



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Cognitieve therapie bij een psychotische man

Dirk Corstens en Annet Hofman\*

---

## Samenvatting

*In dit artikel wordt de cognitieve therapie van de wanen van een psychotische man beschreven. Eerst wordt een dimensionele opvatting over wanen aan de hand van literatuur gepresenteerd. Vervolgens wordt onderzoek naar de cognitieve therapie van wanen gepresenteerd. Deze methode wordt geïllustreerd aan de hand van een casus. Het begint met het tot stand brengen van een goede werkrelatie. De patiënt wordt geïnteresseerd gemaakt om over zijn overtuigingen na te gaan denken. Daarna worden de omstandigheden waaronder de 'hardnekkige overtuiging' ontstond zorgvuldig onderzocht. Gekeken wordt welke problemen deze overtuiging voor de patiënt tot gevolg heeft. Met behulp van uitdagen worden meer aannemelijke verklaringen opgeroepen en door gedragsexperimenten worden deze nieuwe verklaringen vergeleken met de waanovertuiging met als bedoeling dat de oorspronkelijke overtuiging verworpen wordt.*

## Inleiding

Bij de behandeling van patiënten met een psychose is het gebruik van medicatie, met name neuroleptica, vaak het middel van eerste keus. Diverse onderzoeken hebben afdoende aangetoond dat psychotische symptomen hierdoor in ernst verminderen en dat het functioneren van de patiënt sterk kan verbeteren. Patiënten met een schizofrene stoornis hebben voorts baat bij een of andere vorm van 'rehabilitatie'. Systematische aandacht voor psychologische behandelingsmogelijkheden is lange tijd achterwege gebleven. Vaak wordt de opvatting gehanteerd dat praten over de psychotische symptomen deze doet verergeren (Kingdon & Turkington in: Haddock & Slade, 1996). Tegenwoordig worden in toenemende mate positieve resultaten gemeld van cognitieve therapie bij psychotische stoornissen. Deze behandeling wordt dan meestal toegepast als aanvulling op medicatie en rehabilitatie.

In dit artikel zullen wij ingaan op de cognitieve therapie van waandenkbeelden. Eerst zullen we stilstaan bij de psychopathologie en vervolgens bij de literatuur over cognitieve therapie. Met een uitgebreide gevalbeschrijving willen we toelichten hoe een cognitieve therapie in de praktijk kan verlopen. In de beschouwing zullen we aanbevelingen en moeilijkheden bij de toepassing bespreken.

---

\* D. CORSTENS is psychiater; werkzaam bij de Sociaal-psychiatrische dienst van de Riagg te Maastricht. Correspondentieadres: Riagg Maastricht, afdeling SPD, D. Corstens, psychiater, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

DRS. A. HOFMAN, gedragstherapeut/psychotherapeut; werkzaam bij de Sociaal-psychiatrische dienst van de Riagg te Maastricht. Correspondentieadres: Riagg Maastricht, afdeling SPD, D. Corstens, psychiater, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

## Psychopathologie

Het is moeilijk om het begrip waan sluitend te definiëren. Een veelgebruikte omschrijving is dat een waan een 'oncorrigeerbare dwaling' van het denken zou zijn (Kuiper, 1994). Als deze definitie zou kloppen, dan zou het logischerwijs onmogelijk zijn een waan te beïnvloeden. Uit zowel psychopathologisch onderzoek als uit de tot nu toe beschikbare gegevens van de cognitieve therapie, blijkt echter dat wanen niet zulke rotsvaste overtuigingen zijn als men altijd heeft aangenomen, zeker niet *alle* wanen. Recent onderzoek maakt aannemelijk dat bij wanen verschillende dimensies onderscheiden kunnen worden. Zo onderscheiden Garety en Hemsley (1994) onder meer de dimensies overtuiging, preoccupatie, interferentie, weerstand, absurditeit en de mate waarin men zich ongelukkig voelt. De meest karakteristieke eigenschap van wanen bleek 'overtuiging' te zijn. De opvatting is dus meestal zeer intens. Verrassend was echter dat de meerderheid van de onderzochten (bijna twee derde) aangaf zich te verzetten tegen de waandenkbeelden, waar de helft zijn waandenkbeelden als zorgwekkend beschouwde. Kennelijk ervaren niet allen hun wanen als volledig 'ego-syntoon'. De beleving en het belang van wanen blijken per individu sterk te kunnen verschillen. De mate waarin wanen het dagelijks leven beïnvloeden wisselt eveneens. Het is, wanneer daar reden voor is, verstandiger te spreken van 'hardnekkige overtuigingen' dan van wanen. De term 'hardnekkige overtuiging' houdt enige veranderingsmogelijkheid in.

