

GEVALSBESCHRIJVING

Cognitieve gedragstherapie bij een patiënt met medicatieresistente paranoïde schizofrenie

M.F. VAN VREESWIJK, W.J.J.M. ARTS, K.H. KHO, R.A. JONGEDIJK

SAMENVATTING Een 47-jarige man met een medicatieresistente paranoïde schizofrenie die werd behandeld met cognitieve gedragstherapie, wordt beschreven. Cognitieve gedragstherapeutische interventies blijken te kunnen leiden tot een verbetering van zowel positieve als negatieve symptomen bij medicatieresistente schizofrenie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 11, 709-713]

TREFWOORDEN cognitieve gedragstherapie, medicatieresistentie, schizofrenie

In toenemende mate blijkt dat cognitieve gedragstherapie (CGT) een effectieve bijdrage kan leveren aan de behandeling van patiënten met schizofrenie (Cormac e.a. 2003; Durham e.a. 2003). Zo vonden Sensky e.a. (2000) dat CGT effectief was bij de behandeling van negatieve en positieve symptomen bij negentig patiënten met medicatieresistente schizofrenie. Gedurende een follow-up van negen maanden bleef dit resultaat gehandhaafd.

Cognitieve gedragstherapie bij patiënten met medicatieresistente symptomen omvat zes stadia (Garety e.a. 2000): (1) het opbouwen van een therapeutische relatie en psycho-educatie; (2) het aanleren van coping-strategieën; (3) het ontwikkelen van een voor de patiënt begrijpelijke verklaring voor zijn psychose; (4) het beïnvloeden van wanen en hallucinaties; (5) het verminderen van negatieve zelfevaluaties; en (6) de preventie van terugval en het verbreken van sociaal isolement.

In onderstaande gevalsbeschrijving worden de verschillende stadia van CGT bij de behandeling van medicatieresistente paranoïde schizofrenie beschreven.

GEVALSBESCHRIJVING

Een 47-jarige patiënt met paranoïde schizofrenie werd aangemeld voor CGT, omdat hij ondanks behandeling met verschillende psychofarmaca last bleef houden van psychotische symptomen. De medicamenteuze behandeling die bestond uit pimozide (4 mg/dag voor 6 weken), olanzapine (10 mg/dag voor 2 weken; gestopt in verband met bijwerkingen), sulpiride (200 mg/dag voor 6 weken), flupentixol (10 mg/dag voor 8 weken), risperidon (6 mg/dag voor 2 weken; gestopt in verband met bijwerkingen), zuclopentixol (30 mg/dag gedurende 3 maanden) en clozapine (400 mg/dag gedurende 3 maanden; plasmaspiegel 560 ng/ml (therapeutische range: 300 - 600 ng/ml)) was onvoldoende effectief gebleken. Tevens kreeg hij in het voorjaar van 2001 naast clozapine lithium toegevoegd (lithiumplasmaspiegel 0,9 mmol/l). Op verzoek van patiënt werd de medicatie gedurende de CGT voortgezet.

Patiënt was bij aanmelding voor CGT al twee jaar opgenomen in de kliniek. Hij had het gevoel negatieve energiestoten te krijgen van burens en zelf energie te 'stelen'. Het krijgen van negatieve

energiestoten maakte patiënt bang en over het onttrekken van energie aan anderen voelde hij zich schuldig. Deze fenomenen leken vooral op te treden wanneer patiënt zich gespannen voelde. Hij had het idee dat er samenzweringen tegen hem waren en dat hij achtervolgd werd. Volgens patiënt begonnen de klachten in 1997 toen hij experimenteerde met drugs en een *bad trip* doormaakte. Patiënt had geen uitgesproken depressieve klachten. Wel voelde hij zich af en toe somber en wanhopig. De familieanamnese voor psychiatrische stoornissen was belast: zijn moeder had een postpartumpsychose doorgemaakt en zijn zus was bekend met schizofrenie. Gedurende de opname trok patiënt zich vaak terug op zijn kamer en ging daar in foetushouding op bed liggen. Hij nam nauwelijks deel aan groepsbehandelingen en activiteiten, waardoor men weinig grip op hem had.

