



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Rationele rehabilitatie bij schizofrene patiënten met wanen

Martin T. Appelo*

Samenvatting

Patiënten met schizofrenie die worden gehinderd door wanen en te kennen geven dat zij hier iets aan willen doen, kunnen worden behandeld met een nieuwe vorm van cognitieve therapie: Rationele rehabilitatie. Dit is een combinatie van rationeel-emotieve therapie en roltherapie, waarbij irrationele en rationele eigenschappen worden ondergebracht in respectievelijk een psychotische rol en een objectieve rol. De psychotische rol wordt vervolgens onder controle gesteld van de objectieve rol. Centrale technieken hierbij zijn het plaatsen van het thema van de wanen in het decor van de objectieve werkelijkheid, het uitdagen van 'psychotische' gedachten en het herformuleren daarvan in 'objectieve' gedachten, en het herstructureren van activiteiten.

Inleiding

Irrationeel denken komt bij iedereen voor en dus ook bij patiënten met een schizofrenie. Tijdens trainingen en therapieën blijkt regelmatig dat de uitvoering van vaardigheden wordt belemmerd door angst en/of psychotische symptomen. De angst is vaak gerelateerd aan het feit dat de patiënt reeds een aantal mislukte pogingen heeft ondernomen om weer te gaan deelnemen aan het reguliere maatschappelijke leven of het leven 'buiten de kliniek'. Deze mislukkingen zijn vaak veroorzaakt door uitstoting door anderen of hangen samen met angst voor uitstoting bij de patiënt. Ook het onvoldedig geaccepteerd hebben van de vaak bij schizofrenie behorende handicaps en kwetsbaarheid speelt soms een rol. Door het niet herkennen van belastende factoren die een psychose kunnen 'uitlokken' of een onvermogen om hier effectief mee om te gaan, volgt vaak snel na ontslag een psychotische decompensatie, resulterend in een heropname. De ervaring van gebrekkige zelfcontrole en depressieve symptomen kleuren dan ook vaak de beleving van patiënten met schizofrenie. Wanen zijn inhoudelijke denkstoornissen; strikt persoonlijke, ego-syntone overtuigingen waarvoor objectieve bewijzen ontbreken en waaraan wordt vastgehouden ondanks bewijzen van de onjuistheid ervan of pogingen van anderen om de inhoud ervan te weerleggen. Deze overtuigingen lijken vaak door patiënten met schizofrenie te worden 'ingezet' om zich te beschermen tegen de ervaring van angst en om de als chaotisch beleefde werkelijkheid en de hallucinaties een betekenis te geven. Behalve dat wanen een bepaalde mate van zekerheid en rust kunnen geven, valt ook op dat het, vooral bij paranoïde wanen, inhoudelijk gaat om verklaringen voor door de patiënt ervaren angst en onzekerheid (Van den Bosch, 1993).

Het gevolg van een waan is meestal dat de patiënt het contact met de mensen in zijn omgeving verliest. De omgeving wijst niet alleen de vreemde of absurde overtuiging

* M.T. APPELO, psycholoog, is verbonden aan het Psychiatrisch centrum 'Licht en Kracht' (Assen) en de vakgroep Klinische psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen.

af, maar ook de persoon die er zulke ideeën op na houdt. Deze afwijzing kan ertoe leiden dat de waan steeds sterker wordt. Bijvoorbeeld: De patiënt die wordt bekritiseerd omdat hij zegt dat hij Jezus is, begrijpt die afkeuring uit het besef dat ook Jezus werd uitgestoten door zijn omgeving.

Patiënten met wanen die toch willen deelnemen aan het 'gewone' leven zullen hun waanwerkelijkheid moeten proberen in te ruilen voor de werkelijkheid van hun medemensen. Het is van groot belang om aan de patiënten die dit wensen een hulpmiddel te geven waarmee de angst en de onzekerheid kunnen worden beperkt, zodat de wanen niet meer nodig zijn.

Rationeel emotieve therapie (RET; Ellis, 1958; 1993) is een geschikte en geaccepteerde vorm van cognitieve therapie om angst en onzekerheid te behandelen. Tot voor kort werd aangenomen dat de RET, een op het uitdagen en herstructureren van gedachten gerichte methode, bij psychotische patiënten weinig effectief is (Ellis, 1983). Het is inderdaad juist dat manifest psychotische patiënten nauwelijks te benaderen zijn met verbale interventies. Patiënten met schizofrenie zijn echter niet altijd psychotisch, zeker niet wanneer zij goed op neuroleptica zijn ingesteld. Perioden waarin de psychotische of positieve symptomen (wanen, hallucinaties en incoherentie) op de voorgrond staan worden meestal afgewisseld met perioden waarin vooral de zogenaamde 'negatieve symptomen' (bijv. passiviteit, energieverlies en gevoelsarmoede) de overhand hebben. Vooral tijdens de perioden waarin de psychose 'in remissie' is, kleuren het besef van gebrekkige zelfcontrole en de depressieve symptomen de beleavingswereld. Veel patiënten raken dan doordrongen van de negatieve gevolgen van de psychose. De wanen lijken tijdens deze perioden vaak hun ego-syntone karakter te verliezen; de patiënten beseffen en verwoorden dan vaak het ongewone van de ideeën waarvan ze tijdens de psychose absoluut overtuigd waren. Met de twijfels over het waarheidsgehalte van de waan groeit vaak de wens er meer controle over te krijgen.

Zodra de patiënten deze wens te kennen geven, is het belangrijk technieken om gedachten en overtuigingen te wijzigen toe te passen, te meer omdat met deze technieken de laatste tijd wel positieve resultaten worden gemeld bij patiënten met deze en dergelijke stoornissen (Evers & Van der Velden, 1991; Kingdon & Turkington, 1991; Tarrrier, 1992). In dit verband is het aardig om te vermelden dat Aaron Beck in het voorwoord van een nieuw boek over cognitieve gedragstherapie bij schizofrenie (Kingdon & Turkington, 1994) toegeeft dat hij ten onrechte heeft beweerd dat deze therapievorm niet zou werken bij patiënten met een schizofrenie.

In dit artikel wordt een nieuwe methode voor het leren controleren van wanen geïntroduceerd, waaraan door de auteur als doopnaam 'Rationele Rehabilitatie' is gegeven, omdat het bij deze methode gaat om het in ere herstellen van het 'gezonde verstand'. Naast RET, vormen de persoonlijkheidstheorie en roltherapie van Kelly (1955) belangrijke pijlers onder deze methode. Na een theoretische verantwoording van deze vorm van cognitieve therapie wordt het gefaseerde proces van Rationele Rehabilitatie beschreven en toegelicht. Daarna wordt de methode met een voorbeeld geïllustreerd. Vooralsnog gaat het om een therapie die haar waarde nog moet bewijzen. Vandaar dat het artikel wordt besloten met een bespreking van de tot nu toe vastgestelde mogelijkheden en beperkingen van de methode.

