

De chronische valkuil

door M. T. Appelo

Samenvatting

Rehabilitatie van patiënten met schizofrenie dient 'op maat' plaats te vinden. Bij het bepalen van de inhoud van een rehabilitatieproces kunnen patiënt en hulpverlener tegenwoordig kiezen uit een groot aantal behandelmogelijkheden, trainingen en begeleidingsvormen. Om het overzicht te behouden wordt in dit artikel een metamodel voor de praktijk van rehabilitatie gepresenteerd. Het 'valkuilmodel', waarin de niveaus van contact, psychologisch overzicht, cognitieve zelfcontrole, praktische doelen, vaardigheden en rolfunctioneren worden onderscheiden, geeft de mogelijkheid om het zorgproces stapsgewijs en op het niveau van de patiënt te plannen en uit te voeren.

1. Inleiding

Chronische schizofrenie werd tot ongeveer tien jaar geleden vaak geassocieerd met 'therapieresistentie'. Bij gebrek aan geschikte behandelingsmethoden werd de patiënt met een psychotische kwetsbaarheid vaak aan zijn lot overgelaten of op z'n best verzorgd binnen een verblijfsafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Levenslange hospitalisatie of andere vormen van sociale isolatie waren dan het gevolg. Het laatste decennium heeft hierin, onder invloed van ten minste drie factoren, een omslag plaatsgevonden.

Ten eerste impliceert het etiket 'chronisch' meestal ook dat een langdurig beroep wordt gedaan op de gelden die beschikbaar zijn in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De overheid wil uit oogpunt van bezuinigingen dat het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen sterk wordt teruggebracht en doet daarmee een beroep op behandelaars om nieuwe zorginspanningen en behandelmethoden te ontwikkelen.

In het verlengde hiervan blijkt ten tweede dat lang niet alle psychologische en psychotherapeutische behandelmethoden op hun effectiviteit zijn onderzocht bij chronische schizofrenie. Mede door het gegeven dat een behandeling met medicijnen minder vaak en minder volledig suc-

cesvol blijkt dan aanvankelijk werd gedacht (Haddock en Slade 1996), ontstaat er weer ruimte voor de combinatie met andere interventies.

Ten derde dringt in de 'chronische psychiatrie' steeds meer het besef door dat (psychische) verandering ook kan ontstaan door acceptatie van handicaps. Deze revalidatiegedachte wordt op vele manieren uitgewerkt. De overeenkomst is echter steeds dat niet langer het zieke deel, maar de restcapaciteit, of het gezonde deel van de patiënt centraal komt te staan (Anthony e.a. 1990).

De ontwikkelingen in de 'chronische psychiatrie' gaan onder invloed van deze factoren zeer snel (Slooff en Verhoeven 1992). Vanuit verschillende disciplines wordt de ene revalidatie- of rehabilitatiemethodiek na de andere geïntroduceerd. Hoewel de meeste methodieken gebaseerd zijn op het principe van 'zorg op maat', is het steeds moeilijker om de samenhang tussen de initiatieven te blijven zien. Met andere woorden, de rehabilitatie-bomen lijken het zicht op het reïntegratiebos te gaan belemmeren. Hierdoor wordt het in de praktijk van alledag steeds moeilijker om te kunnen bepalen en motiveren welke interventie bij welke patiënt geïndiceerd is en door welke discipline of hulpverlener de interventie moet worden uitgevoerd. Dit gaat gepaard met onduidelijkheid bij en verwarring tussen hulpverleners, en mogelijk ook met onnodige decompensatie en heropname van patiënten.

De situatie roept associaties op met de theorievorming over het ontstaan en beloop van schizofrenie zoals die tot het eind van de jaren zeventig voortwoekerde. Teneinde orde in de theoretische chaos te scheppen werd de tijd toen rijp geacht voor een metamodel, het kwetsbaarheids-stress-copingmodel (Zubin en Spring 1977), waarin de werkzame bestanddelen van de in omloop gekomen theorieën werden samengevat.

Om duidelijk zicht te kunnen houden op de initiatieven waarmee het kwetsbaarheidsmodel praktisch wordt vertaald, lijkt de tijd momenteel ook rijp voor de ontwikkeling van een rehabilitatiemetamodel waarin deze initiatieven in onderlinge samenhang worden gebracht. Deze samenhang is niet alleen wenselijk voor het theoretische overzicht, maar ook noodzakelijk voor een zo ongestoord mogelijk verloop van de dagelijkse praktijk van rehabilitatie.

In dit artikel wordt een eerste aanzet gegeven voor een dergelijk metamodel. Gekozen is voor een hiërarchisch opgebouwd model, zodat het kan dienen als leidraad in het aan rehabilitatie gerelateerde beslissingsproces over wat op welk moment, door wie, moet worden gedaan, of juist niet moet worden gedaan.