Bij de start van CGT had patiënt op de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Linszen e.a. 1990) een totaalscore van 55 (zie figuur 1). De eerste fase van de behandeling was gericht op het opbouwen van een therapeutische relatie en het inventariseren van de symptomen. Omdat patiënt nog relatief weinig besef had van zijn diagnose werd hem uitgelegd dat kennis over een ziekte een eerste stap is in het proces om er meer controle over te krijgen. Gedurende 4 sessies werd uitgebreid aandacht besteed aan psycho-educatie. Patiënt gaf aan zich te herkennen in de beschrijving over paranoïde schizofrenie.

Voor aanvang van het tweede stadium van de behandeling was de PANSS-totaalscore 48. In dit stadium stond het adequater omgaan met de klachten centraal (*coping*). De gehanteerde coping-strategieën werden besproken. Patiënt bleek vooral te vluchten uit situaties waar hij niet mee om wist te gaan. Hij ging dan meestal op bed liggen, omdat hij zich daar veilig voelde. Met patiënt werd besproken dat er mogelijk andere, betere, manieren waren om om te gaan met moeilijke situaties. Hij kreeg de opdracht om zich eerst met zijn ogen dicht 1 minuut in gedachten terug te trekken als hij wilde weglopen. Tevens werd

besproken dat wanneer hij veel last had van zijn wanen, hij zichzelf zou proberen af te leiden door naar muziek te gaan luisteren. Patiënt paste deze technieken steeds meer toe en merkte dat hij hier rustiger van werd.

Vanaf de achtste zitting (PANSS-totaalscore 47) werd gezamenlijk een voor de patiënt begrijpelijk model ontwikkeld over het voorkomen van zijn psychose. Dit model was het 'filtermodel'. Wanneer hij zich gespannen voelde, werd hij kwetsbaar voor energievelden. Patiënt zei dat zijn hoofd dan open kwam te staan, waardoor energievelden zijn lichaam vrijelijk in en uit konden stromen. Hij voelde zich op zulke momenten angstig en moe worden. Om te kijken te kijken of dit waar was, werd een experiment voorgesteld: het bankexperiment. Patiënt vertelde dat wanneer hij in de woonkamer van de kliniek op de bank bij het raam zat, hij agressief geladen energiestoten kreeg van zijn buurman. Dit maakte patiënt zo angstig dat hij niet meer op de bank durfde te zitten. De kans dat hij binnen een kwartier agressieve energiestoten van zijn buurman zou krijgen, schatte hij op 50%. Voorgesteld werd dat patiënt gedurende een week minimaal 1 keer per dag op de bank zou gaan zitten en indien hij een energiestoot kreeg, zou hij de situatie goed beschrijven. Dit laatste was bedoeld om uitlokkende factoren op het spoor te komen. Patiënt voelde in de volgende 6 dagen 1 keer een energiestoot toen hij langer dan een kwartier op de bank zat, moe was en televisie keek. Nadat deze gegevens met hem gerelateerd waren aan het eerder opgestelde filtermodel kreeg patiënt de opdracht om het experiment te herhalen, maar zich ditmaal te houden aan de 15 minuten. Het experiment werd gedurende een aantal maanden voortgezet en geleidelijk aan in tijd uitgebreid. Patiënt vertelde tevreden te zijn als hij het experiment volbracht had. Hij zei meer met zijn omgeving bezig te zijn door de opdrachten, waardoor hij de situatie anders beleefde. Dit gaf hem een gevoel van controle en rust. Na een aantal maanden was patiënt in staat om uren op de bank te zitten bij het raam tussen medepatiënten, terwijl de televisie aan-