Over het ontstaan van wanen bestaat weinig duidelijkheid. Verschillende auteurs hebben getracht theoretische verklaringen te ontwikkelen (o.a. Frith, 1992; Bentall, Kinderman & Kaney, 1994; Garety & Hemsley, 1994). Het verklaringmodel van Perris (één van de pioniers van cognitieve therapie bij schizofrenie) is in het kader van dit artikel bruikbaar.

Hij stelt dat bij wanen het zogenaamde metadenken verstoord is. (Met 'metadenken' wordt bedoeld het nadenken over onze gedachten.) Het richten en selecteren van de gedachten, het onderzoeken van een breed spectrum aan alternatieve verklaringen, de mogelijkheid om van concreet naar abstract denken over te stappen en de mogelijkheid om oorzaak en gevolg te onderscheiden wanneer men conclusies trekt, zijn verstoord. In de taal van de cognitieve therapie: dysfunctionele schema's genereren dysfunctionele automatische gedachten. Door het verstoorde 'metadenken' worden deze automatische gedachten bekrachtigd en nemen ze waanachtige kwaliteiten aan (Perris, 1989).

## Cognitieve therapie bij wanen

In de cognitieve therapie wordt per stoornis (depressie, paniekstoornis, e.d.) vastgesteld welke dysfunctionele gedachtenschema's door de patiënt worden gebruikt. Hierover is inmiddels uitgebreid gepubliceerd (o.a. Arntz, 1991). Er is evenwel (nog) geen algemeen geaccepteerd beeld over waar de gedachtengang van patiënten met wanen de mist in gaat.

Kingdon & Turkington (1994) gebruiken een zogenaamde 'normaliserende redenering' als uitgangspunt voor de cognitieve therapie bij schizofrene patiënten. Deze redenering houdt in dat schizofrene patiënten op grond van een biologische kwetsbaarheid extra

gevoeling zijn om, in periodes waarin ze onder te grote druk staan, bepaalde klachten te ontwikkelen die anderen pas in veel extremere situaties krijgen. Zo leggen ze bijvoorbeeld uit dat mensen die verder normaal functioneren ook stemmen kunnen horen. In het geval van wanen, of beter hardnekkige overtuigingen, is er een sterke persoonlijke interpretatie van een zeer beangstigende ervaring die langdurig wordt vastgehouden. Door uitvoerig stil te staan bij het moment waarop deze overtuiging ontstond, tracht men meer informatie naar voren te krijgen die niet bij de conclusie werd betrokken. Deze nieuwe informatie zou een alternatieve verklaring mogelijk kunnen maken.

Ook bij Fowler, Garety & Kuipers (1995) wordt voorafgaand aan de cognitieve therapie een voor de patiënt persoonlijk model ontwikkeld, dat beoogt de psychose van de betrokkene als een begrijpelijk verschijnsel te presenteren. Een 'hardnekkige overtuiging' wordt niet bekritiseerd maar als *mogelijke* verklaring van bepaalde verschijnselen aanvaard. De therapeut toont zich geïnteresseerd in deze verklaring en wijst de interpretatie van de patiënt niet af. Het mag duidelijk zijn dat de therapeut deze verklaring niet deelt, daardoor zou behandeling onmogelijk zijn. Hij probeert de patiënt tot onderzoek uit te nodigen, de patiënt ook geïnteresseerd te krijgen in andere verklaringen. Cognitieve therapie is alleen zinvol als de waan de patiënt last bezorgt en er (enige) overeenstemming bestaat tussen patiënt en behandelaar dat de waan problemen oplevert (zie ook: Evers & Van der Velden, 1991).