2. De chronische valkuil

Het moment waarop de patiënt met schizofrenie weer in (extra) zorg komt, is meestal wanneer hij minder goed gaat rolfunctioneren of wan-

neer er geen positieve ontwikkeling is in het huidige, als onvoldoende ervaren niveau van functioneren. De patiënt 'valt terug in een psychose' of blijft 'steken' op een te laag niveau. Uitgangspunt voor het model is de patiënt die een extreem psychotische decompensatie heeft en zich daarom op de bodem van de 'chronische valkuil' bevindt. De vraag is nu hoe de patiënt terug kan komen op het oude niveau. Het liefst zodanig dat hij niet opnieuw terugvalt, of ten minste zodanig dat hij minder risico loopt om terug te vallen.

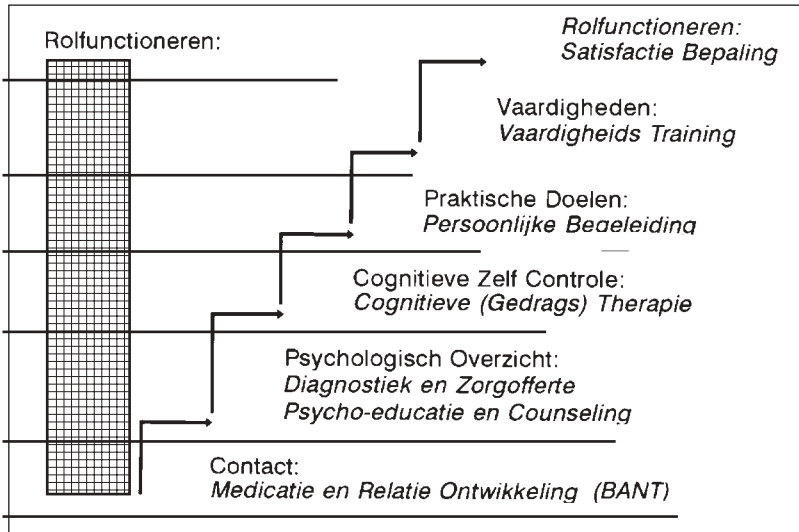
Bij het beantwoorden van deze vraag is het onderscheiden van drie invalshoeken van rehabilitatie zinvol (Van de Beek 1991). Ten eerste gaat het bij rehabilitatie om een visie. De hulpverlener vooronderstelt dat de patiënt, ondanks de 'ziekte', de restcapaciteiten heeft om weer te gaan deelnemen aan de samenleving. Hoewel zelden expliciet genoemd of beschreven, is het hierbij ook van belang te benadrukken dat de hulpverlener vooronderstelt dat de patiënt weer wil gaan deelnemen aan de samenleving. Ten tweede gaat het bij rehabilitatie om een methodiek die impliceert dat de hulpverlener de patiënt (en zijn omgeving) zo goed mogelijk leert en ondersteunt om die vermogens te benutten. Ten derde gaat het om een proces waarbij de eigen keuze van de patiënt en het weer afbouwen van de professionele ondersteuning de leidraad vormen (Anthony e.a. 1990).

3. Niveaus van zorg

De internationale 'state of the art' met betrekking tot de behandeling van schizofrenie wordt in Nederland weergegeven in onder meer de boeken *Behandelingsstrategieën bij Schizofrenie* (Van den Bosch e.a. 1994) en *Schizofrenie, onderzoek en implicaties voor de behandeling* (Dingemans e.a. 1995). Uit de grote hoeveelheid interventies, functies en voorzieningen die worden beschreven is een hiërarchisch rehabilitatiemodel gestedileerd dat uit zes niveaus bestaat. Bij elk niveau passen specifieke interventies (figuur). Uitgangspunt bij het model is dat rehabilitatie een proces is dat in principe bij het laagstgelegen niveau start en dat in het tempo van de patiënt wordt opgebouwd naar het hoogstgelegen niveau. Een hoger niveau kan pas worden 'betreden' wanneer de interventies op de onderliggende niveaus zijn gestart en effect beginnen op te leveren. Bij het opereren op een hoger niveau dient steeds te worden gecontroleerd of de onderliggende niveaus nog een voldoende sterk fundament vormen voor de actuele interventies. Wanneer dat niet het geval is, dient het focus van de interventies 'omlaag' en niet 'omhoog' te worden gericht. Motto bij het model is daarom: rehabilitatie op een te hoog niveau leidt tot teleurstelling en onnodige decompensatie.

