

Cognitieve therapie bij psychose en stemmenhoren

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

SAMENVATTING In deze literatuurstudie wordt een overzicht gegeven van de huidige cognitief-gedragstherapeutische benaderingen bij psychose en auditieve hallucinaties. Stemmenhoren komt voor bij diverse diagnostische categorieën en bij mensen bij wie geen psychopathologie geconstateerd werd. Ondanks het gebruikelijke behandelaanbod van medicatie en psycho-educatie blijven psychotische patiënten vaak lijden onder psychotische belevingen en overtuigingen. De laatste tien jaar is de aandacht voor cognitieve interventies toegenomen. De werkwijze van vijf onderzoeksgroepen en hun specifieke technieken worden in dit artikel gepresenteerd, evenals evaluerend onderzoek van diverse cognitieve technieken.

De conclusie wordt getrokken dat deze benaderingen de traditionele aanvullen. Het gaat om een emancipatoir model, waarin de patiënt wordt versterkt en groeit op het vlak van inzicht en autonome probleemhantering. De klinische effectiviteit van een dergelijke aanpak is aangetoond. Verwacht wordt dat deze zal bijdragen tot een betere kostenbeheersing.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 5, 277-286]

TREFWOORDEN cognitieve therapie, psychose, stemmenhoren

In de psychiatrische praktijk ontmoeten we dagelijks mensen die lijden onder wanen en hallucinaties. Stemmenhoren kan een akelige ervaring zijn, met catastrofale gevoelens van machteloosheid en angst gek te worden. Hoe indringender de stemmen, hoe depressiever men is (Hustig & Hafner 1990).

Stemmenhoren komt zeer frequent voor bij schizofrenie (Slade & Bentall 1988). Het komt voor bij endogene, exogene en psychogene psychosen, bij persoonlijkheids-, posttraumatische en dissociatieve stoornissen (Bliss e.a. 1983; Putnam e.a. 1986; Mueser & Butler 1987) en ook zonder psychopathologie.

Stemmenhoren op zichzelf is geen pathognomonisch verschijnsel (Asaad & Shapiro 1986; Barrett & Etheridge 1992). In een Amerikaans bevolkingsonderzoek (n = 15258), met de

Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins e.a. 1981) als psychiatrisch diagnostisch instrumentarium, werden in 2,3% van de gevallen auditieve hallucinaties vastgesteld. Van de stemmenhoorders gaf tweederde aan geen hinder ervan te ondervinden (Tien 1991). Bij een steekproef onder deze 2,3% stemmenhoorders konden psychiaters in 55% van de gevallen geen psychiatrische diagnose stellen (Eaton e.a. 1991). In Nederland beschreven Romme en Escher (1993), die de Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Wittchen e.a. 1991) gebruikten, een aantal patiënten bij wie hallucinaties voorkomen zonder verdere psychopathologie.

Stemmenhoren komt voor bij gezonde mensen. Wat moet dan als pathologisch beschouwd worden: het stemmenhoren of de wijze waarop op de stemmen gereageerd wordt?

Vanuit deze vraagstelling is het goed dat alternatieve methoden aandacht krijgen naast andere behandelingen, zoals medicatie en psycho-educatie.

Medicatie en psycho-educatie geven een eenzijdig beeld van het stemmenhoren en wijzen de patiënt erop dat stemmenhoren een symptoom van een ziekte is, waaraan hij zelf niet veel meer kan bijdragen dan het innemen van medicatie en het vermijden van specifieke stress. Dit is niet alleen een verlamdende, maar ook een bedreigende boodschap. Een boodschap met weinig hoop voor de toekomst, een boodschap die de suïcidaliteit kan doen stijgen. Bovendien is uit onderzoek al lang bekend dat neuroleptica onvoldoende effectief zijn. Een conservatieve schatting is dat een kwart tot de helft van neurolepticagebruikende patiënten die als schizofreen zijn gediagnosticeerd, bij voortduring psychotische belevingen blijft houden en zijn ideeën niet verandert (Fowler 1995). Neuroleptica onderdrukken dikwijls het symptoom zonder bij te dragen aan de omgang ermee. Patiënten zijn vaak ontevreden over het feit dat er niet op hun beleven wordt ingegaan en zij daarover niets leren. Een gevoel van miskennis verlaagt de compliance om medicijnen te gebruiken (Read & Reynolds 1996).

