subdoelen. Verder kan bijna altijd nuttig gebruik worden gemaakt van een reeds langer bestaande behandelmethode, namelijk de activiteitenregistratie, waarbij per activiteit het ervaren plezier en de ervaren competentie worden gescoord door de patiënt (Kingdon & Turkington, 1994; Sensky et al., 2000). De patiënt houdt bijvoorbeeld in een schrift bij wat hij iedere dag doet, inclusief inactiviteit (voor de tv zitten, in bed liggen met een stripboek, etc.) en de tijdstippen. Aan iedere activiteit wordt achteraf een p0 tot p4 score gegeven (*geen plezier tot en met heel veel plezier*) en een g0 tot g4 score (*heb ik helemaal niet goed uitgevoerd tot en met dit heb ik zeer goed uitgevoerd*). Deze methode levert een overzicht van het dagelijkse

activiteitenniveau van de patiënt op, en het biedt aanknopingspunten om met de patiënt in gesprek te gaan over een meerdimensionaal beeld van zijn belevingen omtrent plezier en competentie. Tenslotte geeft het de mogelijkheid om uitbreiding van (nieuwe) activiteiten te introduceren en vooruitgang bij te houden.

Negatieve verwachtingen omtrent eigen capaciteiten

Tijdens het stellen van doelen kan een begin worden gemaakt door, na het opbreken in subdoelen, per subdoel samen een inschatting te maken van hoeveel inzet en welke capaciteit er nodig is om het te bereiken. Hierbij wordt direct een continuüm perspectief aangeboden om tegen te gaan dat de patiënt in alles-of-niets termen blijft denken. Een handige metafoor is *de automotor*, en wat die wel en niet kan doen op een vrijwel lege tot aan een volle benzinetank (Beck et al., 2009). De patiënt stelt samen met de therapeut een activiteitenlijst op waarin bij iedere activiteit wordt aangegeven hoeveel die aan inzet van de patiënt zou kosten: de patiënt kan aangeven dat hij die activiteit kan uitvoeren op een kwart bezinetank, een halfvolle tank, een drie kwart volle tank, etc., tot aan de ervaring dat het ver buiten zijn mogelijkheden ligt. Dit levert als het goed is al wat activiteiten op die in de huidige optiek van de patiënt goed te doen zijn op een dag, en ook levert het een genuanceerd beeld van wat veel inzet zou kosten, en welke activiteiten op dit moment nog buiten het bereik van de patiënt liggen, hetgeen voorlopig wellicht geaccepteerd kan worden.

Een volgende stap is het uitbreiden van de activiteiten, waarbij gestart wordt met de relatief makkelijk te halen subdoelen. Wanneer de patiënt ontdekt wat hij aankan, dan worden de negatieve gedachten bijgesteld en kan het proces worden vervolgd met de activiteiten die iets meer inzet kosten, etc.

Disfunctionele cognities kunnen in deze fase een belemmerende rol spelen, waardoor de patiënt zichzelf te laag inschat. Hoewel dit soms verholpen wordt door de activiteitenregistratie met plezier- en competentiescores, kan het gebeuren dat een patiënt hier niet aan toekomt, mogelijk omdat hij inschat dat hij niet in staat zal zijn om dat allemaal te onthouden en op te schrijven, of doordat hij de uitbreidingsopdrachten niet uitvoert. Het is dan nuttig om tijdens de zitting oefeningen te doen om de patiënt het tegendeel te laten ervaren. Een eenvoudig voorbeeld is het oefenen van een registratie van de vorige dag, waarbij de patiënt alles opschrijft en zijn scores noteert.

Ook kunnen gedragsexperimenten binnen de zitting worden uitgevoerd om negatieve verwachtingen van de patiënt omtrent zijn capaciteiten te toetsen als deze hem belemmeren om thuis nieuwe dingen te proberen. Karel (het voorbeeld van Figuur 2) vond bijvoorbeeld dat hij niet in staat was om weer een opleiding te volgen, omdat hij dacht dat hij zich niet kon concentreren en niet zou kunnen lezen. Hem aansporen om thuis iedere dag een paar bladzij-

den te lezen had geen effect, want hij voerde het niet uit. Aangezien hij graag meer wilde leren over geschiedenis, is gestart met het opzetten van korte quizjes in de therapiezittingen. Karel moest een bladzijde lezen en achteraf kreeg hij een aantal vragen over de tekst van de therapeut. Vooraf voorspelde hij zijn prestatie en hoeveel hij zou gaan scoren op de quiz. Hij bleek telkens hoger te scoren dan verwacht. Na verloop van tijd kon hij steeds meer lezen, en begon hij thuis weer voor zijn plezier romans te lezen.