3.1. Contact

De patiënt die in extreem psychotisch gedecompenseerde toestand op



Figuur 1: De chronische valkuil

de bodem van de chronische valkuil terecht is gekomen, bevindt zich in een crisis. Volgens Slooff e.a. (1994b) wordt deze toestand gekenmerkt door het overspoeld raken door emoties, selectieve waarneming en beperkt tijdsperspectief. De vergelijking met de shockfase uit crisis- en rouwmodellen (bijvoorbeeld: Tyhurst 1957; Ramsay 1977) ligt voor de hand. In deze fase beperkt verbijstering het blikveld en is het maken van doelgerichte plannen door de patiënt zelf meestal niet mogelijk. De patiënt is in deze fase het realiteitsbesef grotendeels kwijtgeraakt. Het herstellen van het contact van de patiënt met zichzelf, en van de patiënt met zijn omgeving, is daarom de eerste voorwaarde voor het kunnen overleggen over de inhoud van het op maat gesneden rehabilitatieproces.

De crisis van de patiënt in deze fase plaatst de hulpverlener voor een dilemma. Enerzijds heeft de patiënt het directe contact met de omgeving, en dus ook met hulpbronnen, grotendeels verloren. Anderzijds dienen volgens de huidige opvattingen en wetgeving de keuze en zelfbeschikking van de patiënt centraal te staan.

In een poging dit dilemma op te lossen worden in deze fase twee soorten kernbegrippen van hulpverlening centraal gesteld. Enerzijds het '(gedeeltelijke) overnemen van verantwoordelijkheden', anderzijds begrippen als 'respect' en 'steun'. Bij het bepalen van de juiste interventie aan de basis van het rehabilitatieproces mag de patiënt als persoon, ondanks het feit dat deze minimaal direct aanspreekbaar is, dus niet uit het oog verloren worden.

De hulpverlener die ervan uitgaat dat de patiënt restcapaciteiten heeft, vooronderstelt in deze fase ook dat de patiënt wil dat deze capa-

citeiten weer op de voorgrond komen te staan. Op grond van deze overtuiging neemt hij de verantwoordelijkheid van de patiënt over en doet hij een interventie om het realiteitsverlies te reduceren en het contact te herstellen. Idealiter maakt de behandelaar hierbij gebruik van een schriftelijke verklaring van de patiënt (en zijn familie) waarin is aangegeven wat er in een fase als deze moet gebeuren.

Er bestaat in de klinische praktijk geen twijfel over het feit dat deze interventie vrijwel altijd het karakter zal moeten hebben van (gedwongen) medicamenteuze behandeling. Bij behandelen moet echter steeds het perspectief van rehabilitatie in het oog gehouden worden (Van der Veen en Rotteveel 1995). Er moet daarom ook direct worden gestart met het ontwikkelen of herstellen van een persoonlijke relatie met de patiënt en met het sociale netwerk van de patiënt. Ook dit netwerk moet worden geholpen om het contact met de patiënt te herstellen.

Samenvattend kan worden gesteld dat het niveau van contact wordt getypeerd door het balanceren tussen dwang en vrijheid, bevels- en onderhandelingsklimaat. Gemotiveerd door de veronderstelling dat contact een wederzijds verlangen is, wordt de psychose bestreden en steeds geprobeerd om met de persoon in gesprek te treden.

3.2. Psychologisch overzicht

Na de shockfase volgt in crisis- en rouwmodellen een fase die wordt getypeerd door terugslag en ontkenning. In deze fase is er sprake van een preoccupatie met het gebeurde, gevoelens van machteloosheid, verdriet en angst, en cognities die gecentreerd zijn rond ontkenning, schuld, schaamte, zelfverwijt en woede. Bij schizofrenie wordt in dit kader ook wel gesproken van een postpsychotische depressie (McGlashan en Carpenter 1976) of van de 'moratoriumfase' (Strauss e.a. 1985). Aandringen op verandering is in deze fase gecontra-indiceerd (Van der Veen en Rotteveel 1995), geduld, bereikbaar zijn, catharsis en herhaling zijn geïndiceerd (Slooff e.a. 1994b).

Wanneer het contact is opgebouwd of hersteld, is het daarom niet geïndiceerd om over te schakelen naar activiteiten die rechtstreeks op reïntegratie zijn gericht. Dit leidt tot afweer (hetgeen ten onrechte als negatieve symptomatologie kan worden opgevat) of decompensatie. In rouwtheoretische termen dient acceptatie aan reïntegratie vooraf te gaan (Sanders 1989). Echter, acceptatie kan pas plaatsvinden wanneer bekend is wat geaccepteerd moet worden en de ontkenning daarvan is opgeheven of opgegeven. De patiënt (en diens familie) zal daarom in de gelegenheid moeten worden gesteld om 'psychologisch overzicht' te krijgen over zijn toestand en de oorzaken daarvan. Niet alleen omdat feitenkennis een voorwaarde voor acceptatie is, maar ook omdat de patiënt en zijn familie recht op die kennis hebben en deze een fundament kan vormen voor het voorkomen van recidive (Appelo e.a. 1994).