Sinds gecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van psychodynamische psychotherapie bij psychose meer negatieve dan positieve resultaten opleverden (Mueser & Berenbaum 1990; McGlashan 1994), worden vooral in de Verenigde Staten de op inzicht georiënteerde benaderingen verlaten. Toch zijn er ook onderzoeken met opmerkelijk positieve resultaten. Cullberg & Levander (1991) stellen vast dat er bij schizofrenen door psychotherapie volledig herstel mogelijk is. Bij hun onderzoek stellen ze de diagnose strikt volgens DSM-III-criteria. Het herstel van de patiënten kan uitsluitend aan de psychotherapie worden toegeschreven.

De laatste tien jaar zien we een sterke ontwikkeling van vormen van cognitieve therapie bij psychose. Doel van dit artikel is een recent

overzicht te geven van deze methoden.

COGNITIEVE BENADERING

De cognitieve zienswijze stelt dat zowel (extreme) gevoelens als het gedrag van mensen eerder bepaald worden door het denken over feiten en gebeurtenissen dan door deze feiten of gebeurtenissen zelf. Gevoelens en gedrag kunnen beïnvloed worden door met deze cognities te werken. De cognitieve benadering zoekt naar een verklaring voor de verschillende wijze waarop mensen kunnen reageren op hun stemmen. Volgens deze zienswijze is het stemmenhoren zelf niet zozeer het probleem, als wel de manier waarop de persoon hierop reageert.

Mensen die hinder ondervinden van hallucinaties, ontwikkelen zelf copingstrategieën, meestal afleidingstechnieken (Falloon & Talbot 1981; Breier & Strauss 1983; Cohen & Berk 1985; Tarrier 1987; Romme & Escher 1989). Op deze wijze ontwijkt men mogelijk het onmiddellijke gevaar. Afleiding kan verlichting bieden. Op korte termijn bevordert deze vorm van coping de psychische stabiliteit. Onderliggende problematiek wordt echter niet verhelderd of opgelost. Dit houdt psychotische afweer en symptomen in stand (Benjamin 1989; Miller e.a. 1993).

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

Cognitieve therapieën zijn gericht op diverse aspecten van het proces tussen waarneming van de stemmen en de reactie hierop. In dit artikel zullen we de technieken van vijf onderscheiden methoden van vijf onderzoeksgroepen bespreken, geordend naar het jaar van de eerste publicatie. Romme en Escher (1989, 1996) maken het

stemmen horen begrijpelijk vanuit de onderliggende sociaal-emotionele problematiek. Tarrrier en Yussupoff (Tarrrier 1992; Tarrrier e.a. 1993; Yussupoff & Tarrrier 1996) versterken de coping. Haddock en Bentall (Haddock e.a. 1993, 1996) exploreren de triggers voor het stemmen horen ('focussen'). Chadwick, Birchwood en Lowe (Chadwick & Birchwood 1994, 1996; Chadwick & Lowe 1994) werken met de 'beliefs', de mate waarin iemand overtuigd is dat de stemmen van buiten komen en machtig zijn. Kingdon en Turkington (Kingdon & Turkington 1994; Turkington & Kingdon 1996) stellen de vraag centraal welke fysiologische en psychologische omstandigheden stemmen horen bevorderen. Zij plaatsen de ervaringen in het 'normale' en luisteren naar de thema's.

OPBOUW VAN DE WERKRELATIE

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

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

HET BEGRIPELIJK MAKEN VAN HET STEMMEHOREN EN HET VERSTERKEN VAN DE PERSOON

Romme en Escher (Romme & Escher 1989, 1993, 1996; Romme e.a. 1992) richten zich op het

begrijpelijk maken van de stemmen. Zij exploreren of het stemmen horen een reactie is op vroeger doorgemaakte problemen of op een actuele levenssituatie. In een gestructureerde dialoog over velerlei aspecten worden vijf elementen gebruikt die de relatie tussen stemmen horen en levensgeschiedenis duidelijk moeten maken. De identiteit: hebben de stemmen een naam of worden ze geacht afkomstig te zijn van een bepaalde persoon of identiteit? Vervolgens komen de karaktertrekken van de stem aan bod. Welke personen en problemen representeren ze? Op welke manier praten ze tegen de persoon? Welke thema's komen daarbij aan bod? Een belangrijk facet vormen de omstandigheden rond het begin. Hieruit kan een relatie met bepaalde traumata of machteloos makende situaties naar voren komen. De triggers (wat activeert de stem?) en de inhoud van wat de stemmen zeggen kunnen verwijzen naar onderwerpen waarmee de stemmenhoorder problemen ervaart in zijn dagelijks leven. De jeugdgeschiedenis ten slotte geeft aanwijzingen voor een geringe weerbaarheid of onduidelijkheid ten aanzien van de eigen identiteit of zelfperceptie.