Tabel 2 Prestatie registratieformulier voor de lees oefeningen van Karel Afkomstig uit Perivoliotis en Cather (2009)

<i>Datum</i>	<i>Wat verwacht ik dat er zal gebeuren als ik lees</i>	<i>Verwachte quizscore</i>	<i>Wat gebeurde er daadwerkelijk toen ik las</i>	<i>Gehaalde quizscore</i>
3-2	Mijn concentratie zal zo slecht zijn dat ik niets zal kunnen lezen. Ik zal erg gefrustreerd raken.	0%	Ik ben twee keer de aandacht verloren, maar kon het wel weer oppakken. Ik was een beetje geïrriteerd.	50%
10-2	Ik zal halverwege het leeswerk komen en dan kan ik niet meer doorgaan	10%	Ik heb alles kunnen lezen, maar moest een paar zinnen opnieuw lezen	55%
17-2	Ik zal alles kunnen lezen, maar ben het daarna allemaal vergeten	30%	Ik las het allemaal en was verrast dat ik de belangrijke zaken nog wist	67%

Een ander obstakel bij het uitbreiden van activiteiten waarbij negatieve verwachtingen omtrent mogelijkheden en capaciteiten de patiënt in de weg kunnen staan, is wanneer hij bang is om overspoeld te raken, bijvoorbeeld bij het blootstellen aan sociale situaties waarbij complexe interpersoonlijke vaardigheden zijn vereist. Het is dan zaak om een gradueel exposure programma op te zetten waarbij de patiënt stap voor stap hieraan wordt blootgesteld.

Tenslotte kan het gebeuren dat wanneer de patiënt weer meer activiteiten oppakt, anderen, zoals bijvoorbeeld familieleden, teveel van hem gaan verwachten en hem vragen om dingen te doen waarbij hij zich niet comfortabel voelt. Rollenspellen in de zitting kunnen dan nuttig zijn om met de patiënt te oefenen hoe hij zijn grenzen kan aangeven.

Negatieve verwachtingen omtrent prestaties en sociale vaardigheden

De verwachting van patiënten, dat indien ze zichzelf aansporen om bepaalde doelen te behalen het waarschijnlijk zal mislukken, draagt bij aan het patroon van terugtrekking en lage motivatie. Het wegwuiven van doelen wordt dan een

strategie ter bescherming voor gevoelens van inadequaatie, schaamte en vernedering. Aangezien de behandeldoelen erop gericht zijn om intrinsieke motivatie te koesteren, is een eerste stap het verminderen van externe druk die de patiënt mogelijk voelt van familieleden, vrienden, collega's, hulpverleners, etc. De eerste stap is daarom om met de patiënt vast te stellen vanuit welke richting hij druk ervaart om meer te presteren dan waartoe hij zichzelf in staat acht. Daarna worden deze mensen in de therapie betrokken om met hen te onderhandelen over hoe ze kunnen helpen in het therapeutische proces.

Daarna wordt de nadruk gelegd op functionele en betekenisvolle doelen van de patiënt. Deze worden opgesplitst in lange termijn doelen en korte termijn, week-tot-week doelen die in het kader van de lange termijn doelen staan. Sommige patiënten overvragen zichzelf met hoge inschattingen van wat ze kunnen behalen, waardoor de kans wordt vergroot dat het mislukt en de gedachten omtrent falen alsmede het terugtrekgedrag worden versterkt. Wat haalbaar is kan per patiënt worden ingeschat op basis van diens geschiedenis, huidige functioneren, mogelijkheden, capaciteiten, bestaande steun, etc. Ongeacht de precieze inhoud van de gestelde doelen, zijn het de taken van de therapeut om (1) de patiënt te activeren in het stellen van doelen; (2) doelen op te delen in kleinere, haalbare subdoelen; (3) de noodzakelijke stappen te structureren; (4) te leren om met obstakels om te gaan; en (5) tegenvallers te bespreken (Beck et al., 2009).