Theoretische verantwoording van rationele rehabilitatie

Rationele rehabilitatie is een combinatie van roltherapie (Kelly, 1955; Bonarius, 1980) en RET (Ellis, 1992). Voor een goed begrip van de methode zijn de volgende definities van 'objectieve' en 'psychotische' gedachten en eigenschappen van belang: 'Objectieve' gedachten zijn gebaseerd op feiten die voor iedereen waar te nemen zijn en die niet worden beïnvloed door gevoelens en vooroordelen. 'Objectieve' eigenschappen leiden tot een normaal sociaal leven (buiten de kliniek). 'Psychotische' gedachten zijn gebaseerd op strikt persoonlijke feiten die voor anderen niet waar te nemen zijn en worden beïnvloed door gevoelens en overtuigingen. 'Psychotische' eigenschappen leiden tot vereenzaming, (her)opname in een psychiatrisch ziekenhuis en hospitalisatie of suïcide.

Tijdens de therapie worden de 'objectieve' en 'psychotische' gedachten en eigenschappen van de patiënt van elkaar onderscheiden en vervolgens in afzonderlijke rollen gevat. Daarna wordt aan de 'objectieve' rol RET geleerd om de 'psychotische' rol, inclusief de waanwerkelijkheid, te kunnen controleren.

Zich baserend op het 'constructief alternativisme' van Kelly (1955), stelt Hogan (1976) dat ieder mens een wetenschapper is die zijn ervaringen samenvat in een serie persoonlijke 'constructen'. De 'constructen' bestaan uit polen die worden gevormd tijdens de persoonlijke leergeschiedenis en worden toegepast om structuur aan te brengen in de chaos van gebeurtenissen (bijvoorbeeld: goed-slecht, eerlijk-oneerlijk).

Een gezond 'constructensysteem' wordt niet rigide gehanteerd. Om greep te houden op de veranderende wereld moeten mensen steeds dit 'constructensysteem' aanpassen. Gezond blijven is, met andere woorden, afhankelijk van het steeds opnieuw construeren en reconstrueren van gebeurtenissen. Om de stabiliserende werking te behouden moet een 'constructensysteem' echter ook niet teveel veranderen. Een persoon is daarom steeds op zoek naar een dynamisch evenwicht tussen handhaving en aanpassing van dit systeem. Elk persoonlijk systeem heeft een bepaalde reikwijdte, een bepaald bruikbaarheidsbereik. Tevens bezit het systeem een zekere soepelheid, waardoor de mate waarin het aan de veranderende wereld kan worden aangepast bepaald wordt.

Psychisch gezonde of zieke mensen worden door Kelly niet onderscheiden aan de hand van symptomen of syndromen maar door mate van (on)toereikendheid van hun 'constructensysteem'. Gezonde personen evalueren hun 'constructen', testen hun interpretaties van de ervaring en veranderen hun constructen indien nodig. Dit alles gaat gepaard met de wens om de 'construct-breedte' te vergroten. Personen die volgens Kelly psychisch ziek zijn, hebben een ontoereikend 'constructensysteem' ten aanzien van de veranderende wereld en de eigen persoon. Zij blijven bepaalde, vaak rigide, 'constructen' gebruiken ondanks het feit dat deze steeds opnieuw tot negatieve gevolgen leiden. Het 'constructen-systeem' van een psychisch zieke persoon is volgens Bonarius (1980) min of meer vastgeroest, de soepelheid is miniem, de breedte gering.

Roltherapie heeft tot doel om beweging in het vastgelopen systeem te brengen, het af te stemmen op de gevolgen ervan en het te richten op de veranderende wereld en de toekomst. Kort samengevat komt de werkwijze op het volgende neer: Nadat de 'constructen' van iemand zijn vastgesteld en nieuwe 'constructen' aan het arsenaal zijn toegevoegd, worden de positieve en negatieve polen samengevat in twee rollen. De eerste rol is de patiënt, de tweede rol, opgebouwd uit de tegenpolen, beschrijft een

persoon zoals de patiënt ook zou kunnen zijn. De patiënt wordt even 'op vakantie gestuurd' en krijgt als opdracht om een tijdje de nieuwe rol te spelen. Doordat hij positieve reacties uit zijn omgeving krijgt op bepaalde facetten van de nieuwe rol ontdekt hij dat verandering en reductie van de klachten mogelijk en de moeite waard is. De onderdelen van de nieuwe rol die de patiënt zijn bevallen worden opgenomen in het oude 'constructensysteem' of gebruikt om oude 'constructen' te vervangen of te versoepelen.

Een waan kan worden opgevat als een extreem rigide persoonlijk 'construct' dat werkt als een 'self fulfilling prophecy'; de negatieve reacties die het gevolg zijn van de waan worden met hetzelfde 'construct' geïnterpreteerd, waardoor de kracht ervan toeneemt en de reacties op den duur tot afwijzing, uitstoting en isolatie leiden. Rationele rehabilitatie is gericht op het doorbreken van deze negatieve vicieuze cirkel.

De techniek kan worden toegepast wanneer de patiënt niet manifest psychotisch is en aangeeft te willen leren om de psychose met andere dan alleen medicamenteuze middelen te bestrijden. Tevens moet de patiënt een doelstelling hebben die overeenkomt met een normaal sociaal leven (buiten de kliniek). Deze doelstelling vormt het uitgangspunt van de therapie. De patiënt wordt voorgesteld om een centraal 'construct' met als polen 'psychose' en 'objectiviteit' te identificeren. De bij de polen horende gedachten en gedragingen worden daarna in rollen samengevat zodat twee typische gedachten- en gedragspatronen van dezelfde persoon herkenbaar worden. Aan de 'objectieve' rol wordt vervolgens geleerd om met behulp van RET-technieken de 'psychotische' rol te beheersen. Ten slotte worden door de psychose geïnspireerde activiteiten vervangen door activiteiten die gericht zijn op het bereiken van de sociale doelstelling.

Fasen van rationele rehabilitatie

Rationele rehabilitatie vindt plaats in fasen welke in tabel 1

Tabel 1 Fasen van Rationele rehabilitatie

Fase	Thema	Doel
1.	doelen stellen	hanteren van een duidelijk referentiekader tijdens de behandeling
2.	gedachten ordenen	verduidelijken van de cognitieve verwarring tussen objectieve en waanwerkelijkheid
3.	uitleg	overtuiging dat gedachten tot gedrag en gevoel kunnen leiden.
4.	rollen identificeren	verwarring oplossen door de tegenstrijdige tendensen te vergroten, te (h)erkennen en te accepteren
5.	RET leren aan de objectieve rol	plaatsen van het waantheme in het decor van de objectieve werkelijkheid. Van externe naar interne attributie.
6.	Activiteiten herstructureren	verminderen ziekte winst. Sociale integratie

zijn samengevat en op de volgende pagina's worden beschreven.

Doelen stellen

De eerste fase bestaat uit het stellen van 'objectieve' doelen. Het gaat hierbij om een doelstelling in termen van een normaal maatschappelijk leven binnen een sociaal netwerk.