Wanneer op al deze vragen naar hetzelfde probleem of dezelfde emoties wordt verwezen, wordt daarmee het sociale/emotionele probleem geïdentificeerd dat ten grondslag ligt aan het optreden van de auditieve hallucinaties.

In gevalsbeschrijvingen beschrijven Romme en Escher (1993, 1996) hoe deze elementen zich verhouden bij een reeks van vijf individuen. In een empirische studie (Pennings e.a. 1996) werden deze elementen bij 48 stemmenhoorders onderzocht.

'COPING STRATEGY ENHANCEMENT'

Yussupoff en Tarrrier (Tarrrier 1992; Tarrrier e.a. 1993; Yussupoff & Tarrrier 1996) beschrijven een individueel trainingsprogramma voor chronische patiënten dat erop gericht is de omgang met hallucinaties en wanen te verbeteren door met de emotionele reactie die ze oproepen te

leren omgaan. Ze gaan ervan uit dat een fysiologische angstbeleving, als reactie op hallucineren, waanachtige belevingen en waanvorming in de hand kan werken (cognitie: 'die stem doet iets met mijn lichaam en is dus heel machtig en gevaarlijk'). Men brengt bij deze techniek de reacties op het stemmen horen in kaart en probeert er vervolgens invloed op te krijgen.

De therapie begint met het gedetailleerd en concreet inventariseren van de symptomen. Psychotische symptomen, emotionele reacties, cognitieve en gedragsmatige aspecten worden daarbij besproken. Verwachtingen omtrent verandering of verlies van de psychotische symptomen worden geëxploreerd. Er wordt begrip getoond voor de gehechtheid aan de stemmen. Stemmen verlichten soms het lijden doordat ze troosten of grandioos bevestigen. Soms vrezen patiënten dat ze bij verdwijnen van de stemmen het recht op hulpverlening verliezen of dat ze zich innerlijk leeg zullen voelen.

Specifieke interventies zijn het verkennen van de stemmen en het invloed krijgen op de emotionele reacties die ze oproepen. Hiertoe worden stimulussituaties gecreëerd door terug te gaan naar situaties waarin men die stemmen hoorde, of door de stemmen zelf op te roepen tijdens de behandelingsessie. Hierbij kan het behandelingsdoel zijn cognities op te roepen ('hot cognitions') om ze te veranderen. Daarbij worden cognitieve technieken aangewend zoals beschreven door Chadwick en Birchwood (1994, 1996). De stemmen worden van een nieuwe betekenis voorzien. Een tweede behandelingsdoel kan zijn de stemmen op te roepen met de bedoeling de patiënt vervolgens te trainen in het achterwege laten van de respons, bijvoorbeeld van ritueel gedrag (responspreventie). Een volgende stap is het aanleren van alternatieve gedragingen. Yussupoff en Tarrier beschrijven een copingstrategietraining met aandachts- en afleidingsstrategieën, ontspanningstechnieken en beroep doen op eigen activiteit.

Een pilotstudy (Tarrier e.a. 1993) toonde een vermindering aan van de ernst van de positieve

symptomen. Door deze studie verwierf de groep subsidie van de Wellcome Trust voor een grootschaliger onderzoek, dat nog niet is beëindigd.

FOCUSSEN

Haddock en Bentall (Haddock e.a. 1993, 1996; Bentall e.a. 1994) beschrijven het focussen, een techniek waarbij de aandacht in een bepaalde volgorde op diverse aspecten van de beleving van de stemmen wordt gericht.