Vervolgens is het logisch om de methode van activiteitenregistratie te gebruiken, waarbij de competentiescores belangrijk zijn om met de patiënt te praten over hoe succesvol de activiteiten door hem worden uitgevoerd. Hierbij kunnen ook tendensen aan bod komen, zoals bijvoorbeeld selectieve aandacht waarbij de patiënt alleen oog heeft voor bevestiging van zijn negatieve verwachtingen en niet voor weerlegging ervan.

Patiënten kunnen enerzijds hun sociale vaardigheden onderschatten en anderzijds daadwerkelijk minder vaardigheden bezitten. Er is bij psychosen vaak een verminderde capaciteit om emoties bij andere mensen waar te nemen. Daarnaast hebben patiënten minder gelegenheid gehad om sociale vaardigheden te oefenen, doordat ze bijvoorbeeld opgenomen zijn, school hebben gestopt en zich terugtrekken. Wanneer de patiënt vindt dat hij niet goed kan communiceren, is het daarom zaak om dit serieus te nemen en het samen te onderzoeken in plaats van het direct als disfunctionele cognities te beschouwen.

Het kan ook zijn dat een patiënt juist niet doorheeft hoe gebrekkig zijn communicatie is. Karel was zich aanvankelijk niet bewust van zijn verminderde expressie en mimiek, totdat de therapeut het hem liet zien middels een korte video-opname met zijn digitale fototoestel. Daar keek Karel wel van op, en hij dacht direct aan hoe dit hem zou belemmeren bij het oppakken van sociale activiteiten en een nieuwe opleiding. Een functionele analyse liet zien dat zijn

verminderde expressie deels geactiveerd werd door angst, stigma en achterdocht, zoals te zien aan zijn gedachten: 'het is veiliger om niet te opvallend te zijn,' en 'als ik mijn emoties laat zien of teveel praat, dan zal ik er gek uitzien en zullen anderen me kwetsen.'

De therapeut gebruikte zijn interactie met Karel in de sessies om te oefenen met expressie en communicatie, door samen foto's van gezichtsexpressies te bestuderen en na te doen, en door conversatievaardigheden te oefenen. Karel bekeek zijn prestaties achteraf op video-opnamen. De therapeut bekrachtigde de kleinste stappen, bijvoorbeeld: 'Dat heb je goed uitgelegd – ik hoefde niet veel vragen te stellen'. De therapeut gaf specifieke voorbeelden van waarop Karel vooruitgang kon maken, zoals: 'Je stemgeluid was te zacht, en we hebben ontdekt dat luider spreken samengaat met meer communicatief zijn, dus daar moeten we aan werken'. Hierna werden moeilijkere taken geregeld door de therapeut, zoals Karel met een paar collega's van de therapeut laten praten en met de baliereceptioniste. Karel oefende ook bij zijn familieleden, die door de therapeut werden begeleid in het geven van feedback, met een nadruk op het complimenteren van verbeterde communicatie (Beck et al., 2009).

Negatieve verwachtingen omtrent plezier beleven en vlakheid

Patiënten kunnen aangeven weinig plezier te beleven en denken daarnaast dat ze ook weinig zullen genieten wanneer de mogelijkheid wordt geboden om aan activiteiten deel te nemen. Ze denken: 'Wat is het nut? Het wordt toch niet meer zo leuk als vroeger,' 'Het is saai,' 'Het is teveel moeite,' etc. Deze negatieve verwachtingen zorgen ervoor dat de patiënt niet deelneemt aan plezierige activiteiten, kansen mist, en daardoor zijn negatieve verwachtingen bevestigd dat niets in het leven nog plezierig is. Aangezien we uit onderzoek (Gard et al., 2007) weten dat deze patiënten net als anderen kunnen genieten wanneer ze eenmaal deelnemen aan activiteiten, is het belangrijkste behandeldoel om een lijst te maken met door de patiënt bedachte plezierige activiteiten, deze in te plannen in het dagelijkse gedragspatroon, en stap voor stap de negatieve verwachtingen omtrent plezier bij te stellen zodat ze geen obstakel meer vormen voor toekomstige deelname aan activiteiten. De stappen zijn als volgt: (1) negatieve verwachtingen vaststellen; (2) bewijs voor het tegendeel zoeken; (3) activiteiten inplannen; (4) plezierscores in de situatie registreren; en (5) de feedback gebruiken om de negatieve gedachten uit te dagen.