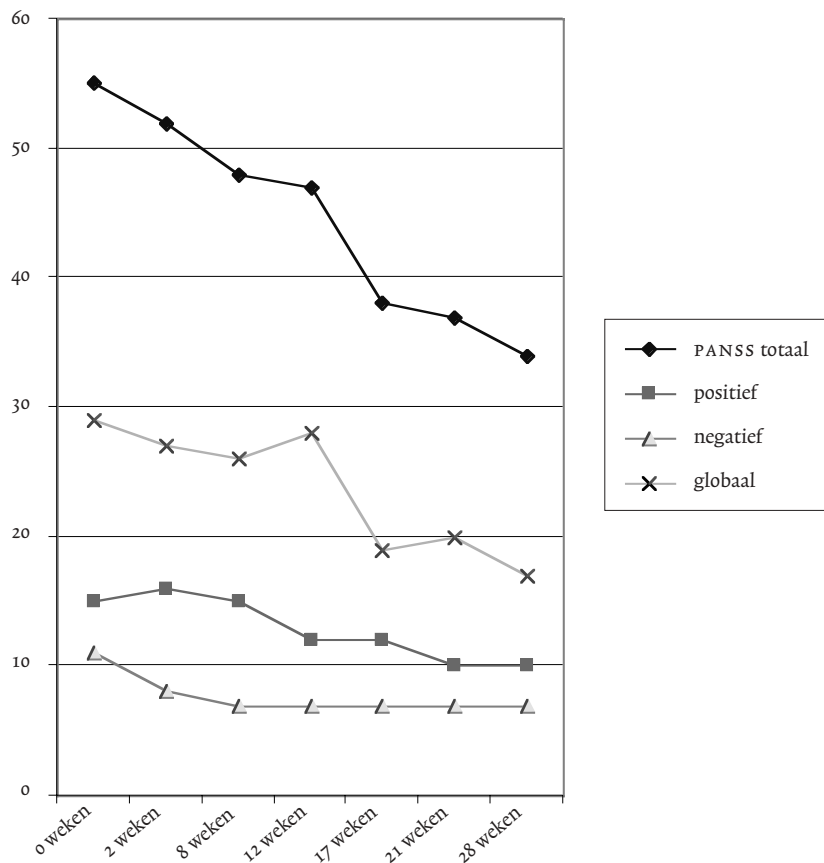
stond. Hij had bijna geen last meer van het idee bestookt te worden door energievelden. De enkele keren dat hij er nog wel last van had, waren de intensiteit van de energiestoten en de duur afgenomen.

In de vijfde fase (PANSS-totaalscore 37) van de behandeling werd de somberheid die patiënt af en toe ervoer, uitgebreid besproken. Ook het negatieve beeld dat hij van zichzelf had, werd besproken. Er bleek een duidelijke relatie tussen een beperkte dagvulling en een sombere stemming. Patiënt werd gemotiveerd meer zinvolle activiteiten te ontwikkelen. Op eigen initiatief nam patiënt tennisles, autorijles en ging hij een schildercursus volgen. Hij voelde zich trots omdat hij weer activiteiten had opgepakt die hij al lange tijd niet had gedaan.

In het laatste stadium van de behandeling werd gekeken naar vroegtijdige signalering van toename van klachten en hoe patiënt hiermee om kon gaan. Daarnaast werd er aandacht besteedt aan het afscheid nemen van de behandelaar en werden zijn toekomstverwachtingen besproken.

Na 23 zittingen (PANSS-totaalscore 34) werd de CGT beëindigd. Patiënt had minder last van energiestoten, en hij was minder angstig als ze optraden. Patiënt was actiever geworden, lag overdag nog zelden op bed, wandelde veel en kookte met plezier eenmaal per week voor zijn medepatiënten. Patiënt kon bij het beëindigen van de CGT aangemeld worden voor een beschermde woonvorm, terwijl hij bij aanvang van de therapie te ziek was om hiervoor in aanmerking te komen. De PANSS-scores waren enkele

FIGUUR 1 Score op de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) bij een patiënt met medicatieresistente schizofrenie die cognitieve gedragstherapie kreeg



maanden later bij een follow-upmeting vrijwel onveranderd gebleven.