In de eerste plaats is het daarom nodig dat de feiten over schizofrenie

worden gepresenteerd. Psycho-educatie in een context van familiebegeleiding is daarvoor het meest geïndiceerd (Schene en Wijngaarden 1995). Het parallel hieraan bespreken (counselen) van de reacties helpt niet alleen om het contact te versterken, maar ook bij het doorlopen van het verwerkingsproces.

In de tweede plaats is het voor het verkrijgen van psychologisch overzicht van belang dat psychische belemmeringen bij het verkrijgen en behouden van een maatschappelijke positie nauwkeurig in kaart worden gebracht. Daarbij moeten niet alleen prepsychotische symptomen worden bestudeerd, maar ook reeds langer bestaande (ook pre-morbide) denk- en angststoornissen, en de psychotische symptomen die niet voldoende door de medicatie worden gereduceerd. Het uitvoeren van een uitgebreid diagnostisch onderzoek, waarin naast symptomen ook aandacht is voor subjectieve beleving, informatieverwerking, persoonlijkheid, coping- en denkstijlen, is hier geïndiceerd.

De diagnostiek van psychische belemmeringen kan in deze fase de basis vormen voor een zogenaamde 'zorgofferte'. Dit is een behandel- en begeleidingsaanbod dat wordt opgesteld op basis van een multidisciplinaire inventarisatie van onder meer de voor- en behandelgeschiedenis, de restcapaciteiten, de stressoren en steunfactoren, het opleidings- en arbeidsverleden, het netwerk, de woon- en financiële situatie, de positieve en negatieve ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg, en de doelen en wensen van de patiënt (Reimering en Appelo 1996).

Samengevat geldt dat op het niveau van het psychologisch overzicht het inzicht in de eigen situatie en toestand centraal staat. Naast het werken van de aan dit inzicht gerelateerde emoties is het maken van een gefaseerd plan voor de manier waarop aan de doelen van de patiënt gewerkt gaat worden, geïndiceerd.

3.3. Cognitieve zelfcontrole

Wanneer psychologisch overzicht aanwezig is en acceptatie of berusting de beleving gaat kleuren, kan worden gestart met de herstelfase (Tyhurst 1957; Ramsay 1977). Deze fase werd tot voor kort vooral bepaald door vaardigheidstraining. De langetermijnresultaten hiervan zijn echter niet optimaal (Birchwood e.a. 1992). Verondersteld werd dat problemen in de informatieverwerking hieraan ten grondslag zouden liggen (Roder e.a. 1988). Het primair trainen van cognitieve functies leek daarom geïndiceerd om het effect van vaardigheidstraining te vergroten. Ook deze veronderstelling bleek niet juist. De verbeteringen op het gebied van symptomen, en sociaal en cognitief functioneren zijn niet afhankelijk van de volgorde van sociale- en cognitieve-vaardigheidstraining (Hodel 1993). Cognitieve-functietraining en rehabilitatie door middel van vaardigheidstrainingen blijken vooral een 'exposure-functie' te hebben (Van der Gaag 1992; Appelo 1995). De trainingen

leiden niet tot specifieke verbeteringen, maar lijken de door demoralisatie en hospitalisatie bekrachtigde vermijding van het gebruik van restcapaciteiten op te heffen. De reeds in het gedragsrepertoire aanwezige vaardigheden worden dus gereactiveerd ondanks de aanwezigheid van blijvende cognitieve beperkingen. In combinatie met doelgerichte professionele inspanning om ontslag naar een extramuraal woon- en werkplek te organiseren, leidt deze aanpak in ongeveer 80% van de gevallen tot ontslag (Appelo 1995).

Patiënten die ondanks het gebruik van antipsychotische medicatie blijven lijden onder ernstige cognitieve desorganisatie of sterk gestoord realiteitsbesef (vooral wanen), profiteren echter niet van rehabilitatie door training. Tevens is er, ongeacht de verblijfplaats, bij 65% van de patiënten met schizofrenie sprake van depressie (Johnson 1981), en in 60% van de gevallen zijn er naast de schizofrenie angststoornissen aanwezig (Moorey en Soni 1994). Juist deze laatste factoren blijken heropnames en suïcide te voorspellen (Geddes e.a. 1994; De Hert 1995). Het werken aan praktische doelen is daarom niet primair geïndiceerd bij patiënten die wel psychologisch overzicht hebben maar nog geen cognitieve zelfcontrole omdat ze worden belemmerd door ernstige formele of inhoudelijke denkstoornissen.