Zij gaan uit van de attributietheorie van Bentall (Bentall 1990; Bentall e.a. 1991). In zijn onderzoek bleek dat mensen die hallucineren, vergeleken met een normale controlegroep, de oorsprong van informatie vaker foutief toeschrijven aan een externe bron in plaats van aan interne processen. Het correct attribueren van belevingen aan zichzelf zou dus het hallucineren van stemmen tegengaan. In overeenstemming hiermee is de hypothese van Frith en Done (1988) dat positieve symptomen bij schizofrenie te maken hebben met gestoord monitoren van interne psychische processen. De neuropsychologische hypothese (Schmand 1992) stelt dat een cognitieve stoornis bij schizofrenie te maken heeft met een stoornis in informatieverwerkingsprocessen (zoals realiteitsmonitoren). Volgens psychodynamische theorieën kan een cognitieve bias in de hand worden gewerkt doordat stemmen een afweerfunctie hebben waarbij bedreigende psychische inhoud naar buiten worden geprojecteerd (Benjamin 1989).

Bij het focussen gaan Haddock en Bentall systematisch, in volgorde van de mate van bedreigend zijn, per sessie in op een aantal aspecten. Eerst komen fysieke karakteristieken zoals aantal, volume, geslacht en leeftijd aan de orde. Vervolgens besteden zij aandacht aan de triggers die de stemmen uitlokken. Dan gaan ze op de inhoud in: eerst de thema's, en vervolgens de letterlijke inhoud. Tot slot focussen ze op de mogelijke relatie met de eigen gedachten en zodoende op de emotionele betekenis. Hierbij wordt ook voortdurend geoefend in re-attributie en correct

monitoren. Re-attributie betekent dat men zich bewust wordt van de interne oorsprong van de stemmen. Het kunnen praten over de stemmen in een veilige atmosfeer kan desensitiserend werken voor de angstwekkende psychotische belevingen. Conflict- en probleemgebieden worden zichtbaar voor de patiënt. Verwerken hiervan leidt tot ik-versterking.

Haddock e.a. (1996) beschrijven onderzoek bij een groep van elf patiënten na de behandeling en bij follow-up na zes maanden. Zij vinden een significante afname van de frequentie van het stemmenhoren, vermindering van de angst ervoor en van de inbreuk op het persoonlijke leven. De stemmen worden gemeten met behulp van een stemmendagboek en de Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (PQRST). Met de Rosenberg Self-esteem Scale werd een niet-significante verhoging van de zelfwaardering gemeten.

KRITISCH INGAAN OP DE OVERTUIGING

De interventies van Chadwick, Birchwood en Lowe (Chadwick & Birchwood 1994, 1996; Chadwick & Lowe 1994) zijn vooral gericht op de 'beliefs', de mate waarin iemand ervan overtuigd is dat de stemmen van buiten komen en machtig zijn. Eerst wordt in kaart gebracht in welke mate de patiënt zeker is van de verschillende overtuigingen. Bijvoorbeeld als de stemmenhoorder er stellig van overtuigd is dat de stemmen afkomstig zijn van zijn overleden grootmoeder, krijgt deze overtuiging een 9 of een 10. Twijfelt hij soms, dan wordt het een 5 of een 6. Daarna gaat de therapeut per overtuiging na welke argumenten voor de patiënt van belang zijn bij het in stand houden ervan. Men begint met de minst zekere overtuiging. Vervolgens gaat de therapeut met de patiënt de overtuigingen uittesten ('reality-testing tasks').

Men begint bijvoorbeeld met de overtuiging 'ik heb geen controle over de stemmen'. Deze wordt herlabeld tot 'ik kan niet beïnvloeden of ik ze wel of niet hoor'. Vervolgens vraagt men

de patiënt bij het horen van stemmen tegelijkertijd ook te spreken. Aangezien stemmen verdwijnen op het moment dat men zijn eigen stem hardop gebruikt, toont deze afleidingsoefening aan dat men de stemmen wel kan beïnvloeden.

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

In de therapie gaat men dus systematisch alle overtuigingen van de patiënt na. Door middel van taken worden hardnekkige verklaringen aan nieuwe ervaringen getoetst ('reality testing'). Vervolgens biedt men een alternatieve interpretatie aan. Daarna wordt samen met de patiënt besproken in hoeverre de overtuiging een poging was om bepaalde levenservaringen zin te geven.

In een nog lopend onderzoek doen Chadwick e.a. (persoonlijke mededeling) een acht tot tien zittingen durende cognitieve groepstherapie die erop gericht is de twee belangrijkste overtuigingen, namelijk 'mijn stemmen zijn erg machtig' en 'ik heb geen controle over mijn stemmen', systematisch te beïnvloeden. In de eerste drie groepen met respectievelijk vijf, drie en vijf deelnemers verminderde de overtuiging met gemiddeld 25%.