Wanneer de patiënt blijk geeft van de wil om te veranderen maar nog geen concrete doelen stelt, wordt hem gevraagd waarom hij dit wil. Wanneer patiënten daarbij aangeven dat zij de negatieve consequenties van de wanen zat zijn, wordt hun verder gevraagd welke positieve veranderingen zij zouden willen bereiken. Het is nuttig hierbij gevoelens van jaloezie te bespreken. Veel patiënten geven aan dat zij leeftijdgenoten benijden om wat dezen hebben bereikt. Vandaar dat een prettig sociaal leven, inclusief een opleiding en een aardige partner, alsook een overheersend prettig gevoel, de meest genoemde doelstellingen zijn. Omdat dergelijke doelen voor bijna iedereen van belang zijn, worden dit 'de doelen van de objectieve werkelijkheid' genoemd.

Het is in deze fase niet nodig de doelen verder te specificeren. Wel is het belangrijk om ze te contrasteren met de doelstellingen van de patiënt wanneer deze manifest psychotisch is. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld gelooft een al of niet heilige missie te moeten volbrengen, dient ook hiervan het doel te worden geformuleerd, bijvoorbeeld het redden van de wereld. Wanneer de patiënt meent dat er een complot tegen hem is, wordt gevraagd wat het doel van dit complot is, bijvoorbeeld zijn vernietiging. De aan de waan gerelateerde doelstelling wordt het 'psychotische' doel genoemd.

De 'objectieve' doelstelling geldt als het referentiekader voor de behandeling. Op elk moment moet de patiënt erop gewezen kunnen worden dat hij zelf dit doel heeft gekozen. Wanneer hiertegen protest wordt aangetekend, bijvoorbeeld omdat de patiënt toch eerst de wereld wil redden, wordt gesteld dat de therapie alleen van start kan gaan wanneer de patiënt bereid is eerst aan de 'objectieve' doelstelling te werken; daarna kan hij eventueel zelfstandig verder werken aan het 'psychotische' doel.

Gedachten ordenen

De positieve en negatieve gedachten die met de doelen samenhangen worden geïnventariseerd en geordend. Uitvoerig wordt stilgestaan bij wat de patiënt dacht, denkt, en zou kunnen denken over wel of niet bereiken van de doelen. Er worden vier groepen gedachten geregistreerd, namelijk de negatieve en positieve gedachten die betrekking hebben op de 'objectieve' en 'psychotische' doelstelling.

Positieve gedachten bij de 'objectieve' doelstelling hebben betrekking op het feit dat de patiënt wil veranderen en de redenen waarom hij dit wil. Bij het identificeren van deze gedachten wordt ook stilgestaan bij de vraag waarom de patiënt denkt dat het kan lukken en waarom hij recht heeft op een leven zoals veel leeftijdgenoten dat leiden.

Positieve gedachten bij de 'psychotische' doelstelling hebben betrekking op de inhoud van de waan, voor zover de patiënt zichzelf daarin een positieve rol toekent. Voorbeelden hiervan zijn: 'Ik ben Jezus en daarom kan ik de wereld redden', 'Ik ben Jezus en daarom moeten ze mij doden', 'Ik ben onsterfelijk en dus win ik het van het kwaad'.

Bij het inventariseren van negatieve gedachten zal bij beide doelstellingen blijken dat hier veel angsten en depressieve thema's worden genoemd en gedachten die op een negatief zelfbeeld wijzen.

Speciaal bij de 'psychotische' doelstelling zullen als negatief gekwalificeerde waangedachten zoals 'Ik ben de duivel', 'Ik ben slecht' en 'Tegen een complot valt niets te beginnen' een rol spelen.

Doel van deze fase is het verminderen van de verwarring tussen de objectieve en de waanwerkelijkheid. Het moet de patiënt duidelijk worden dat al deze gedachten onmogelijk in één thema of motief zijn samen te vatten, en dat het denken van al deze tegengestelde gedachten welhaast tot complete verwarring moet leiden. De therapeut kan bijvoorbeeld uitleggen dat wanneer hij al deze gedachten tegelijk zou hebben, er een kortsluiting in zijn hoofd zou ontstaan. De patiënt (h)erkent dit meestal, waarna de volgende fase kan worden geïntroduceerd met de vraag wat de gevolgen van deze kortsluiting zijn.

Uitleg

Antwoorden op deze vraag zijn vaak: 'Terugtrekken', 'Blowen', 'De moed opgeven', 'Suïcidaal worden'. De therapeut vat dan samen dat het in stand houden van veel tegenstrijdige gedachten onmogelijk tot het bereiken van de 'objectieve' doelen kan leiden. Vervolgens wordt met eenvoudige voorbeelden uitleg over RET gegeven: 'Hoe gaat iemand die de hele dag denkt dat hij niet de moeite waard is zich gedragen en voelen?', 'Hoe zal iemand die een acht haalt op een tentamen, terwijl hij zichzelf heeft voorgelaten dat hij een tien moet halen, zich voelen?', en 'Hoe zal dit gaan bij iemand die een zes wilde halen?' Ook gedachten die in de tweede fase ter sprake kwamen worden gebruikt bij het geven van uitleg: 'Wat past meer bij de "objectieve" doelen, de gedachte dat iedereen tegen je is, of de gedachte dat je recht hebt op vriendschap?'

Pas wanneer de overtuiging aanwezig is dat gedachten het gedrag beïnvloeden, kan worden overgegaan naar de volgende fase. Wanneer patiënten twijfelen over het veronderstelde verband wordt de overtuiging tot stand gebracht met behulp van een registratie-opdracht. Samen met de patiënt wordt een lijst gemaakt met activiteiten die hij de komende dagen op het programma heeft staan. Een kwartier voordat een activiteit begint registreert de patiënt waar hij op dat moment is, wat hij op dat moment denkt over de activiteit die op het programma staat en wat hij vervolgens gaat doen. Duidelijk zal worden dat activiteiten die worden uitgevoerd vooraf gegaan worden door gedachten als: 'Baat het niet, het schaadt ook niet', 'Ik heb zin om wat te gaan doen'. Activiteiten die niet worden uitgevoerd gaan meestal vooraf door gedachten als: 'Ik heb geen zin om te gaan', 'Ik voel me te somber', 'Het is daar veel te druk voor mij'.

Rollen identificeren

De vierde fase start met het geven van uitleg over het feit dat niemand altijd en overal hetzelfde denkt, voelt en doet. Benadrukt wordt dat dit ook niet goed zou zijn omdat de wisselende omstandigheden die mensen meemaken vragen om verschillende gedragingen. Mensen spelen in verschillende situaties als het ware verschillende rollen.

Dit kan worden geïllustreerd door de verschillen tussen de rol van partner, zoon of dochter, en werknemer te bespreken. Aan de verschillende gedragingen liggen verschillende gedachten ten grondslag. Het hebben van tegenstrijdige gedachten zoals die in de tweede fase zijn geordend wordt normaal genoemd. Het abnormale bestaat eruit dat de patiënt te weinig kan bepalen wat hij onder welke omstandigheden denkt. Dit leidt tot gedrag dat niet bij de omstandigheden past; dit heeft afwijzende reacties tot gevolg en somberheid of angsten bij de patiënt. De gebrekkige beheersing van de eigen gedachten is er mede de oorzaak van dat de patiënt tot nu toe niet in staat was om de 'objectieve' doelen te bereiken. De therapeut legt vervolgens uit dat dit wel mogelijk wordt wanneer de patiënt leert om zelf te beslissen wanneer hij wat denkt.