De eerste zittingen worden in het algemeen gebruikt voor een minutieuze inventarisatie van de overtuigingen van de patiënt en de daarmee samenhangende ervaringen. Hiermee wordt het contact met de patiënt bevorderd en als het goed is, leert de patiënt althans een minimale afstand ten opzichte van zijn overtuigingen te ontwikkelen. Het is natuurlijk van belang dat de patiënt zich veilig voelt en dus geen kans loopt op gezichtsverlies. Confrontaties worden vermeden. Een betrokken houding ten opzichte van de problemen van de patiënt alsook een 'wetenschappelijke' houding ten opzichte van diens opvattingen zijn vereist. Uitgangspunt bij de cognitieve therapie is de hoop dat iemand met irrationele denkbeelden daarnaast ook rationeel kan denken (A. Beck in het voorwoord van Kingdon & Turkington, 1994).

Chadwick, Lowe, Horne & Higson (1994) beschreven de cognitieve therapie van twaalf patiënten met wanen bij een schizofrene stoornis. Uit hun onderzoek kwam naar voren dat deze benadering bij tien van de twaalf personen een positief resultaat had. De geloofwaardigheid, de preoccupatie met de waan en de uit de waan voortvloeiende angst daalden aanzienlijk. De cognitieve therapie bestond, zoals gebruikelijk, uit twee elementen: een uitdaging en gedragsexperimenten. Het bleek dat de resultaten beter waren als de gedragsexperimenten vooraf werden gegaan door uitdagingen.

De *uitdaging* bestond uit vier elementen:

- 1 Het 'bewijs' voor de overtuiging wordt eerst uitgedaagd; van de minst sterke aanwijzingen naar de meest overtuigende aanwijzingen voor het waarheidsgehalte van de waan.
- 2 Het waansysteem wordt systematisch onderzocht en de patiënt ontdekt inconsistenties en irrationele onderdelen. Hier wordt althans door de therapeut op aangestuurd.

- 3 Er wordt een alternatieve verklaring geboden, namelijk dat de overtuiging tot stand is gekomen als reactie op – en als manier om de zin te verklaren van – specifieke gebeurtenissen.
- 4 De waan en de meer redelijke verklaring worden opnieuw bekeken in het licht van de beschikbare informatie.

Bij de *gedragsexperimenten* wordt sterk benadrukt dat de gekozen activiteit een gelegenheid is om de overtuiging verder te onderbouwen dan wel twijfel over de overtuiging te doen ontstaan. Door beide mogelijkheden te benadrukken, wordt de keus voor wat ‘waar’ is uiteindelijk aan de patiënt over gelaten. Hoewel het natuurlijk de bedoeling van de cognitieve therapie is dat de patiënt de waan verwerpt, is het van groot belang de patiënt zelf deze gevolgtrekking te laten maken. Een mogelijk resultaat kan zijn dat de ‘waan’ alsnog voor waarheid wordt gehouden.

We presenteren een casus waarin de cognitieve therapie wordt beschreven bij een man die last heeft van wanen en die tevens stemmen hoort. De therapie werd uitgevoerd door beide auteurs.

## Casus

---

*Jaap is een 31-jarige ongehuwde man. Hij heeft de mavo afgerond en diverse banen gehad, onder meer als administratief medewerker. Ten tijde van het ontstaan van de psychose woonde hij zelfstandig en volgde hij een opleiding tot ziekenverzorger. Momenteel wordt hij arbeidsongeschikt geacht. Hij woont weer in zijn ouderlijk huis, bij zijn moeder en zus. Hij is een fanatiek wielrenner; voor deze bezigheid traint hij enkele malen per week. Daarnaast komt hij tot weinig; hij ligt veel in bed en luistert naar muziek.*