NORMALISEREN

Ook Kingdon en Turkington (Kingdon & Turkington 1994; Turkington & Kingdon 1996) beschrijven bij hun 'normalising cognitive behavioural therapy' het cognitieve model als vorm van psycho-educatie. De nadruk ligt op het normaliseren van de catastrofale beleving van het ziek zijn. Het besef psychotisch, schizofreen of gek te zijn, is vaak heel bedreigend en luxeert verdere psychotische decompensatie.

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

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

GECOMBINEERDE AANPAK VAN JENNER

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

Jenner rapporteert opmerkelijke resultaten over zijn aanpak bij een groep patiënten met veelvuldige andere behandelingen en een lange voorgeschiedenis (Van de Willige e.a. 1996). Van 40 patiënten bij wie de behandeling wordt geëvalueerd, geeft 20% aan geen stemmen meer te horen (twee maanden klachtenvrij). 42% heeft minder last van stemmen, beleeft minder angst en heeft het gevoel er meer controle over te hebben. Er is een grote satisfactie (78% is tevreden tot zeer tevreden over de behandeling).

GECONTROLEERDE ONDERZOEKEN

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

Drury (Drury e.a. 1996a, 1996b) deed een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek bij veertig opnamepatiënten in de acute fase van een niet-affectieve psychose. Hij paste in de experimentele conditie gedurende twaalf weken zowel individuele als groeps-cognitieve therapie toe, gericht op het kritisch ingaan op de overtuigingen. In de controlegroep kregen de twintig deelnemers evenveel uren ondersteunend therapeutisch contact. In beide groepen werden psychofarmaca voorgeschreven. De ontslagdatum werd bepaald door een consultatief werkend psychiater. Deze was alleen op de hoogte van het feit dat alle patiënten aan een ondersteunend programma deelnamen. Er werd bij de meting gebruikgemaakt van de Psychiatric Assessment Scale (Krawiecka e.a. 1977).

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

Kuipers en Garety (Kuipers e.a. 1997, 1998; Garety e.a. 1997) deden bij chronisch psychotische

patiënten een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van een gecombineerde aanpak met kritisch ingaan op de overtuiging, trigger-identificatie, aanleren van alternatieve gedragingen, identificeren en bijsturen van negatieve denkschema's.

De deelnemers leden onder minstens één positief psychotisch symptoom dat sinds minimaal zes maanden aanwezig was en tot dan toe niet op medicatie had gereageerd. De gemiddelde ziekteduur van de deelnemers was twaalf jaar. De therapie sessies vonden aanvankelijk wekelijks, later tweewekelijks plaats. Het gemiddelde aantal sessies in de experimentele conditie was achttien.

Gemeten op de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall & Gorham 1962) was er tijdens de behandelfase (0-9 maanden) in de experimentele groep ($n = 28$) een belangrijke klinische verbetering (afname van de BPRS-score met minimaal 10 punten) bij 21% en een redelijke klinische verbetering (afname van de BPRS-score met minimaal 5 punten) bij 29%. Bij 3% was er een verslechtering (toename van de BPRS-score met minimaal 5 punten). In de controlegroep ($n = 32$) was er een belangrijke klinische verbetering bij 3%, een redelijke klinische verbetering bij 28% en een verslechtering bij 9%. In de experimentele groep bleef de gemiddelde toegediende neuroleptische medicatie constant, in de controlegroep nam dit toe. Bij follow-up na achttien maanden bleek deze verbetering stabiel: de BPRS-score was in de experimentele groep nog licht afgenomen en in de controlegroep nog licht toegenomen.

De hinder veroorzaakt door wanen en de frequentie van hallucineren werden gemeten met de Personal Questionnaire (Brett-Jones e.a. 1987). In de experimentele groep, vergeleken met de controlegroep, bleek bij follow-up een significante afname van de hinder veroorzaakt door wanen en van de frequentie van het hallucineren.

CONCLUSIE

Gemeenschappelijk in de beschreven technieken is dat deze therapie, werkend vanuit een steunend en veilig contact, de autonomie van de patiënt versterkt. De patiënt krijgt de mogelijkheid zelf bij te dragen aan de vermindering van zijn problematiek. De problematiek wordt gedifferentieerd omdat meerdere aspecten daaraan onderscheiden worden die de patiënt herkent. Deze herkenning is een stimulans tot meewerken en versterkt het gevoel van eigenwaarde van de patiënt.