Voorgesteld wordt om de verschillende soorten gedachten uit de tweede fase en het gedrag dat eruit voortvloeit, goed te bestuderen door ze onder te brengen in verschillende rollen: een 'objectieve' en een 'psychotische' rol. De therapeut legt uit dat deze rollen waarschijnlijk duidelijk te onderscheiden zijn, maar dat ze tot nu toe steeds door elkaar heen hebben gelopen, zodat de patiënt constant in verwarring leefde. De verwarring kon worden verminderd door duidelijkheid te scheppen in de 'objectieve' rol te leren om de 'psychotische' rol te beheersen. De consequenties voor het gedrag en de reacties hierop van de in de tweede fase geregistreerde gedachten worden vervolgens één voor één besproken. Dit gedrag en de reacties worden vergeleken met de 'objectieve' doelstellingen. Wanneer er een duidelijke overeenkomst is, worden de gedachten en het daarop volgende gedrag tot de 'objectieve' rol gerekend; wanneer er geen duidelijke overeenkomst is worden ze bij de 'psychotische' rol ondergebracht. Dit laatste geldt vooral voor de waan maar ook voor angstige en depressieve gedachten en daarop volgende gedragingen die ook vaak bij niet-schizofrene patiënten en 'normale' mensen voorkomen. Voorbeeld: De gedachte 'Ik ben Jezus' leidt tot het gedrag 'op blote voeten over straat lopen'. Hierop wordt afwijzend gereageerd, waardoor de eenzaamheid groter wordt. Deze positieve gedachte wordt dus genoteerd bij de 'psychotische' rol. Dit geldt ook voor 'Tegen een complot valt niets te beginnen', omdat deze conclusie tot passief gedrag leidt en daarmee tot sociaal isolement. Ook de gedachte 'Ik ben niets waard' wordt bij de 'psychotische' rol genoteerd omdat deze tot terugtrekken leidt. De gedachte 'Ik ben de moeite waard' zal leiden tot een poging om contact te maken of tot een poging om contact te beantwoorden en daarmee mogelijk tot een uitbreiding van de kennissenkring. Deze gedachte wordt daarom bij de 'objectieve' rol genoteerd.

Wanneer alle gedachten met de daaraan gerelateerde gedragingen en gevolgen zijn geordend, worden de centrale thema's van beide rollen geformuleerd. Daarna wordt de patiënt uitgenodigd voor beide rollen een naam te bedenken. Voorbeelden: 'Levenslustige versus Morbide [naam]', 'Nieuwe versus Oude [naam]', en 'Nuchtere versus Angstige [naam]'.

Om te onderzoeken of de patiënt begrijpt hoezeer de beide rollen van elkaar verschillen worden vervolgens een aantal situaties vanuit beide rollen bekeken. Voorbeeld: Een patiënt noemt dat hij een meisje wilde aanspreken. De eerste gedachten die er in hem opkwamen waren: 'Mijn gedachten komen in haar hoofd', 'Ze voelt dat er een dreiging van mij uitgaat', 'Ze is bang voor mij', 'Ik mag haar geen kwaad doen'. Vervolgens heeft hij haar niet aangesproken. Deze gedachten en het gedrag worden duidelijk herkend als behorend bij de 'psychotische' rol. Gevraagd naar de manier waarop deze situatie vanuit de 'objectieve' rol kan worden ingevuld, gaf de patiënt als eerste gedachten aan:

'Ik durf haar niet aan te spreken', 'Ik wil het wel graag proberen', 'Wat jammer dat ze mij niet aanspreekt', 'Zal ik het proberen?' Duidelijk was dat bij deze gedachten de kans op het aanspreken van het meisje groter is dan bij de 'psychotische' gedachten. Een andere patiënt raakt vaak 'volkomen geblokkeerd' tijdens gesprekken met vrienden. Zijn vriendin kijkt hem dan, zo vindt hij, vaak indringend aan. Op een keer toen hij tijdens zo'n gesprek koffie ging halen in de keuken, kwam zijn vriendin achter hem aan en gaf hem een kus. De eerste gedachten die er in hem opkwamen waren: 'Ze verraadt me', 'Dit is een Judaskus'. Vervolgens voelde hij zich nog meer gespannen dan daarvoor en heeft hij de hele avond geen woord meer uitgebracht. Deze gedachten en het daarop volgende gevoel en gedrag werden aan de 'psychotische' rol toegeschreven. Vanuit de 'objectieve' rol was de eerste gedachte: 'Wat bedoelt ze in vredesnaam met deze kus?' Volgens de patiënt lag het voor de hand om na deze gedachte te reageren met een soortgelijke vraag. Kortom, het belangrijkste tijdens deze fase is dat de patiënt herkent dat beide rollen tot verschillende doelen leiden.

Tijdens deze fase zal het regelmatig voorkomen dat de patiënt oppert dat hij in theorie wel in staat is zich de 'objectieve' rol voor te stellen, maar dat hij dat in de praktijk niet kan uitvoeren. Ook zal regelmatig de kracht waarmee de waanwerkelijkheid zich opdringt aan de orde komen. Dergelijke uitspraken vormen goede aanknopingspunten voor de overgang naar de volgende fase waarin aan de 'objectieve' rol wordt geleerd om de 'psychotische' rol de baas te blijven.

RET leren aan de 'objectieve' rol

De vijfde fase is gericht op het onder controle leren houden van de 'psychotische' rol. Opnieuw wordt benadrukt dat bepaalde gedachten tot een bepaald gedrag en gevoel kunnen leiden en dat inmiddels duidelijk is dat de 'psychotische' rol tot heel ander gedrag en gevoel leidt dan de 'objectieve' rol. Vervolgens komt aan de orde dat de patiënt gewend is geraakt aan het denken volgens de 'psychotische' rol. In veel situaties zullen de daarbij behorende gedachten automatisch optreden. Deze fase is dan ook bedoeld om de patiënt te leren zich de automatische gedachten bewust te maken, en te vervangen door gedachten die bij de 'objectieve' rol horen. De patiënt wordt verteld dat de 'objectieve' rol nog te zwak is om zonder hulpmiddelen de 'psychotische' rol te beheersen. Daarom wordt aangeboden om deze rol RET te leren, volgens het ABCDE-schema (Ellis, 1993). Het schema wordt elke keer ingevuld wanneer de patiënt zich naar voelt of wanneer hij bij zichzelf gedrag opmerkt dat bij de 'psychotische' rol past. Voorbeeld: De patiënt die van zijn vriendin een kus kreeg. Bij 'A' wordt de situatie beschreven: 'Ik sta in de keuken met de koffiepote in mijn hand, mijn vriendin komt binnen en geeft mij een kus op mijn rechterwang'. De gedachten over deze situaties worden bij 'B' beschreven: 'Ze verraadt me', 'Dit is een Judaskus'. Bij 'C' worden zowel de negatieve gevoelens als de gedragingen genoteerd: 'Ik voelde me heel gespannen worden en kon vervolgens helemaal niet meer aan het gesprek meedoen'. Vervolgens wordt bij 'E' het gewenste gevoel en gedrag ingevuld: 'Ik wilde me graag ontspannen en meedoen aan het gesprek'. Bij 'D' worden de gedachten uitgedaagd en zo nodig geherformuleerd tot gedachten die passen bij de 'objectieve' rol. De drie vragen (1) is deze gedachte waar gezien de objectieve werkelijkheid?, (2) leidt deze gedachte tot het gestelde doel? en (3) voorkomt deze gedachte ongewenste gevoelens?, staan centraal bij het uitdagen. Wanneer het antwoord op deze vragen driemaal 'nee' is, wordt de gedachte als 'psychotisch' bestempeld en geherformuleerd. Voor de gedachte 'Ze verraadt