Het gaat bij negatieve verwachtingen omtrent plezier ook vaak weer om het zwart/wit denken, waarbij patiënten zeggen dat niets meer zo plezierig is als vroeger en daarom niet langer de moeite waard. Bij de registratie van plezierscores moet de alles-of-niets stijl worden doorbroken. Het is daarbij nuttig om de patiënt verschillende activiteiten met elkaar te laten contrasteren. Bijvoorbeeld:

T: Wat heb je gister gedaan?

P: Ik heb voetbal gekeken op tv.

T: Hoeveel plezier had je tijdens het voetbal kijken? 0% is helemaal geen plezier, en 100% is zeer plezierig.

P: Ik had 0%. Ik vond er niks aan, maar vroeger was het 100%.

T: En als je het eens vergelijkt met wat je me vorige week vertelde over de tandarts. Je vond het erg vervelend om naar de tandarts te moeten, weet je nog?

P: Ja, dat was echt verschrikkelijk. Ik zag er al dagen tegenop, en het was een pijnlijke behandeling.

T: Vond je het voetbal kijken even onplezierig als de tandarts?

P: [Lacht] Nee, zo erg was het gisteravond niet.

T: Als de tandarts een plezierscore van 0% krijgt, hoeveel hoger zou je het voetbal dan geven?

P: Nou, 10% of 20% denk ik.

T: Wat was het leukste of fijnste deel van het voetbal kijken?

P: Dat was eigenlijk dat ik rustig kon zitten, mijn problemen even vergat, en het moment dat Van der Vaart een goal scoorde. [Glimlacht]

Bij het opstarten van de activiteitenregistratie wordt dus veel aandacht besteed aan het scoren van de plezierbeleving, en de patiënt wordt gevraagd om zijn scores zo kort mogelijk na de actuele ervaring te noteren. De registraties worden gezamenlijk uitvoerig besproken en de therapeut probeert de focus van de patiënt te richten door te vragen wat een bepaalde activiteit plezierig maakt, zodat de patiënt daarover nadenkt. Uitbreiding van activiteiten kan bestaan uit het oppakken van oude hobby's waar patiënten al lang niet meer aan hebben gedacht. Daarbij worden van tevoren de verwachtingen van de patiënt bevraagd om die achteraf te vergelijken met de werkelijke beleving. Bijvoorbeeld: Karin was iemand die vroeger schilderde, maar ze heeft dit laten varen toen ze moeilijkheden kreeg op school. Hoewel er veel aansporing is geweest van familie, heeft Karin het schilderen daarna niet meer opgepakt. In de onderstaande zitting had de therapeut een experiment opgezet om haar negatieve verwachtingen te toetsen (uit Perivoliotis & Cather, 2009):

T: Ik ben blij dat je de schilderspullen hebt meegenomen, Karin. Hoeveel plezier verwacht je ervan te zullen beleven wanneer je dadelijk 10 minuten gaat schilderen?

P: 0%. Ik weet dat ik het niet leuk zal vinden. Ik zie niet in waarom we dit doen.

T: Zoals ik vorige week vertelde, zal deze oefening mij helpen om te begrijpen hoe het voor jou is om moeite te hebben met plezier beleven, en het is een experiment om te kijken wat er nu echt gebeurt. Zeg eens, wat denk je dat er zal gebeuren als je die kwast oppakt en gaat schilderen?

P: Ik zal me mat voelen.

T: Hoe mat zul je je voelen, op een schaal van 0-100%?

P: 100%

Karin startte met schilderen. De therapeut zag op een gegeven moment dat er een kleine glimlach op haar gezicht verscheen, en dat ze vrij geconcentreerd bezig was.

T: Ok, de tijd is om. Hoeveel plezier beleefde je nu, op een schaal van 0-100?

P: Ik weet niet. Het was wel aardig, 15% misschien.

T: Dat is interessant. Dat is 15% meer dan je had verwacht. Ook zag ik een kleine glimlach net.

P: Ja, dat is wel zo. Maar een paar jaar geleden zou mijn plezier nog 100% zijn geweest. Ik kan gewoon niet meer genieten.

T: Dat moet frustrerend zijn.

P: Ja, dat klopt ja.

T: Hoe zat het met jezelf mat voelen? Hoe mat was je net, van 0-100%?

P: Misschien ongeveer 30%.