*Op 29-jarige leeftijd is hij psychotisch geweest, waarvoor hij vier maanden werd opgenomen. Hij hoorde stemmen, had wanen en was depressief. Diagnostisch werd een schizo-affectieve stoornis vastgesteld. Tijdens de opname werd hij medicamenteus behandeld met carbamazepine (Tegretol) 800 mg, flupentixol (Fluanxol) 5 mg en fluoxetine (Prozac) 20 mg, waarna angst en depressie geleidelijk afnamen. De stemmen en waandenkbeelden bleven wel aanwezig, zij het meer ‘op de achtergrond’. Na ontslag werd de behandeling ambulante voortgezet. Aangezien de waandenkbeelden persisteerden en Jaap mogelijk hierdoor wederom depressief dreigde te worden, besloten we hem een cognitieve therapie aan te bieden. De medicamenteuze behandeling zoals hierboven beschreven, werd gedurende de cognitieve therapie voortgezet. De sessies vonden wekelijks plaats, inmiddels gedurende ongeveer een jaar. We hebben regelmatig veel tijd geïnvesteerd in het motiveren tot het maken van huiswerk. Om die redenen die ons niet duidelijk zijn geworden, maakte hij over het algemeen het afgesproken huiswerk niet. Hij kon daarbij niet goed aangeven waarom hem dit niet lukte (‘vergeten’, ‘niet meer aan gedacht’ e.d.). We hebben hem hiertoe wel steeds gestimuleerd, maar hebben de druk niet te hoog opgevoerd.*

*Het uitdagen verliep meestal zonder veel problemen, maar thuis verviel hij regelmatig in zijn oude manier van denken. Bespreking in de zitting erna leverde vaak snel correctie op.*

Voor de cognitieve therapie zijn de volgende klachten relevant:

- 1 hij hoort stemmen in en buiten zijn hoofd;

- 2 hij heeft regelmatig 'slechte' gedachten, die volgens hem gebeurtenissen voorspellen en zelfs veroorzaken;
- 3 hij is ervan overtuigd dat anderen zijn gedachten en zijn stemmen kunnen horen. Wij zullen vooral ingaan op de betrekking- en beïnvloedingswanen (2 en 3). In werkelijkheid zijn de drie symptomen nauw met elkaar verweven. In dit geval zijn de stemmen de eerste symptomen geweest en hebben deze de andere symptomen tot gevolg gehad of versterkt.

### ***'Slechte gedachten' waarmee ware gebeurtenissen voorspeld en veroorzaakt kunnen worden***

Jaap heeft een aantal keren bepaalde dingen gedacht, die later daadwerkelijk bleken te gebeuren. Zo had hij tijdens de televisie-uitzending van de lancering van een space-shuttle de gedachte: 'Ik wou dat hij ontplofte'. Enkele seconden later gebeurde dit inderdaad.

Verder heeft hij een keer tijdens een wielrenwedstrijd gedacht dat een vriend van hem zou sterven. Tijdens diezelfde wedstrijd overleed deze vriend aan een hartinfarct. Ook zag hij een keer een dorpsgenoot staan over wie hij dacht: 'Die maakt het niet lang meer'. Na drie dagen bleek deze man overleden te zijn. Andere voorbeelden hadden betrekking op overstromingen in Amerika en Griekenland en aardbevingen in Japan en Rusland.

Deze gedachten zijn voor Jaap zeer beangstigend. Hij heeft niet alleen de overtuiging dat hij dergelijke ingrijpende gebeurtenissen (rampen) kan voorzien, hij gelooft ook dat hij met zijn gedachten deze gebeurtenissen kan veroorzaken.

### ***De overtuiging dat anderen zijn (negatieve) gedachten kunnen horen***

Heel vaak heeft Jaap last van opdringende negatieve gedachten over de mensen met wie hij contact heeft. Vaak zijn dit scheldwoorden die betrekking hebben op zichzelf en/of de ander.

Deze gedachten lijken samen te hangen met gebeurtenissen uit het verleden die hij niet goed heeft verwerkt. Voor de behandeling leek het van belang om juist ook over deze gebeurtenissen te praten. Jaap was hierin echter zeer terughoudend, hetgeen we hebben gerespecteerd. Een hieraan gerelateerd probleem wilde hij wel graag bespreken; namelijk dat hij regelmatig de overtuiging heeft dat anderen zijn gedachten (en dus ook de scheldwoorden) kunnen horen.