me' geldt driemaal nee: (1) er is geen bewijs te vinden dat ze mij verraden heeft, (2) deze gedachte heeft ertoe geleid dat ik geen woord meer kon uitbrengen, en (3) ik voelde me heel gespannen nadat ik dit had gedacht. Als alternatief wordt gekozen voor: 'Ik weet niet waarom ze mij een kus geeft. Ik zal het haar even vragen'.

Bij het uitdagen en herformuleren is het volgende van groot belang.

Ten eerste dient geaccepteerd te worden dat de wanen altijd 'waar' zijn binnen de psychotische realiteit. Het waarheidsgehalte van deze gedachten wordt daarom nooit ter discussie gesteld. Het gaat alleen om de vraag of de gedachten waar zijn volgens de 'objectieve' realiteit. Een techniek voor het uitdagen is 'het plaatsen van het waanthemea in het decor van de objectieve werkelijkheid'. Het thema van de waan wordt genoemd en vertaald in een gedachte die leidt tot gedrag dat hoort bij de objectieve doelstelling. Bijvoorbeeld: Een patiënt gaf aan dat bij de gedachte 'Ik ben Jezus' het thema 'de wereld willen redden' hoort. De wereld redden betekent volgens hem dat wordt gestreefd naar 'harmonie'. De gedachte 'Ik streef naar goede relaties met anderen' werd vervolgens gekozen als een vertaling van dit thema in het decor van de 'objectieve' werkelijkheid en vormde daarmee een geschikt rationeel alternatief. Voor een andere patiënt gold als alternatief voor 'Mensen lachen me uit, wanneer ik vertel wat mijn missie is': 'Ik houd mijn opdracht voor mezelf, en zeg iets dat de ander kan begrijpen'. 'Er is een complot tegen mij' werd, via 'Mensen zijn niet te vertrouwen': 'Ik voel me onzeker in het contact, maar veel mensen zijn onzeker, dus ik probeer het gewoon'. 'Ze beïnvloeden mij', werd via 'Ik laat me gemakkelijk beïnvloeden': 'Ik kan beter proberen om voor mezelf op te komen'.

Ten tweede dienen de rollen te worden gebruikt bij het aanleren van de techniek. De 'objectieve' rol ontwikkelt de rationele eigenschappen, de 'psychotische' rol vertegenwoordigt de irrationele eigenschappen. Door dit onderscheid herkent de patiënt twee 'werelden' in zichzelf; de irrationele en 'psychotische' dringt zich van tijd tot tijd op en leidt tot negatieve consequenties, de rationele en 'objectieve' lijkt 'ver weg', maar wordt ook door de patiënt als 'normaler' en meer gewenst beleefd. Wanneer niet de 'objectieve' rol maar de therapeut, als vertegenwoordiger van de rationaliteit, het opneemt tegen de waanwerkelijkheid is de kans groot dat de gesprekken uitdraaien op discussies over thema's als 'Wat is waan?', 'Wie heeft er gelijk?' en 'Het onbegrip van de psychiatrie'. In de therapie wordt daarom gebruik gemaakt van 'rolwisselingen': In eerste instantie speelt de therapeut de 'objectieve' rol. De patiënt moet dan proberen de 'psychotische' rol te overdrijven. Wanneer de patiënt de technieken begint te beheersen, speelt de therapeut de 'psychotische' rol en maakt het de 'objectieve' rol moeilijker naarmate de patiënt de technieken beter beheerst. Ook kan worden gewerkt met de 'lege-stoel'-techniek: de patiënt wisselt van stoel en speelt afwisselend zijn 'objectieve' en 'psychotische' rol. De therapeut moedigt de 'psychotische' rol aan om het niet op te geven, en helpt de 'objectieve' rol om de uitdaging en herstructurering succesvol af te ronden.

Tenslotte wordt steeds benadrukt dat het er niet om gaat om de 'psychotische' rol uit te schakelen, maar om ermee te leren leven en om de mogelijk positieve of inspirerende aspecten ervan te kunnen gebruiken.

Verander de activiteiten

Met behulp van de beschreven procedure kan de 'objectieve' rol worden geleerd de waanwerkelijkheid geheel of gedeeltelijk onder controle te houden. Naast positieve belevingen ontstaan hierdoor ook vaak nieuwe problemen en komen vaardigheidstekorten aan het licht. Sommige patiënten blijken bijvoorbeeld niet over de vaardigheden te beschikken die nodig zijn om de 'objectieve' doelstelling te bereiken. Het trainen hiervan is dan natuurlijk op zijn plaats.

Voor veel patiënten is het nadenken over hun wanen de belangrijkste bezigheid. Het verminderen van het aandeel van de 'psychotische' rol leidt soms tot de ervaring van leegte: De patiënt mist de 'normale' activiteiten die mogelijk de gewenste contacten zouden kunnen opleveren. Bovendien leidt de ontdekking dat de rol van patiënt misschien kan worden opgeheven tot het besef dat de 'ziektewinst', veroorzaakt door goed bedoelde maar tot afhankelijkheid leidende zorg, zal verdwijnen. Het komt voor dat een patiënt ontdekt dat de wanen onder controle gehouden kunnen worden maar dat de opdoemende leegte een reden is om de techniek toch niet te gebruiken. Het ondernemen van bezigheden die leiden tot de 'objectieve' doelstellingen dient dan ook te worden gestimuleerd zodra de patiënt enigszins in staat is om afstand te nemen van de psychotische werkelijkheid. Hierbij dient aandacht te worden gegeven aan mogelijk optredende rouwreacties: 'Waarom heb ik zoveel jaren vastgehouden aan deze wanen, als blijkt dat ik er afstand van had kunnen nemen?', en 'Wat heb ik allemaal gemist en verloren, door deze techniek niet toe te passen?' Ook deze gedachten dienen door de 'objectieve' rol te worden uitgedaagd en geherformuleerd.