T: 30%. Wow. Dat is niet zo ernstig, in ieder geval in vergelijking met de 100% die je verwachtte.

P: Ja, dat is zo. Maar het schilderen is voor mij ook iets natuurlijks. Als ik over de schizofrenie heen kom, zal ik dat weer kunnen hebben.

T: Ter samenvatting: je was er aanvankelijk van overtuigd dat je absoluut geen plezier zou beleven aan het schilderen vandaag, maar je beleefde ongeveer 15% plezier. Ook dacht je dat je je 100% mat zou voelen, maar het was in werkelijkheid 70% lager. Wat maak je hieruit op?

P: Ik denk dat ik ondanks alles toch nog een beetje van dingen kan genieten.

T: Precies. Dat wijst op wat ik je eerder vertelde: het plezier dat we ergens van verwachten is niet altijd hetzelfde als wat we daadwerkelijk beleven als we het eenmaal doen. Het is natuurlijk frustrerend dat het niet zo leuk is als vroeger. Maar hoe meer je weer schildert, hoe leuker het zal worden.

Toen Karin het schilderen thuis weer oppakte werd haar plezier nog extra verhoogd door tegelijkertijd haar favoriete cd's op te zetten. Dit voorbeeld geeft aan dat het soms nodig is om binnen de zitting een eerste poging te ondernemen, hetgeen als voordeel de mogelijkheid biedt om de patiënt te observeren en direct daarna de beleving te bespreken in plaats van een paar dagen later. Zoals het voorbeeld ook duidelijk maakt, worden alle scores gebruikt om negatieve verwachtingen aan te wijzen, cognities te weerleggen, en te wijzen op aandacht- en informatiebiases die zich voordoen.

Tenslotte is het belangrijk om obstakels te bespreken. Er was bijvoorbeeld een patiënt die het vroeger leuk vond om te zwemmen, en samen met de therapeut werd het plan opgepakt om dat weer eens te doen. De patiënt ging inderdaad naar het zwembad, maar was uiteindelijk alweer vertrokken nog voordat hij nat werd. Het bleek dat de patiënt bij het zien van zijn oude zwembroek in het kleedhokje had gedacht: 'Het gaat niet meer passen; ik zal er stom uitzien in mijn zwembroek.' Dit obstakel werd besproken en de patiënt

bedacht om een nieuwe zwembroek te kopen, wat hij de volgende week deed en waarna hij het zwemmen heeft opgepakt.

Negatief zelfbeeld, zelfstigmatisering en verwachting van sociale uitstoting

De schaamte voor de psychose of de diagnose schizofrenie, het ondergaan van gedwongen opnamen en antipsychotische medicatie moeten niet worden onderschat. De demoralisatie vanwege het stigma van schizofrenie en psychose draagt bij aan het ontwikkelen en in stand houden van emotionele en sociale terugtrekking. Omdat psychose en schizofrenie door de samenleving vaak in verband worden gebracht met gekte, gevaar, geweld en een uitzichtloze ziekte, hebben patiënten helaas een veelheid aan bewijs dat anderen hen als 'anders' en 'ongewenst' zien.

Hoewel het moeilijk kan zijn om de ervaring van stigma te verminderen, is er toch een aantal strategieën beschikbaar. Allereerst kan stigma worden verminderd door het normaliseren van de symptomen, zoals beschreven in paragraaf 3.1. Daarbij kan worden verteld dat schizofrenie voorkomt bij ongeveer één op de 140 mensen (Beck et al., 2009). Dus er zijn in Rotterdam meer dan 4.000, in Amsterdam meer dan 5.300, en in Den Haag ongeveer 3.400 mensen die schizofrenie hebben of hebben gehad. Patiënten realiseren zich dat vaak niet, en het kan een verademing betekenen om te weten dat ze niet de enige zijn. Een andere strategie is om samen beroemde mensen te bespreken die ondanks een psychotische stoornis toch iets hebben gepresteerd en waardering hebben gekregen. Bijvoorbeeld wiskundige John Nash van de film 'A beautiful mind', Vincent van Gogh, Jeanne d'Arc (kreeg opdrachten van een stem om het leger in te gaan), Isaac Newton (18 maanden psychose met achtervolgingswanen), Heleen van Royen (zie haar boek-verfilming 'De gelukkige huisvrouw'), en Socrates (heeft ooit een stem gehoord die hem de weg wees naar zijn vrienden). Hierover wordt met de patiënt in gesprek gegaan, onder andere over de prestaties van deze mensen, en of ze al dan niet als minder waard dan anderen beschouwd kunnen worden. Ook kan het nuttig zijn om de patiënt daadwerkelijk in contact te brengen met anderen die psychoses hebben door gemaakt, bijvoorbeeld middels een behandelgroep of via lotgenotencontact zoals fora op internet of patiëntverenigingen.