In de cognitieve therapie wordt aandacht besteed aan de volgende elementen: motivering tot het 'opgeven' van de waan, onderzoeken ofwel 'uitdagen' van de waan en het uitvoeren van gedragsexperimenten.

## Het motiveren tot verandering van de hardnekkige overtuiging

Voordat kan worden overgegaan tot het veranderen van de hardnekkige overtuiging, zal de patiënt eerst gemotiveerd moeten zijn/worden voor verandering. Dit kan onder meer bereikt worden door een uitgebreide inventarisatie van de (negatieve) consequenties van de overtuiging. Naarmate men meer doordrongen raakt van de (negatieve) consequenties van de overtuiging, zal men meer gemotiveerd zijn om deze te veranderen (motiveringstechniek volgens Yusupoff in Haddock & Slade, 1996). In onze therapie hebben we veel tijd besteed aan dit onderdeel.

Als het waar zou zijn dat hij door zijn gedachten vreselijke gebeurtenissen veroorzaakt, zou dat voor Jaap veel negatieve consequenties hebben. Het zou betekenen dat hij veel te veel verantwoordelijkheid en macht zou hebben. Hij zou erg moeten oppassen met wat hij dacht, want zijn gedachten zouden heel gevaarlijk zijn. Hij zou beslist niet zoveel ellende op zijn geweten willen hebben. Als zijn hypothese *niet* bevestigd zou worden, zou hij opgelucht kunnen zijn en zich beter voelen. Hij wilde dus graag dat zijn overtuiging onjuist zou blijken. Ditzelfde geldt voor de overtuiging dat anderen zijn gedachten kunnen horen. Dit is voor Jaap erg beangstigend en het maakt dat hij sociale contacten zoveel mogelijk vermijdt. Wanneer deze overtuiging onjuist zou blijken te zijn, zou hij zich veel vrijer kunnen bewegen en gemakkelijker sociale contacten aangaan.

## Het uitdagen van de hardnekkige overtuiging

Als belangrijkste bewijs voor de overtuiging dat hij door zijn gedachten gebeurtenissen kan veroorzaken, betreft het overlijden van zijn vriend aan een hartinfarct tijdens een wielrenwedstrijd. Tijdens deze wedstrijd drong de gedachte 'Ik wou dat hij doodging' zich aan Jaap op. De vriend overleed na vijftig km fietsen. Gedachte en oorzaak vielen volgens Jaap samen.

Gezamenlijk formuleerden we de volgende hypothese:

H(waan): Het is mijn schuld dat hij is overleden. Doordat ik dat heb gedacht, heeft hij een hartinfarct gekregen.

Geloofwaardigheid: 100%

Als alternatieve hypothese stelde Jaap:

H(alternatief): Het hartinfarct is veroorzaakt door factoren waar ik geen invloed op heb gehad.

Geloofwaardigheid: 100%

Bij het zg. uitdagen werden twee aspecten besproken en doordacht; enerzijds de overtuiging of hij *wilde* dat zijn vriend zou doodgaan, anderzijds de overtuiging dat het hartinfarct veroorzaakt was door zijn gedachte.

Wat betreft het *willen* hebben we de aanwijzingen vóór en tégen geïnventariseerd. Het bleek dat Jaap juist erg bezorgd was om zijn vriend. Jaap kende hem via de training.

Hij was ongeveer zestig jaar en leidde een leven vol spanningen. Ze traiden voor een wielrenwedstrijd. Tijdens de laatste trainingen was de vriend vaak moe en hij moest veel rusten. Jaap heeft zijn bezorgdheid hierover meermalen uitgesproken. De vriend wilde evenwel niet luisteren en ging door met trainen. Jaap bleef hem bezorgd in de gaten houden.

Uit alles wat hij heeft gedaan en gezegd blijkt dus het tegendeel; hij wilde niet dat zijn vriend zou overlijden.