Illustratie

Als illustratie geldt Henk, een patiënt van 28 jaar die in zijn waanwerkelijkheid overtuigd is van het feit dat hij Jezus en de duivel is. Hij moet de wereld redden van het kwaad. Hiertoe heeft hij voor de helft Jezus, en voor de andere helft de duivel in zich opgenomen. Lukt het hem om het kwaad te verdelgen, dan zal de duivel sterven, lukt het hem niet dan zal de duivel hem vernietigen. De conclusie dat zijn missie is mislukt heeft bij deze man al tot vele suïcidepogingen geleid. Hij is ingesteld op neuroleptica die hij trouw gebruikt. Mede hierdoor is hij staat om over zijn wanen te spreken, hetgeen betekent dat hij niet permanent psychotisch is. Gedreven door de angst om weer psychotisch te worden vraagt hij om extra hulp. De therapie bestaat in eerste instantie uit twee wekelijkse sessies van ongeveer 45 minuten. In de laatste fase wordt de frequentie verminderd.

De eerste fase bestaat uit één sessie. De patiënt formuleert als 'objectieve' doelstellingen: het verkrijgen van een aantal niet-verslaafde vrienden, een vriendin, en vrijwilligerswerk als voorbereiding op een opleiding. 'Psychotische' doelstelling is het redden van de wereld door de duivel te overwinnen. Gegeven de vele negatieve ervaringen is het voor Henk geen probleem om eerst de 'objectieve' doelen te realiseren voordat hij de wereld gaat redden.

De tweede fase bestaat uit vier sessies. Voorbeelden van geregistreerde gedachten zijn:

- a Positieve gedachten, gerelateerd aan de 'objectieve' doelstelling:*
 - In principe heb ik voldoende capaciteiten om vrijwilligerswerk te doen.*
 - Ik vind mezelf de moeite waard.*
- b Positieve gedachten, gerelateerd aan de 'psychotische' doelstelling:*

- Ik ben Jezus.
- Als mijn opdracht lukt, zal de hele wereld in vrede leven.
- c Negatieve gedachten, gerelateerd aan de 'objectieve' doelstelling:
 - Ik ben een mislukkeling.
 - Ik durf niet te vrijen.
- d Negatieve gedachten, gerelateerd aan de 'psychotische' doelstelling:
 - Ik heb al zo vaak geprobeerd om mijn opdracht te laten lukken, het mislukt toch.
 - Als ik zeg dat ik Jezus ben, lachen ze me uit.

De verwarring die door al deze gedachten ontstaat wordt zeer goed door Henk herkend: 'In feite is dat het moment waarop ik ga blowen. Het is dan een complete chaos in mijn hoofd, waar ik door de hasj wat bovenuit kan stijgen.'

Fase drie bestaat uit drie sessies. Het geven van uitleg is geen probleem. Het geloof in het veronderstelde verband moet wel aan de hand van de resultaten van een registratie-opdracht worden bevestigd. Henk registreert elk moment waarop hij volgens zijn dagprogramma met een activiteit moet beginnen, wat hij denkt over die activiteit, en wat hij daarna is gaan doen. Activiteiten die worden uitgevoerd blijken voorafgegaan te worden door gedachten als: 'Beter iets doen dan me vervelen', 'Ik heb er nu wel zin in', 'Ik ga erheen, dan zie ik wel wat het wordt'. Activiteiten die niet worden uitgevoerd worden voorafgegaan door gedachten als: 'Ik heb geen zin', 'Ik kan het toch niet', 'De anderen doen het ook niet'.

De vierde fase bestaat uit vier sessies. De eerste twee worden besteed aan het uitschrijven van de rollen. De gedachten die hierboven zijn weergegeven, worden als volgt gerangschikt:

- a 'Objectieve' rol:
 - In principe heb ik voldoende capaciteiten om vrijwilligerswerk te doen, dus ik kan proberen om iets te zoeken. Zo heb ik ook een kans om nieuwe contacten te leggen.
 - Ik vind mezelf de moeite waard, daarom heb ik recht op een normaal leven en wil ik dat ook proberen te realiseren.
- b 'Psychotische' rol:
 - Ik ben een mislukkeling, dus niets zal mij lukken. Zelfs suïcide plegen is mij mislukt. Ik kan dan ook maar beter niets meer proberen.
 - Ik durf niet te vrijen, dus contact leggen met een meisje heeft geen zin. Als het leuk wordt durf ik toch niet verder te gaan. Ik beperk mijn contact maar tot de verpleging.
 - Ik ben Jezus, daarom loop ik (soms) op blote voeten en vecht ik alleen tegen het kwade, hierdoor raak ik van de mensen geïsoleerd.
 - Als mijn opdracht lukt, zal de hele wereld in vrede leven. Gezien mijn inspanningen tot nu toe, en gezien het geringe succes van mijn voorganger zal dit nog heel veel tijd kosten. Voorlopig kom ik dus niet toe aan andere zaken zoals het leggen van sociale contacten.
 - Ik heb het al zo vaak geprobeerd, het mislukt toch, waarom zou ik het nog een keer proberen, ik geef het op.
 - Als ik zeg dat ik Jezus ben, lachen ze me uit. Uiteindelijk zullen ze me doden, dan ben ik er niet meer.

Na het uitwerken van alle gedachten worden voor de 'psychotische' rol de volgende kernthema's onderscheiden: 'faalangst/zelfonderschatting' en 'perfectionisme/zelfoverschatting'. De 'objectieve' rol krijgt als centrale thema's: 'nuchterheid' en 'doorzettingsvermogen'.

Gegeven het aantal suïcidepogingen dat hij achter de rug heeft kiest hij voor de 'psychotische' rol de naam 'Morbide Henk', en de 'objectieve' rol krijgt de naam 'Levenslustige Henk'. De twee volgende sessies worden besteed aan het uit beide perspectieven bespreken van allerlei situaties. Aan bod komt onder meer:

- a *Omgaan met kritiek*
- *Morbide Henk: De ander heeft gelijk, ik kan inderdaad niets, ik houd mijn mond. Of: Jezus werd ook uitgestoten, ik ga wel weg.*
 - *Levenslustige Henk: Ik heb ook mijn mening, ik ga er tegen in.*
- b *Nemen van medicatie*
- *Morbide Henk: Ik moet mijn pillen opsparen en allemaal tegelijk innemen, of ik moet ze niet meer innemen omdat ze me belemmeren om mijn opdracht uit te voeren.*
 - *Levenslustige Henk: Ik heb ze nodig om zonder psychose te kunnen functioneren.*
- c *Contacten met familie*
- *Morbide Henk: Ik ga er niet naar toe. Als ik erheen ga, krijgen we toch weer ruzie. Of: Om te voorkomen dat ze verdriet om mij hebben als de wereld mij vermoordt, kan ik er maar beter niet meer naar toe gaan.*
 - *Levenslustige Henk: Het contact verloopt moeizaam, ik wil het graag verbeteren.*

De vijfde sessie duurt 24 sessies. Het leren van RET-technieken is relatief eenvoudig voor Henk, maar het toepassen ervan op de wanen is des te moeilijker. Steeds weer dringt de waan op de voorgrond en lijkt de 'psychotische' rol de baas te blijven. De techniek waarbij het waantheme in het decor van de objectieve werkelijkheid wordt geplaatst, kan met het volgende verbatim verslag worden geïllustreerd (T = therapeut/ P = patiënt).