Effectieve behandelmethoden voor ernstige cognitieve desorganisatie zijn niet aanwezig. Onderzoek met de tot nu toe beschikbare methoden voor cognitieve-functietraining toont aan dat stoornissen in basale (automatische) informatieverwerking niet verbeteren (Olbrich en Mussgay 1990; Van der Gaag 1992; Benedict e.a. 1994). Patiënten met ernstige cognitieve desorganisatie (het 'hebefrene' type) lijken daarom vooralsnog de meest geïnvalideerde groep te vormen die zich zonder intensieve begeleiding buiten de kliniek nauwelijks kan handhaven (Wykes 1994).

De prognose voor het effectief behandelen van inhoudelijke denkstoornissen bij schizofrenie is veel gunstiger. De laatste tijd verschijnen steeds meer publicaties waaruit blijkt dat niet alleen depressies en angsten, maar ook wanen en hallucinaties effectief kunnen worden gereduceerd met cognitieve gedragstherapeutische technieken (Kingdon en Turkington 1994; Fowler e.a. 1995; Chadwick e.a. 1996; Haddock en Slade 1996).

Samenvattend geldt dat, na het verkrijgen van psychologisch overzicht, intensieve begeleiding moet worden georganiseerd voor patiënten met ernstige cognitieve desorganisatie, en dat patiënten met inhoudelijke denkstoornissen vooral baat kunnen hebben bij cognitieve gedragstherapie. Deze interventies hebben het optimaliseren van cognitieve zelfcontrole tot doel, hetgeen nodig is om met zelfvertrouwen te kunnen beginnen aan de fase van maatschappelijke reïntegratie.

3.4. Praktische doelen

Wanneer de patiënt zijn kwetsbaarheid leert accepteren, zijn mogelijk-

heden leert kennen, en de restcapaciteiten dominant zijn in het toestandbeeld, is het werken aan de praktische doelen van de patiënt geïndiceerd. De relatie tussen het individu en de omgeving is dan het centrale aanknopingspunt voor rehabilitatie. Het tegenwoordig veel gepropageerde 'Boston-model' (Anthony e.a. 1990) levert hiervoor een methode. Het gaat op dit niveau om psychosociale rehabilitatie als een missie (Dröes en Van Weeghel 1994). Samen met de patiënt wordt gewerkt aan de reïntegratie. Zelfverzorging, huisvesting, dagbesteding, sociale relaties, educatie en hulp bij maatschappelijke wetten, regels en procedures vormen hierbij belangrijke thema's.

In het geheel en de complexiteit van alle op reïntegratie gerichte activiteiten wordt de patiënt ondersteund door een 'case-manager' of 'zorgcoördinator'. Deze gids in de maatschappelijke doolhof organiseert en coördineert de benodigde zorg, houdt contact met het sociale netwerk van de patiënt en geeft ook daar zo nodig ondersteuning en educatie, bemiddelt bij conflicten en is een voorbeeld voor probleemoplossende vaardigheden van de patiënt (Van der Veen en Rotteveel 1995). De case-manager is daarmee vooral een persoonlijk begeleider die de patiënt in allerlei maatschappelijke situaties bijstaat.

3.5. Vaardigheden

Bij het werken aan de praktische doelen blijkt soms dat de patiënt de daarvoor benodigde vaardigheden niet kan uitvoeren. Wanneer dit wordt veroorzaakt door de afwezigheid van deze vaardigheden in het gedragsrepertoire, is vaardigheidstraining geïndiceerd. Deze trainingen kunnen betrekking hebben op alle vormen van het rolfunctioneren (Slooff e.a. 1994a) en zowel klinisch als ambuland worden uitgevoerd.

Op basis van de ervaringen met vaardigheidstraining (zoals beschreven in paragraaf 3.3.) wordt het tegenwoordig niet meer geïndiceerd geacht om vaardigheidstrainingen vanaf het basale niveau van informatieverwerking op te bouwen. Mede door gebrekkige generalisatie heerst nu vooral de opvatting dat de benodigde vaardigheden zoveel mogelijk op de 'plaats van bestemming' moeten worden aangeleerd ('on the spot'-training). Naast sociale-vaardigheidstraining neemt arbeidsrehabilitatie (Van Weeghel en Zeelen 1990; Polstra 1991) daarbij een centrale positie in. Ook 'symptom monitoring' en 'symptom management' – het leren anticiperen op decompensatie en het aanleren van copingstrategieën om de stress in belastende situaties te kunnen reduceren – zijn vormen van training die steeds meer terrein winnen (De Haan en Scholte 1995).

Vaardigheidstraining is dus een interventie die wordt uitgevoerd wanneer de patiënt in de omgeving van zijn keuze niet voldoende vermogens blijkt te hebben om de gewenste positie te behalen of behouden.

3.6. Rolfunctioneren

Het laatste en hoogste niveau is het niveau vanwaar de patiënt in de chronische valkuil terecht is gekomen. Door op maat gesneden interventies uit te voeren op de niveaus van contact, psychologisch overzicht, cognitieve zelfcontrole, praktische doelen en vaardigheden, kan de patiënt terugkeren op het niveau van het algemeen maatschappelijke rolfunctioneren.