Het kan gebeuren dat patiënten in reactie op het stigma van schizofrenie disfunctionele negatieve gedachten ontwikkelen over zichzelf, hun mogelijkheden, en hoe ze in sociale situaties zullen worden beschouwd. Dergelijke gedachten kunnen worden onderzocht en uitgedaagd met standaard cognitief-gedragstherapeutische herstructureringstechnieken, zoals het meten met twee maten aan de kaak stellen, meerdimensionaal evalueren, gedragsexperimenten en exposure in vivo.

Bijvoorbeeld (uit Beck et al., 2009):

P: Een vriend van me uit de psycho-educatie groep speelt gewoon biljart terwijl hij ook schizofrenie heeft. Ik neem de moeite niet om het te proberen.

T: Is er iets dat het moeilijk maakt om het te proberen?

P: Ik denk vaak dat ik niet meer kan spelen omdat ik schizofrenie heb. Je gaat eraan kapot, en ik wil niet dat mensen dat zien.

T: Hoe doet die vriend het?

P: Ik weet niet, hij gaat gewoon door.

T: Reageren mensen anders op hem wanneer hij biljart speelt?

P: Nee, je kunt niet aan hem zien dat hij schizofrenie heeft.

T: Is dat op een bepaalde manier anders voor jou?

P: Nou nee, je kunt niet echt zien of iemand schizofrenie heeft door gewoon naar hem te kijken, tenzij je in zijn hoofd kan kijken.

T: Dat is een interessant punt. Als jij biljart speelt, is het dan mogelijk om mensen niet in je hoofd te laten kijken, en je gewoon te richten op het spel en daar plezier in te hebben?

P: Jawel, maar als ik me niet goed kan concentreren als ik aan de beurt ben, dan zien ze misschien dat ik ze niet allemaal op een rijtje heb.

T: Hoe blijft je vriend geconcentreerd als hij speelt?

P: Hij speelt gewoon.

T: En als jij je nu gewoon op het spel zelf zou richten?

P: Ja, ik zou me wel op het spel kunnen richten denk ik. Maar wanneer ik stoot, dan kom ik over als een zombie.

T: Bedoel je je gezichtsexpressie?

P: Ja, gezichtsexpressie. Ik kan nergens op reageren. Dat kunnen ze denk ik zien en dan vragen ze zich af wat er mis is met me. Ik kan er niets aan doen, het is hopeloos.

T: Wanneer jouw vriend een bal stoot, laat hij dan telkens veel levendigheid zien?

P: Soms wel, soms niet.

T: Wanneer hij niet reageert, wat denk je dan?

P: Dan denk ik dat hij zich concentreert op het spel.

T: Lijkt het anderen op te vallen?

P: Nee, niet dat ik zie.

T: Is het mogelijk dat anderen je reacties niet opmerken omdat ze aannemen dat je je gewoon concentreert op het spel en dat je niet altijd expressief bent tijdens het spelen?

P: Ja, dat is mogelijk.

T: Hoe zou je het vinden om te testen hoe anderen reageren als je komende week biljart gaat spelen?

P: Goed.

Wanneer de patiënt als gevolg van zelfstigmatisering een negatief zelfbeeld in zwart/wit termen heeft ontwikkeld, kan dit worden uitgedaagd met technieken zoals de meerdimensionale zelfevaluatie. Deze techniek kan worden opgevolgd door de methode van het *positieve eigenschappen dagboek* (Van der Gaag et al., 2005; Tarrier, 2001). De patiënt houdt dan in een schrift iedere dag de bewijzen bij die aantonen dat hij in bezit is van de belangrijk geachte positieve eigenschappen. Bijvoorbeeld: wanneer een van de eigenschappen is dat de patiënt behulpzaam is, dan kan een bewijs inhouden dat hij die dag zijn moeder heeft geholpen met de boodschappen. Door de patiënt deze gedragingen, hoe klein ook, iedere dag te laten noteren, zal hij er meer bewust van worden, er meer van overtuigd raken dat hij die eigenschappen bezit, minder selectief de aandacht richten op de dingen die hij niet heeft, en mogelijk meer trots gaan voelen.