Wat het tweede deel betreft, hebben we uitvoerig stilgestaan bij de mogelijke oorzaken van een hartinfarct. Jaap wist hier op grond van zijn opleiding wel het één en ander van en dus kwam er een hele rij mogelijke oorzaken aan de orde. De oorzaak 'omdat ik dat dacht' kwam in deze rij niet voor. De geloofwaardigheid van H(waan) daalde naar 30%. Jaap voelde zich bijzonder opgelucht nu hij kennelijk toch niet schuldig bleek te zijn aan de dood van zijn vriend.

Deze benadering hebben we per schokkende gebeurtenis herhaald: de spaceshuttle, het overlijden van een dorpsgenoot, de overstromingen, de aardbevingen en zo meer. Telkens gingen we na wat mogelijke andere verklaringen van deze gebeurtenissen zouden kunnen zijn. Daarna werd onderzocht welke verklaring het meest geloofwaardig was. De alternatieve verklaringen werden heel wat geloofwaardiger, maar de oorspronkelijke verklaring, namelijk dat de dingen gebeurden omdat *hij* deze had gedacht, bleef toch bestaan. De geloofwaardigheid kon tussen de sessies zelfs weer drastisch toenemen, samenhangend met nieuwe gebeurtenissen die zich voor Jaap aandienen als 'bewijzen'.

## Het formuleren van een alternatieve hypothese

Ten aanzien van het veroorzaken van gebeurtenissen door zijn gedachten, stelden we drie hypothesen op:

- 1 'Ik beïnvloed gebeurtenissen door mijn gedachten'.
- 2 'Ik ben "helderwetend" (kan gebeurtenissen voorzien). Dat ik iets van tevoren weet, wil niet zeggen dat ik er verantwoordelijk voor ben'.
- 3 'Het samenvallen van gedachten en gebeurtenissen berust op toeval'.

Om de tweede hypothese te onderzoeken maakten we een afspraak met een paragnoste, die we kenden via een project over 'stemmen horen'. De eerste afspraak gingen we samen (beide auteurs en Jaap). Jaap had een lange reeks precies geformuleerde vragen voor de paragnoste om zijn eigen twijfels op te heffen.

Hij is later een aantal malen alleen naar deze 'genezere' geweest. Zij vertelde hem dat ze zag dat hij de gave van de 'helderwetendheid' had. Jaaps vragen over dit onderwerp heeft zij beantwoord. Ze ging uitvoerig in op het verschil tussen dingen voorvoelen en veroorzaken. Dit resulteerde in een toename van de geloofwaardigheid in de tweede en derde hypothese. Naar aanleiding van een aardbeving in Rusland die hij had 'voorvoeld', vertelde hij op een gegeven moment dat zij niet had plaatsgevonden omdat hij het wilde: 'Ik heb niets te willen. Dingen gebeuren toch en door het voorgevoel te hebben dat ze zullen gebeuren, wil dat niet zeggen dat ik ze heb veroorzaakt'.



Ten aanzien van het veroorzaken van gebeurtenissen door zijn gedachten, kwamen we tenslotte uit op de volgende hypothesen:

H(waan): 'Omdat ik dit denk, zal het gebeuren'.

Geloofwaardigheid: 70%.

H(alternatief): 'God zorgt ervoor of dingen wel of niet gebeuren. De invloed van mijn gedachten op gebeurtenissen is gering'.

Geloofwaardigheid: 30%.

## **Uitvoeren van de gedragsexperimenten; toetsing van de hypothese**

Ter inleiding van de experimenten, vroegen we hem om alle voorspellende gedachten die hij had, direct op te schrijven, dus voor ze gebeurd waren. Zo zouden we kunnen toetsen hoeveel voorspellingen zouden uitkomen. Van de twintig 'voorspellingen' bleken er twee te zijn uitgekomen (overstroming in Californië, aardbeving in Japan). Vervolgens gingen we over tot het uitvoeren van een aantal experimenten, waarbij Jaap expliciet voorspellende gedachten zou formuleren, waarna we zouden toetsen of deze daadwerkelijk waren uitgekomen (bewijs voor H(waan)) of niet (bewijs voor H(alternatief)). Na afloop van de experimenten werd telkens de geloofwaardigheid van H(waan) en H(alternatief) gescoord.