Het regulier bepalen van de mate van satisfactie, vaak uitgedrukt in termen als 'kwaliteit van leven' (De Jong en Nieuwenhuizen 1995), is hier geïndiceerd. Bij schizofrenie gaat het in de meeste gevallen immers om een chronische handicap die gepaard gaat met soms heftige fluctuaties. De met regelmaat uitgevoerde satisfactiebepaling kan dan steeds worden gebruikt om te bepalen of interventies op onderliggende niveaus nog of opnieuw nodig zijn.

4. Chronische professionele valkuilen

Het valkuilmodel geeft de mogelijkheid om het rehabilitatieproces van patiënten met een schizofrenie op maat te formuleren. Daarbij wordt steeds vanuit het niveau waarop de patiënt zich bevindt, eerst onderzocht wat er op de niveaus daaronder onvoldoende of niet is gebeurd, ten tweede wat er op het actuele niveau nog moet gebeuren, om pas daarna de blik omhoog te richten.

Het beginpunt zal uiteraard lang niet altijd worden getypeerd door extreme psychotische decompensatie. In de dagelijkse praktijk is het niveau waarop het model in werking treedt vaak niet het contactniveau maar het niveau van de praktische doelen. De persoonlijk begeleider is dan de eerste professional die geconfronteerd wordt met het niet langer naar tevredenheid functioneren van de patiënt. Vervolgens vindt meestal (multidisciplinair) overleg plaats om te bepalen wat gedaan moet worden om het rolfunctioneren naar tevredenheid te herstellen. Op dat moment bestaat het gevaar dat de professionals op hun beurt in chronische valkuilen vallen. De drie belangrijkste worden hieronder samengevat.

De eerste valkuil is het risico dat de zorg afhankelijk wordt gemaakt van de setting waarin en de methodiek waarmee de professionals gewend zijn te werken. De gewoonten en persoonlijke voorkeuren van de professionals en de locatie waar zij zich bevinden zijn dan meer bepalend voor de zorginhoud dan het niveau waarop de patiënt zich bevindt. Het gevolg hiervan kan bijvoorbeeld zijn dat patiënten onnodig lang opgenomen blijven, terwijl anderen onnodig lang verstoken blijven van de veiligheid en rust van een klinische opname. Ook kan het gebeuren dat de problematiek van de patiënt ten onrechte als 'therapie-resistent' wordt betiteld omdat de professionals niet op de hoogte zijn of geen gebruik wensen te maken van effectieve alternatieve behandelmethoden.

De tweede valkuil is het eenzijdig leggen van contact bij ernstig psychotische decompensatie. Enerzijds wordt er vooral medicamenteus ingegrepen. Er wordt dan te weinig inspanning geleverd om een persoonlijke relatie te ontwikkelen of te onderhouden. Hierbij speelt ook de eerste valkuil een rol. Zo wordt er bijvoorbeeld nog maar weinig ruimte gegeven aan en/of opgeëist door (ambulant werkende) persoonlijk begeleiders om met de gedecompenseerde patiënt 'mee te gaan' naar de (gesloten) opnameafdeling. Een dergelijke, relationeel zeer logische, stap ketst vaak af op 'settingafhankelijke' zorg of 'eilandjespolitiek'.

Anderzijds komt het ook voor dat te lang wordt gewacht met medicamenteus ingrijpen. Hier graaft de overheid mee door wetgeving op te leggen die gebaseerd lijkt op de vooronderstelling dat het 'nee' van een patiënt met schizofrenie altijd uit het 'gezonde deel' voortkomt, zelfs wanneer het toestandbeeld geheel door een psychose wordt gekleurd. Het komt echter ook voor dat de patiënt te lang zonder (extra) medicatie blijft omdat de begeleiders, tegen de voortwoekerende psychose in, pertinent het contact met het gezonde deel denken te kunnen behouden door extra gesprekken, extra bezoeken en overname van activiteiten en verplichtingen.