T: Je ziet dus dat meisje staan, Levenslustige Henk wil haar graag aanspreken maar Morbide Henk denkt dat ze je zal verstoten omdat je de Duivel in je hebt.

P: Ja.

T: Wil Levenslustige Henk verstoten worden?

P: Nee, ik wil dat ze mij aanspreekt.

T: Stel je eens voor dat je naar haar toeloopt en zegt dat je de Duivel bent, hoe zal ze dan reageren?

P: Geschrokken, ze loopt waarschijnlijk weg.

T: Hoe voelt Morbide Henk zich als hij de Duivel is?

P: Destructief.

T: Stel nu dat je tegen haar zegt: 'Ik ben destructief'.

P: Dan schrikt ze ook, denk ik.

T: Hoe kan Levenslustige Henk hetzelfde zeggen zonder dat ze schrikt?

P: Ik ben kwaad.

T: Wat maakt je kwaad in deze situatie?

P: Ik mag geen contact met haar maken, ik moet eerst de wereld redden.

T: Wie is er nu aan het woord.

P: Morbide Henk.

T: Wat is je objectieve doel?

P: Een opleiding, een vriendin, en een prettig gevoel.

T: Heb je dat tot nu toe bereikt door te werken aan je opdracht?

P: Nee, dat komt daarna, eerst moet ik de wereld redden.

T: Wat vind Levenslustige Henk van mensen die altijd een tien willen halen?

P: Dat zijn perfectionisten.

T: Waar leidt dat ook al weer toe?

P: Die mensen worden depressief als ze een acht halen.

T: De wereld redden, lijkt op een tien halen, vind ik.

P: Ja, dat is zo.

T: Je bent zes keer opgenomen na een suïcidepoging, dat lijkt op een extreme depressie als reactie op het niet lukken van je opdracht.

P: Tja.

- T: *Wat vind je van mensen die zeggen: 'Ik begin in het klein, als dat lukt, probeer ik iets groters?'*
- P: *Dat vind ik prima.*
- T: *Wie vindt dat prima.*
- P: *Levenslustige Henk.*
- T: *Weet je dat zeker, is het niet te gewoon?*
- P: *Misschien wel gewoon, maar toch niet fout.*
- T: *Daar houd ik je dan aan.*
- P: *Hoezo?*
- T: *We hebben toch afgesproken dat jij ook zou proberen om in het klein te beginnen. Dus niet eerst de wereld redden, maar eerst je andere doelstelling realiseren, en eventueel daarna de wereld redden.*
- P: *Ja.*
- T: *Die keus moet je nu ook maken.*
- P: *Dat wil ik ook wel, maar ik durf het niet.*
- T: *Wat durf je niet?*
- P: *Haar aanspreken.*
- T: *Dus je bent onzeker.*
- P: *Ja.*
- T: *Dus Morbide Henk slingert je heen en weer tussen Duivel en Jezus. Levenslustige Henk voelt zich onzeker.*
- P: *Ja.*
- T: *Waar kies je voor?*
- P: *Voor Levenslustige Henk.*
- T: *Wat moet hij denken om haar te kunnen aanspreken?*
- P: *Dat hij haar graag wil aanspreken.*
- T: *Precies, maar hij is onzeker.*
- P: *Zij misschien ook wel.*
- T: *Zo is dat. Dus het alternatief zou kunnen zijn: Misschien zijn we allebei onzeker, maar dat is geen ramp. Ik probeer het gewoon.*
- Bij deze patiënt komt, in de rol van Morbide Henk, ook regelmatig de gedachte voor dat anderen voor hem verzwijgen dat ze weten welk 'hoger plan' er met betrekking tot hem is. Het uitdagen hiervan door Levenslustige Henk met vragen 'Waarom verzwijgen ze het?' en 'Wat is hun bedoeling daarmee?' leidt niet tot een rationeel alternatief. Bovendien is bij dergelijke vragen de ander het uitgangspunt. De vragen bekrachtigen daarmee mogelijk de neiging van Morbide Henk om voor anderen te denken. Om dit te vermijden dient de gedachte te worden uitgedaagd met het referentiekader van Levenslustige Henk als uitgangspunt.*
- P: *De anderen verzwijgen iets voor mij.*
- T: *Wat heb je eraan om dat te denken?*
- P: *Het maakte me voorzichtig.*
- T: *Waar leidt dat toe?*
- P: *Terugtrekken.*
- T: *Met wie spreek ik?*
- P: *Met Morbide Henk.*
- T: *Ik wil met Levenslustige Henk praten.*
- P: *Oké.*
- T: *Wat heb je eraan om dat te denken?*
- P: *Niets.*
- T: *Is het waar gezien de objectieve realiteit?*
- P: *Dat denk ik niet.*

T: Bereik je zo je doel?

P: Nee.

T: Wat zou je dan kunnen denken?

P: De ander maakt mij onzeker.

T: Hoe doet hij dat dan?

P: Hij kijkt naar mij.

T: Met de bedoeling om jou onzeker te maken, of word jij er onzeker van?

P: Ik word er onzeker van.

T: Dus jij laat je onzeker maken door iets wat er objectief gezien niet met zekerheid is.

P: Ja.

T: Wat zou je dan beter kunnen denken?

P: Ik laat me onzeker maken.

T: Is dat je doel?

P: Nee.

T: Wat zou je dan kunnen denken?

P: Hij kijkt me zo vreemd aan, ik zal eens vragen wat er aan de hand is.

Deze procedure leidt er na enige tijd toe dat Henk bij elke waanachtige gedachte die in hem opkomt begint met de vraag: 'Wat doe ik, kruip ik erin, of observeer ik deze gedachte?' Met andere woorden, door het aanleren van RET kan deze patiënt een bijna permanente distantie aanleren ten aanzien van zijn wanen en zijn 'psychotische' rol. Het meegaan in de waanwerkelijkheid van Morbide Henk wordt hierdoor steeds meer ervaren als een keuzemogelijkheid van Levenslustige Henk.

Op een bepaald moment, tijdens het rollenspel met de lege stoel, wilde Levenslustige Henk aan Morbide Henk vragen waarom hij hem kapot wilde maken. Dat leverde een scène op waarin het leek alsof Levenslustige Henk 'bezit begon te nemen' van Morbide Henk.

(M = Morbide Henk/ L = Levenslustige Henk)

L: waarom wil je steeds dat ik een suïcidepoging doe?

M: Ik wil dat je dood bent.

L: Waarom mag ik niet leven?

M: Je kunt je opdracht toch niet uitvoeren.

L: Maar ik werk nu aan een ander doel.

M: Dat zal je ook niet lukken, je hebt het al zo vaak geprobeerd.

L: Ja, maar jij valt mij steeds lastig.

M: Dat blijf ik doen, totdat je dood bent.

(De therapeut wijst L erop dat hij zich in de verdediging laat duwen door M, en dat hij moet proberen om M te blijven uitdagen. L wordt de suggestie gegeven door te vragen naar de motieven van M).

L: Waarom gun je mij niet dat ik leef zoals iedereen?

M: Dat gun ik je wel.

L: Waarom moet ik dan dood?

M: Dan hoef je niet meer te lijden.