Aangezien dergelijke experimenten voor Jaap bijzonder beangstigend waren, hebben we in eerste instantie uitsluitend gekozen voor neutrale of positieve gebeurtenissen (bijvoorbeeld: 'Ik wil dat het een week onafgebroken regent in Aragon, na twaalf uur'). Andere onderwerpen betroffen regenval op verschillende plaatsen en vrij neutrale gebeurtenissen met betrekking tot één van de therapeuten. Uitvoerig werd stilgestaan bij de voorwaarden waarbij H(waan) zou worden verworpen.

Geen van de voorspellende gedachten kwam uit. De geloofwaardigheid van H(waan) daalde hierdoor uiteindelijk tot 0. Tot op heden is dit zo gebleven. Er bleef nog wel enige twijfel wanneer hij dacht aan de dingen die wel gebeurd zijn.

Minder permanente verandering werd bereikt bij de volgende overtuiging.

### ***De overtuiging dat anderen zijn gedachten kunnen horen***

Met betrekking tot deze overtuiging zijn we vrijwel meteen met gedragsexperimenten begonnen. We stelden gezamenlijk wederom twee hypothesen op:

H(waan): 'Anderen kunnen mijn gedachten horen'.

Geloofwaardigheid: 60%

H(alternatief): 'Anderen kunnen mijn gedachten niet horen'.

Geloofwaardigheid: 50%

Het gezamenlijk ontworpen experiment zag er als volgt uit. Jaap zou op een druk bezochte plaats (in een café, op een terras, tijdens de training, in een zwembad) een van de volgende gedachten denken: 'Kom eens hier', 'Draai je eens om', 'Er komt een auto binnen rijden', 'Daar ligt een briefje van f 100,-'. Hij zou daarbij een plaats in gedachten nemen waar ze naar zouden moeten kijken als ze het zouden horen. Hij zou de anderen niet nadrukkelijk aankijken, anders zou eventueel zijn eigen mimiek iets over zijn gedachten kunnen 'verraden'. Tijdens dit experiment zou hij de reacties van de anderen observeren. Als anderen dit zouden kunnen horen, zouden ze kijken in de richting die Jaap in gedachten had. Als anderen het niet zouden kunnen horen, zouden ze niet reageren.

Jaap heeft dit experiment een aantal malen uitgevoerd en hij heeft geen enkele reactie op zijn gedachten in de omgeving gezien. Uiteindelijk is na herhaald experimenteren de geloofwaardigheid van de overtuiging dat anderen zijn gedachten zouden kunnen horen, gedaald tot 30%. Zodra hij de gedachte kreeg ('Zouden ze mijn gedachten kunnen horen'), herhaalde hij het experiment ('Daar ligt een briefje van f 100,-'), zonder uitzondering met succes.

## Beschouwing

Naast de cognitieve therapie bestond de behandeling van Jaap ook uit andere interventies. Hij kreeg langdurig medicatie, voorlichting over schizofrenie, begeleiding bij het zoeken naar werk en hij nam deel aan zelfhulpgroepen voor 29 stemmenhoorders. Met gesprekken over zijn voorgeschiedenis en vooral aandacht voor zijn sexuele ontwikkeling en opvattingen die hij over zichzelf had ontwikkeld op grond van traumatische ervaringen werd het ontstaan van de psychose meer begrijpelijk in het perspectief van zijn levensgeschiedenis en ervaringen.

Voor het artikel echter hebben we de wanen van Jaap onder de loep genomen. Het betrekkelijke gemak waarmee de denkstoornis was te beïnvloeden verbaasde en verheugde ons. Teleurgesteld waren we echter over de moeite die Jaap heeft om inzichten en oefeningen uit de therapie in de praktijk te gebruiken.

Neuropsychologische problemen spelen hierbij waarschijnlijk een rol.