De derde valkuil is het te veel 'omhoog' richten van het focus van interventies. Enerzijds is ook deze valkuil door de overheid gegraven omdat de bezuinigingen in de GGZ gepaard gaan met een sterke drang tot extramuralisatie. Anderzijds wordt eraan meegegraven door professionals die de 'Boston-missie' verkeerd begrijpen en een rigide scheiding maken tussen behandelen en revalideren, in plaats van beide te zien als aparte maar parallel verlopende processen. Dit leidt tot situaties waarin doelen en plannen worden geformuleerd zonder (het behandelen van) de psychische belemmeringen in het totaalproces te integreren. Praktische doelen, dagritme en dagactiviteiten vormen dan de kern van de discussie die steeds opnieuw moet worden gevoerd omdat de niveaus van psychologisch overzicht en cognitieve zelfcontrole worden overgeslagen. Met andere woorden: nog te vaak wordt incompetentie (het niet of gebrekkig uitvoeren van gedrag) geassocieerd met vaardigheidstekorten en niet met de vraag wat de uitvoering van de vaardigheden belemmert. Ondanks het feit dat iedereen overtuigd lijkt van het feit dat schizofrenie, verlies en verwerkingsproblematiek aan elkaar gerelateerd zijn, wordt er nog te weinig structureel gewerkt met psychoeducatie, familiebegeleiding en counseling. Ondanks het besef dat schizofrenie vooral met denkstoornissen gepaard gaat en vaak geassocieerd is met depressie en angststoornissen, is ook de structurele toepassing van cognitieve gedragstherapie als aanvulling op een medicamenteuze behandeling nog niet ingeburgerd.

Hierbij spelen uiteraard argumenten als bezuinigingen en tijdsdruk een rol. Deze valkuil is er echter vooral omdat de niveaus van 'psycho-

logisch overzicht' en 'cognitieve zelfcontrole' nog niet zo lang geleden een plaats hebben gekregen in het rehabilitatieproces van patiënten met een schizofrenie. Gegeven de resultaten van studies naar de effecten van interventies op deze niveaus, lijkt het erop dat dit gat binnen afzienbare tijd gedicht zal zijn.

5. Conclusie

De chronische valkuil waarin patiënten met een schizofrenie terecht kunnen komen, is te diep om ze er met één interventie uit te kunnen halen. Het valkuilmodel, waarin de niveaus van contact, psychologisch overzicht, cognitieve zelfcontrole, praktische doelen, vaardigheden en rolfunctioneren worden onderscheiden, geeft de mogelijkheid om de terugkeer stapsgewijs en op het niveau van de patiënt te plannen en uit te voeren.

Bij het doorlopen van de niveaus moeten ook professionals oppassen dat ze niet in eigen valkuilen stappen. De zorg moet niet afhankelijk worden gemaakt van setting en gewoonte, het contact moet niet eenzijdig worden gelegd, en het focus van interventies moet niet te snel omhoog worden gericht.

Het valkuilmodel vormt een globale samenvatting van de 'state of the art' op het gebied van rehabilitatie van patiënten met een schizofrenie. De toekomst zal moeten leren in hoeverre het aanknopingspunten biedt voor gedifferentieerde diagnostiek en voor de inhoudelijke en fysieke organisatie van zorg.

Literatuur

- Anthony, W.A., M.R. Cohen en M.D. Farkas (1990), *Psychiatric rehabilitation*. Boston University, Sargent College of Allied Health Professions, Boston.
- Appelo, M.T. (1995), *Bottom up rehabilitation in schizophrenia*. Regenboog, Groningen.
- Appelo, M.T., M. van der Gaag en C.R. van Meer (1994), Psychologische interventies. In: R.J. van den Bosch, J.W. Louwerens en C.J. Slooff (red.), *Behandelingsstrategieën bij schizofrenie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 33-45.
- Beek, H. van de (1991), *Tussen zorg en behandelen*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Benedict, R.H.B., A.E. Harris, T. Markow e.a. (1994), Effects of attention training on information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 3, 537-546.
- Birchwood, M., en N. Tarrier (1992), *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services*. Wiley & Sons, Chichester.
- Bosch, R.J. van den, J.W. Louwerens en C.J. Slooff (1994), *Behandelingsstrategieën bij schizofrenie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Chadwick, P., M. Birchwood en P. Trower (1996), *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Wiley, Chichester.
- Dingemans, P.M.A.J., R.J. van den Bosch, R.S. Kahn e.a. (1995), *Schizofrenie, onderzoek en implicaties voor de behandeling*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Dröes, J.T.P.M., en J. van Weeghel (1994), *Perspectieven van psychiatrische rehabili-*