BESPREKING

In de hier beschreven casus werden de zes stadia van cognitieve gedragstherapie zoals beschreven door Garety e.a. (2000) doorlopen bij een langdurig opgenomen, medicatieresistente patiënt met schizofrenie. Hoewel de stadia elkaar opvolgen, zijn het geen afgebakende perioden. Zo is er in de behandeling van deze patiënt meerdere malen gewerkt aan het verbeteren van ziekte-inzicht door middel van het zoeken naar een verklaringsmodel voor het ontstaan en voortbestaan van de psychotische klachten. Op sommige momenten was het mogelijk om te werken vanuit een model waarin de energiestoten aange-merkt konden worden als symptomen van schizofrenie; op andere momenten was het ziekte-inzicht van patiënt zo beperkt dat gewerkt moest worden vanuit het idee hoe patiënt zich kon beschermen tegen de energiestoten. Ziekte-inzicht blijkt bij schizofrenie beperkter te zijn dan bij andere stoornissen (Robben e.a. 2002). Dit pleit voor meer interventies die gericht zijn op het bevorderen van ziekte-inzicht, zodat de stoornis beter te behandelen is, met een toename van de kwaliteit van leven als gevolg. Een toename van ziekte-inzicht is echter geassocieerd met een verslechtering van de stemming en met een groter suïciderisico (Robben e.a. 2002).

CGT kan zinvol zijn bij schizofrenie. Zo vonden Sensky e.a. (2000) een positief effect. De vraag is echter of CGT zijn profylactische status in de behandeling van schizofrenie al voldoende bewezen heeft. Het antwoord op deze vraag is vooralsnog ontkennend, getuige de resultaten van het kleine aantal effectiviteitsonderzoeken (N=13) die Cormac e.a. (2003) in hun meta-analyse beschrijven. Het meest duidelijk komt naar voren dat CGT bijdraagt aan een kortere opnameduur. Het is onvoldoende duidelijk of CGT bijdraagt aan een (blijvende) reductie van psychotische klachten

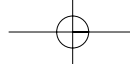
(Cormace e.a. 2003). Toekomstig onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij schizofrenie moet gericht zijn op de relatie tussen klachtenreductie, vermindering van de medische consumptie en de toename van kwaliteit van leven van de patiënt en diens omgeving, en op de kosten van het toepassen van CGT. Daarnaast zou onderzoek moeten plaatsvinden naar patiënt- en therapeutvariabelen die een gunstig resultaat van een CGT-behandeling voorspellen.

CONCLUSIE

Het positieve effect dat cognitieve gedragstherapie bij patiënten met schizofrenie kan hebben op positieve en negatieve symptomen is in effectiviteitsonderzoeken nog weinig onderzocht. Sensky e.a. (2000) vonden een positief effect. De hier beschreven casus bevestigt dit positieve effect.

LITERATUUR

- Cormac, I., Jones, C., Campbell, C., e.a. (2003). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3 (cd-rom). Oxford: Update Software.
- Durham, R.C., Guthrie, M., Morton, R.V., e.a. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 182, 303-311.
- Garety, P.A., Fowler, D., & Kuipers, E. (2000). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 73-86.
- Linszen, D.H., de Haan, L., Kuiper, T., e.a. (1990). Geautoriseerde vertaling van de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.
- Robben, N., de Hert, M., & Peuskens, J. (2002). Gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofrene patiënten. Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 313-322.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., e.a. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.



COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ EEN PATIËNT MET MEDICATIERESISTENTE PARANOÏDE SCHIZOFRENIE

AUTEURS

M.F. VAN VREESWIJK is als psycholoog/GZ-psycholoog in opleiding verbonden aan GGZ Delfland.

W.J.J.M. ARTS is als klinisch psycholoog/ psychotherapeut verbonden aan GGZ Delfland.

K.H. KHO is als psychiater verbonden aan GGZ Delfland.

R.A. JONGEDIJK is als psychiater en manager behandelingen verbonden aan GGZ Delfland.

Correspondentieadres: M. F. van Vreeswijk, GGZ Delfland, Locatie de Gravin, Reinier de Graafweg 7a, 2625 AD Delft.

E-mail: m.v.vreeswijk@ggz-delfland.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-7-2003.

SUMMARY

Effects of cognitive behaviour therapy on a patient with paranoid schizophrenia resistant to medication. A case study – M. F. van Vreeswijk, W. J. J. M. Arts, K. H. Kho, R. A. Jongedijk –

The effects of cognitive behavioural treatment on a 47-year-old man who has paranoid schizophrenia that is resistant to medication are described. The case study demonstrates how successful this type of therapy can be in reducing positive and negative symptoms even in schizophrenia that is resistant to medication.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 11, 709-713]

KEY WORDS cognitive behaviour therapy, medication resistance, schizophrenia