We begeleiden Jaap bij het oefenen met de nieuw aangeleerde denkwijzen.

De hier gepresenteerde cognitieve therapie van wanen heeft als belangrijkste elementen

- 1 Het aangaan van een werkrelatie, de patiënt uit te nodigen om te vertellen over zijn hardnekkige overtuigingen en te kijken welke problemen deze overtuigingen teweeg brengen.
- 2 Het verzamelen van gegevens over hoe, wanneer en op grond van welke informatie die 'hardnekkige overtuigingen' tot stand kwamen en in stand gehouden worden.
- 3 Het 'uitdagen' van de overtuigingen.

- 4 Het ontwikkelen van gedragsexperimenten waardoor informatie naar voren komt, die strijdig is met de waan.
- 5 Het vervangen van de oorspronkelijke 'hardnekkige overtuigingen' door meer aannemelijke verklaringen.

De meeste auteurs die publiceren over de cognitieve therapie bij psychose, benadrukken dat deze behandeling dient plaats te vinden in een breder kader van medicamenteuze therapie en rehabilitatie. Specifieke indicaties voor cognitieve therapie zouden bijvoorbeeld kunnen zijn: patiënten die medicatie weigeren of onvoldoende of met ernstige bijwerkingen reageren op medicatie. Ten aanzien van de indicatiestelling is het van belang dat de patiënt wel enigszins twijfelt aan de juistheid van de opvatting (Evers & Van der Velden, 1991). Belangrijk is te vermelden dat vele van de in Groot-Brittannië uitgevoerde onderzoeken behandeling betrof van *chronische* psychotische patiënten die onvoldoende reageerden op vaak zeer langdurige therapievormen bepaald niet de gemakkelijkst te behandelen groep waarbij het tot stand brengen van een goede werkrelatie bijzonder moeilijk moet zijn geweest. Juist bij deze groep worden succesvolle behandelingen beschreven. Dit doet hopen dat bij de behandeling van patiënten met bijvoorbeeld een eerste psychose ook positieve resultaten bereikt kunnen worden.

Tenslotte is een welkom bijeffect van het onderzoek op het gebied van cognitieve therapie bij psychose, dat er meer wetenschappelijke aandacht wordt besteed aan de psychopathologie van psychotische stoornissen. Iemand is niet of psychotisch of niet-psychotisch. Ook psychotische symptomen zijn verandering en kunnen soms, bijv. met cognitieve therapie, beïnvloed worden.

---

### Summary

*In this article the cognitive therapy of the delusions of a man with psychosis is described. At first a more dimensional view of delusions is presented. Research of cognitive therapy with delusions is briefly mentioned. With a case description this method is illustrated. Making a firm working relationship is an important first step. The patient is engaged to think about his own beliefs. The antecedent conditions when the 'persistent beliefs' arose and the actual problems that are caused by these beliefs are fully examined. With challenging more plausible explanations, regarding the information at hand, are being generated and with the help of behavior experiments these new explanations are compared to the original delusional beliefs. The purpose is that the original belief is rejected.*

### Referenties

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve therapie* 11, 252-268.
- Bentall, R.P., Kinderman, P. & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 331-341.
- Chadwick, P.D.J., Lowe, C.F., Horne, P.J. & Higson, P.J. (1994). Modifying Delusions: The role of empirical testing. *Behavior Therapy*, 25, 35-49.
- Evers, R. & Velden, K. van der (1991). Cognitieve interventies bij patiënten met waanachtige ideeën. *Directieve therapie*, 11, 269-290.

- Frith, C.D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Fowler, D., Garety, Ph. & Kuipers, E. (ed) (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Garety, Ph. & Hemsley, D.R. (1994). *Delusions. Investigations into the Psychology of Delusional Reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Haddock, G. & Slade, P.D. (1996). *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*. London: Routledge.
- Kingdon, D.G. & Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kuiper, P.C. (1994). *Nieuwe Hoofdsom der Psychiatrie*. Den Haag: SdU.
- Perris, C. (1989). *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients*. New York: The Guildford Press.