- tatie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 795-810.
- Fowler, D., P. Garety en E. Kuipers (1995), *Cognitive behaviour therapy for psychosis*. Wiley, Chichester.
- Gaag, M. van der (1992), *The results of cognitive training in schizophrenic patients*. Eburon, Delft.
- Geddes, J., G. Mercer, C.D. Frith e.a. (1994), Prediction of outcome following a first episode of schizophrenia. A follow-up study of Northwich Park first episode study subjects. *British Journal of Psychiatry*, 165, 664-668.
- Haan, L. de, en W.F. Scholte (1995), Samenwerking bij dreigende terugval. In: P.M.A.J. Dingemans, R.J. van den Bosch, R.S. Kahn e.a. (red.), *Schizofrenie, onderzoek en implicaties voor de behandeling*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 203-211.
- Haddock, G., en P.D. Slade (1996), *Cognitive behavioural interventions with psychotic disorders*. Routledge, Londen.
- Hert, M. de (1995), *Suicide bij jonge schizofrene patiënten*. Proefschrift, Universiteit van Leuven.
- Hodel, B. (1993), *Integrated psychological therapy for schizophrenics*. Oral presentation at the IV WAPR Congress (September). Dublin.
- Johnson, D.A.W. (1981), Studies of depressive symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 139, 89-101.
- Jong, A. de, en Ch. van Nieuwenhuizen (1995), Determinanten van sociaal functioneren en 'kwaliteit van leven'. In: P.M.A.J. Dingemans, R.J. van den Bosch, R.S. Kahn e.a. (red.), *Schizofrenie, onderzoek en implicaties voor de behandeling*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 235-244.
- Kingdon, D.G., en D. Turkington (1994), *Cognitive behavioral therapy of schizophrenia*. Lawrence Erlbaum Associates, Hove.
- McGlashan, T.H., en W.T. Carpenter (1976), Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 231-239.
- Moorey, H., en S.D. Soni (1994), Anxiety symptoms in stable chronic schizophrenics. *Journal of Mental Health*, 3, 257-262.
- Olbrich, R., en L. Mussgay (1990), Reduction of schizophrenic deficits by cognitive training: an evaluative study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 366-369.
- Polstra, L. (1991), *Van patiënt naar werknemer*. Andragogisch Instituut, Groningen.
- Ramsay, R.W. (1977), Behavioral approaches to bereavement. *Behaviour Research & Therapy*, 15, 131-135.
- Reimering, J., en M.T. Appelo (1996), *Handleiding voor een multidisciplinaire zorgofferte voor chronisch psychiatrische patiënten*. Stichting GGZ Groningen, locatie Zuidlaren.
- Roder, V., H.D. Brenner, N. Kienzle e.a. (1988), *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)*. Psychologie Verlags Union, München-Weinheim.
- Sanders, C.M. (1989), *Grief: The Mourning After. Dealing with adult bereavement*. John Wiley & Sons, New York.
- Schene, A.H., en B. van Wijngaarden (1995), Consequenties voor het gezin en op het gezin gerichte interventies. In: P.M.A.J. Dingemans, R.J. van den Bosch, R.S. Kahn e.a. (red.), *Schizofrenie, onderzoek en implicaties voor de behandeling*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 215-234.
- Slooff, C.J., M.T. Appelo, I.M. Berkenbosch e.a. (1994a), *Revalidatiemodulen voor mensen met een schizofrenie, deel I en II*. Van Gorcum/Projectenprogramma

Woonrevalidatie, Assen.

- Slooff, C.J., en W.M.A. Verhoeven (1992), *Ontwikkelingen in en rond de verblijfspsychiatrie*. Reed Healthcare Communications, Leiderdorp.
- Slooff, C.J., D. Wiersma en J.A. Jenner (1994b), Functies en voorzieningen. In: R.J. van den Bosch, J.W. Louwerens en C.J. Slooff (red.), *Behandelingsstrategieën bij schizofrenie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 17-32.
- Strauss, J.S., H. Hafez, P. Liberman e.a. (1985), The course of psychiatric disorder. III: Longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry*, 142, 289-296.
- Tyhurst, J.S. (1957), The role of transition states, including disasters in mental illness. *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. Walter Reed Army Medical Centre, Washington.
- Veen, H. van der, en R.J. Rotteveel (1995), Rehabilitatie en casemanagement. In: P.M.A.J. Dingemans, R.J. van den Bosch, R.S. Kahn e.a. (red.), *Schizofrenie, onderzoek en implicaties voor de behandeling*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 245-258.
- Weeghel, J. van, en J. Zeelen (1990), *Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg*. Lemma, Utrecht.
- Wykes, T. (1994), Predicting symptomatic and behavioural outcomes of community care. *British Journal of Psychiatry*, 165, 486-492.
- Zubin, J., en B. Spring (1977), Vulnerability a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Summary: The chronic pitfall

In the rehabilitation process for patients with schizophrenia various treatments, trainings and care-facilities can be applied and used. In this article the state of the art with regard to rehabilitation-practice in schizophrenia is summarized in a multi-level model. The 'pitfall-model' distinguishes six levels: 'contact', 'psychological overview', 'cognitive self control', 'practical goals', 'survival skills' and 'role functioning'. For each level specific interventions are described. With this model the process of reintegration can be planned and executed step by step in a way that also prevents caregivers to fall in professional pitfalls.

M.T. Appelo is als psycholoog/onderzoeker werkzaam in de Stichting GGZ Groningen en de afdeling Klinische Psychologie van de Rijks Universiteit te Groningen. Correspondentieadres: Stichting GGZ Groningen, locatie Zuidlaren, 9471 KA Zuidlaren.