Wanneer de patiënt middels deze technieken zijn negatieve zelfbeeld corrigeert en er bijvoorbeeld van overtuigd raakt dat hij niet waardeloos is, kan het gebeuren dat hij dit wel weet maar nog niet zo 'voelt'. In dat geval kan de methode van Competitive Memory Training (COMET) worden ingezet, gericht op het negatieve zelf-thema, zoals bijvoorbeeld waardeloosheid of incompetentie (Korrelboom et al., 2009; Haan, Van der Gaag & Korrelboom, 2007). Middels deze techniek traint de patiënt zichzelf in het oproepen van het gevoel dat bij de positieve kant van het thema past, daarbij gebruik makend van reeds aanwezige herinneringen. Een beschrijving van deze behandelmethode is bijvoorbeeld te vinden in het artikel van Haan en anderen (2007). Het protocol is op te vragen bij de tweede auteur.

Tabel 3 Behandeling van demoralisatie

Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie en normalisatie • Doelen vaststellen • Activiteitenregistratie met daarbij plezier- en competentiescores • Activiteitenuitbreiding en vermijding opheffen door graduele exposure • Familie betrekken
Negatieve verwachtingen omtrent eigen capaciteiten <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ik heb niet genoeg energie</i> • <i>Ik kan me niet concentreren</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Activiteitenlijst met de inzet / moeite per activiteit (kwart tank, halfvolle tank, etc) • Gradueel uitbreiden van activiteiten/exposure • Angstige en disfunctionele gedachten uitdagen • Rollenspel gericht op grenzen aangeven • Gedragsexperimenten (in de zitting)

Negatieve verwachtingen omtrent prestatie en sociale vaardigheden

- *Als ik ga werken, krijg ik een terugval en word ik ontslagen*
- *Als ik iets probeer, zal het niet goed gaan*
- *Ik weet niet wat ik moet zeggen*
- *Ik kan het niet goed verwoorden*

- Overmatige druk wegnemen van familie, werk, hulpverleners, etc.
- Realistische en betekenisvolle doelen vaststellen op korte en lange termijn
- Uitdagen van disfunctionele gedachten en biases die opkomen tijdens de activiteitenregistratie en graduele activiteitenuitbreiding
- Expressie-/communicatietraining
- Gedragsexperimenten (in de zitting)
- Exposure in vivo

Negatieve verwachtingen omtrent plezier beleven en vlakheid

- *Het wordt nooit meer zo leuk als vroeger*
- *Het is allemaal even saai*
- *Ik kan niet meer genieten van leuke dingen*

- Tijdens de activiteitenregistratie extra aandacht voor plezierscores
- Meerdimensionaal leren denken over plezier
- Tijdens activiteitenuitbreiding extra aandacht voor het oppakken van oude hobby's
- Gedragsexperimenten (in de zitting)
- Bewijzen voor/tegen uitdaagtechniek
- Aandachtsbiases aanwijzen waar mogelijk

Negatief zelfbeeld, zelfstigmatisering en verwachting van sociale uitstoting

- *Iedereen ziet dat ik gek ben*
- *Ik kan nooit een normaal niveau bereiken, want ik heb schizofrenie*
- *Ik ben niet geschikt voor een relatie, want ik heb een psychische stoornis*
- *Ik ben beschadigd en niet weerbaar*
- *Het is beter om niet teveel te laten zien*
- *Als ik mezelf uitdruk, vinden anderen me gek*
- *Als ik mijn emoties laat zien, word ik gekwetst*

- Normaliseren (continuüm symptomatologie, beroemde mensen bespreken)
 - Lotgenotencontact
 - Cognitief herstructureren (twee maten, geen tweederangsbuurger, meerdimensionaal, etc.)
 - Gedragsexperimenten
 - Zelfwaardering technieken (positieve eigenschappen dagboek, COMET)
 - Exposure in vivo
-