Afhankelijk van het klachtenpatroon sluiten bepaalde interventies meer aan bij de problematiek. Bij extreme angst voor psychotische belevingen kan normaliseren (decatastroferen) therapeutisch zijn. Bij chaotische coping of angst op de voorgrond kan 'coping strategy enhancement' toegepast worden. Bij onduidelijkheid over de omstandigheden waarbij het stemmen horen optreedt, of als iemand door de stemmen overvallen wordt, kunnen de triggers verduidelijkt worden middels focussen. Wanneer er veel hinder is door wanen, kan kritisch worden ingegaan op de overtuigingen en kunnen deze worden uitgetest. Als er aanwijzingen zijn dat de symptomen hierdoor in stand blijven, kunnen de achterliggende probleemgebieden worden verhelderd in een gestructureerde dialoog.

Uit evaluatiestudies en de voorgaande beschrijving van de therapievormen blijkt dat cognitieve therapie klinisch effectief kan zijn. Bij chronische, medicatieresistente psychose kon bij de helft van de patiënten een substantiële verbetering bereikt worden (Kuipers e.a. 1997, 1998). Bij patiënten in de acute fase van een psychose werd de duur van de psychose aanzienlijk bekort (Drury e.a. 1996). Deze studies suggereren dat de cognitieve therapie een chronisch verloop van de psychose kan helpen voorkomen. Het prognostisch belang hiervan wordt in de literatuur benadrukt (Loebel e.a. 1992; Wyatt 1991). Hierdoor is er ook vooruitzicht op betere kostenbeheersing.

LITERATUUR

- Asaad, G., & Shapiro, M.D. (1986). Hallucinations: Theoretical and clinical overview. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1088-1097.
- Barrett, T.R., & Etheridge, J.B. (1992). Verbal hallucinations in normals I: People who hear voices. *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379-387.
- Beck, A.T. (1952). Successful out-patient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Benjamin, L.S. (1989). Is chronicity a function of the relation between the person and the auditory hallucination? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 291-309.
- Bentall, R.P. (1990). The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.
- Bentall, R.P., Baker, G.A., & Havers, S. (1991). Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 213-222.
- Bentall, R.P., Haddock, G., & Slade, P.D. (1994). Psychological treatment for auditory hallucinations: From theory to therapy. *Behavior Therapy*, 25, 51-66.
- Bliss, E.L., Larson, E.M., & Nakashima, S.R. (1983). Auditory hallucinations and schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 30-33.
- Breier, A., & Strauss, J.S. (1983). Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1141-1145.
- Brett-Jones e.a. (1987). Measuring delusional experiences: A method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-265.
- Chadwick, P.D.J., & Birchwood, M.J. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P.D.J., & Birchwood, M.J. (1996). Cognitive therapy for voices. In G. Haddock & P.D. Slade (red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Chadwick, P.D.J., & Lowe, C.F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour, Research and Therapy*, 32, 355-367.
- Cohen, C.I., & Berk, L.A. (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 407-410.
- Corstens, D., & Hofman, A. (1997). Cognitieve therapie bij een psychotische man. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 17, 97-109.
- Cullberg, J., & Levander, S. (1991). Fully recovered schizophrenic patients who received intensive psychotherapy. *Nord Psykiatr. Tidskr.*, 45, 253-262.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., e.a. (1996a). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., e.a. (1996b). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. II. Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.
- Eaton, W.W., Romanoski, A., Anthony, J.C., e.a. (1991). Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 689-693.
- Falloon, I.R.H., & Talbot, R.E. (1981). Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329-339.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis* (pp. 5-6). Chichester: J. Wiley.
- Frith, C.D., & Done, D.J. (1988). Towards a neuropsychology of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 153, 437-443.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., e.a. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- Haddock, G., Bentall, R.P., & Slade, P.D. (1993). Psychological treatment of chronic auditory hallucinations: Two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 335-346.
- Haddock, G., Bentall, R.P., & Slade, P.D. (1996). Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction? In G. Haddock & P.D. Slade (red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Hustig, H.H., & Hafner, R.J. (1990). Persistent auditory hallucinations and their relation to delusions and mood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 264-267.
- Jenner, J.A., van Gorkum, I., & Wiersma, D. (1996). *Copingtraining en cognitieve therapie bij schizofrenie-patiënten met chronische en invaliderende hallucinaties. Een protocol voor behandeling*. Groningen, Afdeling Psychiatrie, AZG/RUG.
- Kingdon, D.G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Krawiecka, M., Goldberg, D., & Vaughn, M. (1977). Standardised psychiatric assessment scale for chronic psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 36, 25-31.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., e.a. (1997). London-East Anglia

- randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., e.a. (1998). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68.
- Loebel, A.D., Lieberman, J.A., & Alvir, J.M.J. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- McGlashan, T. (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl. 384: 5), 147-152.
- Miller, L.J., O'Connor, E., & DiPasquale, T. (1993). Patients attitudes toward hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 150, 584-588.
- Mueser, K.T., & Butler, R.W. (1987). Auditory hallucinations in combat-related chronic posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 299-303.
- Mueser, K.T., & Berenbaum, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia – is there a future? *Psychological Medicine*, 20, 253-262.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pennings, M.H.A., Romme, M.A.J., & Buiks, A.A.J.G.M. (1996). Auditieve hallucinaties bij patiënten en niet-patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 648-659.
- Putnam, F.W., Garoff, J.J., Silberman, E.K., e.a. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Read, J., & Reynolds, J. (1996). *Speaking our minds*. Houndmills: Macmillan Press.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., e.a. (1981). National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Romme, M.A.J., & Escher, A.D.M.A. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Romme, M.A.J., Honig, A., Noorthoorn, O., e.a. (1992). Coping with voices: An emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161, 99-103.
- Romme, M., & Escher, S. (1993). *Accepting voices*. London: Mind Publications.
- Romme, M., & Escher, S. (1996). Empowering people who hear voices. In G. Haddock & P.D. Slade (red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Schmand, B. (1992). Cognitieve functiestoornissen bij patiënten met een schizofrenie. In W.M.A. Verhoeven & C.J. Sloof (red.), *Ontwikkelingen in en rond de verblijfspsychiatrie*. Leiderdorp: Reed Healthcare Communications.
- Slade, P.D., & Bentall, R.P. (1988). *Sensory deception. A scientific analysis of hallucination*. London: Croom Helm Ltd.
- Slade, P.D., & Haddock, G. (1996). A historical overview of psychological treatments for psychotic symptoms. In G. Haddock & P.D. Slade (red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Tarrier, N. (1987). An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141-143.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. In M. Birchwood & N. Tarrier (red.), *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. Chichester: J. Wiley.
- Tarrier, N., Becket, R., Harwood, S., e.a. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Tien, A.Y. (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Turkington, D., & Kingdon, D. (1996). Using a normalising rationale in the treatment of schizophrenic patients. In G. Haddock & P.D. Slade (red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Willige, G. van de, Jenner, J.A., & Wiersma, D. (1996). Effectiviteit van de behandeling op de 'stemmenpoli' voor patiënten met persisterende auditieve hallucinaties. Een exploratief onderzoek. Groningen, Afdeling Psychiatrie, AZG/RUG.
- Wittchen, H.U., Robins, L.N., Cottler, L.B., e.a. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.
- Wyatt, R.J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 325-351.
- Yussupoff, L., & Tarrier, N. (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. In G. Haddock & P.D. Slade (red.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

AUTEURS

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

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

A.D.M.A.C. ESCHER is onderzoeksmedewerkster aan de Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentieadres: J. Butenaerts, Vincent van Gogh Instituut, Stationsweg 46, 5803 AC Venray.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-8-1998.

SUMMARY Cognitive therapy with psychosis and auditory hallucinations – In this review an outline is presented of the actual cognitive behavioural treatment approach of psychosis and auditory hallucinations. Hearing voices occurs in patients with different diagnoses and in persons without psychopathology. Despite usual treatment with antipsychotics and psychoeducation psychotic patients often still suffer a great deal from their psychotic experiences and beliefs. Over the last ten years there was an increase in research into cognitive interventions. In this article we present five research groups. The different researchers use common elements and specific techniques in their treatment. We also review evaluation studies of various cognitive techniques.

Our conclusion is that these interventions are complementary to the usual treatment. They fit in an emancipatory model in which patients grow in insight in their psychotic experiences and beliefs and in their capacity to cope with these. Evaluation of this approach shows clinical efficacy. Introducing these techniques we may expect a reduction of overall cost of treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 5, 277-286]

KEYWORDS auditory hallucinations, cognitive therapy, psychosis