L: Dus je wilt me beschermen?

M: Ja, als je dood bent, heb je nergens meer last van.

(De therapeut vraagt L of hij M waardeert voor die zorgzaamheid. L beaamt dit. Hierop vraagt de therapeut wat L zelf wil. L geeft aan dat hij nog één keer wil proberen om uit 'de psychiatrie' te komen. Voorgesteld wordt om dit met M te bespreken.)

L: Ik waardeer je zorgzaamheid, maar ik ben er nog niet aan toe. Ik wil nog één keer proberen om te veranderen.

M: En als dat weer mislukt.

L: Dan kan jij altijd nog terugkomen. Ik wil dat je mij met rust laat.

M: Hoe lang?

L: Totdat ik zeker weet dat ik het echt niet kan.

Henk was na ongeveer vijftientig sessies in staat om zijn waan als waan te identificeren zodra deze zich voordeed. Duidelijk werd dat onzekerheid een antecedente factor was. Voorheen liet hij Morbide Henk toe en 'kroop in deze rol' waardoor het niet leggen van contacten een betekenisvolle context kreeg. Nu observeerde hij de wanen vanuit de rol van Levenslustige Henk en kon hij de keuze maken er afstand van te nemen. Vanwege de kracht van de waan was dit soms niet helemaal mogelijk. Ook bleef hij min of meer gefascineerd door de inhoud van zijn wanen. Hij opperde daarom zelf het idee om deze inhoud mee te nemen in het proces van sociale integratie, de zesde fase, en stelde voor om creatieve therapie te gaan volgen om te proberen zijn ideeën uit te beelden. Ook het streven naar harmonie, het proberen om goede relaties op te bouwen, werd vertaald. Als voorbereiding op een opleiding startte hij vrijwilligerswerk in een opvangtehuis en ontplooidde hij initiatieven in een patiëntenvereniging. De laatste fase bestond uit ongeveer twintig sessies. De frequentie werd gereduceerd van twee sessies naar een per week, een sessie per twee weken, en sessies op verzoek van Henk, zodra hij het idee had dat hij Morbide Henk niet snel genoeg onder controle kon krijgen.

Kanttekeningen

De hier beschreven werkwijze is tot nu toe driemaal met succes uitgevoerd bij patiënten met schizofrenie die de negatieve consequenties van deze stoornis duidelijk hebben ervaren. Tot nu toe ging het daarbij om jongere patiënten (ca. 25 jaar) met een vooropleiding van HAVO of hoger, die duidelijk last hadden van betrekking- en paranoïde wanen maar niet of nauwelijks hallucineerden.

Duidelijk zal zijn dat de verbale vermogens van de patiënten vrij groot moeten zijn om deze werkwijze te volgen. Voor de noodzakelijke distantie ten opzichte van de wanen is het een voorwaarde dat de patiënten tijdens de therapie niet (steeds) manifest psychotisch zijn.

Tijdens de Rationele rehabilitatie werd de medicatie van de patiënten niet gestaakt, maar gebruikt als een extra buffer tegen het opdringen van de psychotische werkelijkheid. Medicatiegebruik werd steeds, ook door de patiënten, ondergebracht bij de eigenschappen van de 'objectieve' rol. Dit is zeer waarschijnlijk mede veroorzaakt door het feit dat de patiënten uitgebreide psycho-educatie kregen, tegelijk met, of vlak voor de behandeling. De psycho-educatie blijkt ook bij te dragen aan het leren (h)erkennen van de psychose, waardoor de wens om afstand te nemen van de wanen, wordt versterkt. Vooral nog wordt dan ook als voorwaarde gesteld dat patiënten tegelijk met Rationele rehabilitatie, psycho-educatie over schizofrenie volgen.

Behalve de patiënten die de beschreven methode volgden, zijn twee andere patiënten met paranoïde wanen met de methode behandeld. Bij hen werd in de tweede fase, waarin de gedachten worden geordend, een wijziging in de werkwijze aangebracht. Het benoemen van gedachten die gerelateerd zijn aan de doelen lukte onvoldoende. Daarom werd de tweede fase bij deze patiënten uitgevoerd met behulp van een lijst met door hen geformuleerde positieve en negatieve eigenschappen. De eigenschappen vormden onderwerp van gesprekken waarin steeds werd gevraagd wat wordt gedacht in situaties waarin bepaalde eigenschappen op de voorgrond staan. Aldus kon via een omweg toch

steeds tot ordening van gedachten en voortzetting van de beschreven procedure worden gekomen.

Ten slotte bleek bij twee andere patiënten de therapie zonder de vijfde fase, het leren van RET, te kunnen worden uitgevoerd. Tijdens de tweede fase bleek al dat de positieve gedachten die bij de 'objectieve' doelstellingen werden geregistreerd een rationeel karakter hadden. Het 'splitsen' in rollen in combinatie met het steeds weer kiezen voor de 'objectieve' rol, was voor hen voldoende om meer controle over de wanen te krijgen.

Hoewel (delen van) de beschreven methode in de praktijk tot een belangrijke vermindering van de psychotische klachten kan leiden, betekent het (tot nu toe) niet dat deze verdwijnen. Wanneer waanideeën zich sterk opdringen, is het niet altijd mogelijk om de techniek met succes toe te passen. Ook dan is er echter een rationeel alternatief: 'Niemand is perfect, het hoeft niet altijd goed te gaan'.

Abstract

Delusional patients who are able to distance from their psychotic symptoms and choose to get involved in rehabilitation, can be treated with Rational Rehabilitation. This treatment combines Role-therapy and Rational-emotive therapy. The 'objective role' is learned to control the 'psychotic role'. Central therapeutic instruments are the translation of delusional theme's into everyday language and behaviour, and the changing of external attributions of anxiety and uncertainty into internal attributions.

Referenties

- Appelo, M.T., Slooff C.J., Woonings F.M.J., Carson J. & Louwerens, J.W. (1993). Grief: It's significance for rehabilitation in schizophrenia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 53-59.
- Bonarius, H. (1980). *Persoonlijke psychologie, deel 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bosch, R.J. van den. (1993). *Schizofrenie, subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1993). Fundamentals of rational-emotive therapy for the 1990s. In: W. Dryden & L.K. Hill, *Innovations in rational emotive therapy* (pp. 1-32). Londen: Sage Publications.
- Ellis, A. (1983). Failures in rational-emotive therapy. In: P.M.G. Emmelkamp & E.B. Foa, *Failures in behavior therapy* (pp. 159-171). New York: John Wiley and Sons.
- Evers, R. & Van der Velden, K. (1991). Cognitieve interventies bij patiënten met waanachtige ideeën. *Directieve Therapie*, 4, 269-290.
- Hogan, R. (1976). *Personality theory, the personological tradition*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kingdon, D.G. & Turkington D. (1991). The use of cognitive behavioral therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 207-211.
- Kingdon, D.G. & Turkington D. (1994). *Cognitive behavioral therapy of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In: M. Birchwood & N. Tarrier, *Innovations in the psychological management of schizophrenia* (pp. 147-169). New York: John Wiley and Sons.