CONCLUSIE

Cognitieve gedragstherapie voor demoralisatie berust op leerprincipes, maar vereist daarnaast een hoge mate van creativiteit bij de therapeut evenals de openheid om zittingen te gebruiken voor experimenten die disfunctionele gedachten toetsen. Het doel van de therapie is niet om patiënten te herstellen tot hun oude niveau van functioneren, maar om ze te helpen bij het doorbreken van isolatie en inactiviteit door hun persoonlijke en situationele bronnen te mobiliseren en een zinvolle relatie te doen groeien met de wereld om hen heen. Cognitieve beperkingen maken het behandelproces soms langzaam en herhaalde terugvallen zijn mogelijk. Een behandeling gericht op demoralisatie kan al snel een jaar of langer in beslag nemen, en ook daarna kunnen boosterzittingen nuttig zijn om behaalde resultaten te behouden, terugval te voorkomen, en een verbeterd niveau van functioneren vrucht te laten dragen voor het leven van de patiënt. Dit langdurige proces en de inactiviteit van sommige patiënten kunnen bij de therapeut een gevoel van hopeloosheid teweegbrengen. We hopen dat middels de beschreven cognitief-gedragstherapeutische conceptualisatie en behandelopties er meer duidelijkheid en mogelijkheden voor therapeuten zijn om aan demoralisatie te werken.

SUMMARY

Cognitive behavioral therapy for demoralization in patients with schizophrenia

In this article, a therapy is outlined for treating demoralization in patients with schizophrenia. The therapy is placed within the context of a cognitive model of demoralization, and focuses on patients' negative expectations concerning their capabilities and social exclusion. These expectations are presumably based on the losses that they have suffered and on cognitive impairments, but are nonetheless often unrealistic and lead to avoidance and inactivity. For assessment, a specialized demoralization interview was developed. The therapy itself consists of cognitive-behavioral strategies to correct patients' dysfunctional thought patterns and to gradually expose patients to situations they have been avoiding. The goal of the therapy is not for patients to regain their old level of functioning, but rather to help them overcome isolation and inactivity, by mobilising their personal and contextual resources and by nourishing a meaningful bond with their environment. Various case studies are used to demonstrate how this may work.

Key words: cognitive behavioral therapy, demoralization interview, patients with schizophrenia, dysfunctional thought patterns

LITERATUUR

- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia; cognitive theory, research, and therapy*. New York, London: The Guilford Press.
- Clarke, D.M., & Kissane, D.W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733-743.
- Cockram, C.A., Doros, G., & de Figueiredo, J.M. (2009). Diagnosis and measurement of subjective incompetence: the clinical hallmark of demoralization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(6), 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(1-3), 253-260.
- Granhölm, 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*, in press.
- Grant, P., & Beck, A.T. (2009). Defeatist beliefs mediate cognitive impairment and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, in press.
- Haan, G. de, Van der Gaag, M., & Korrelboom, C.W. (2007). Competitive Memory Therapy (COMET) bij een psychotische vrouw met auditieve hallucinaties. *Directieve Therapie*, 27, 146-160.
- 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.
- Kapur, S., Mizrahi, R., & Li, M. (2005). From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 59-68.
- Kingdon, D., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioural therapy of schizophrenia*. 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(1), 12-21.
- Korrelboom, C.W., Weele, K. van der, Gjaltema, M., & Hoogstraten, C. (2009). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem: a pilot study in a routine clinical setting. *The Behavior Therapist*, 32, 3-9.
- Mauritz, M., & Van Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23, 251-260.
- Perivoliotis, D., & Cather, C. (2009). Cognitive behavioural therapy of negative symptoms. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 65(8), 1-16.
- Rector, N. (2004). Disfunctional attitudes and symptom expression in schizophrenia: differential associations with paranoid delusions and negative symptoms. *Journal of cognitive psychotherapy*, 18, 163-172.
- Restifo, K., Harkavy-Friedman, J.M., & Shrout, P.E. (2009). Suicidal behavior in schizophrenia; a test of the demoralization hypothesis. *Journal of the nervous and mental disease*, 197, 147-153.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J., Scott, J., Siddle, R., et al., (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Tarrier, N. (2001). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In: A. Morrison (Ed.), *Casebook of cognitive therapy for psychosis*, London: Routledge.
- Van der Gaag, M., Valmaggia, L., Van Meer, R., & Slooff, C. (2005). *Gedachten Uitpluizen. Cognitieve Gedragstherapie bij achterdocht en stemmen*. Oegstgeest: Stichting Cognitie & Psychose.