



[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)

# Zorgelijke en zorgeloze wanen

Mark van der Gaag\*

---

## Samenvatting

*In dit artikel definiëren we allereerst de waan. Het probleem is dat de inhoud van de waan niet bepaalt of er sprake is van psychopathologie, maar de lijdensdruk. Lijden onder wanen gaat gepaard met een hoge mate van preoccupatie en emotioneel ongemak. De cognitief gedragstherapeutische behandeling richt zich met name op de preoccupatie en lijdensdruk.*

## De definitie en het voorkomen van waanachtige opvattingen onder de algemene bevolking

Wanen zijn matig gedefinieerd. De DSM-IV (APA, 1994) zegt weinig meer over de waan dan dat het gaat over een gefixeerde, onjuiste overtuiging die geen deel uitmaakt van religie. De DSM-III-R is iets specifieker:

'Een waan is een onjuiste overtuiging, gebaseerd op een foutieve gevolgtrekking over een externe gebeurtenis, waaraan sterk wordt vastgehouden, ondanks wat anderen zeggen en ondanks bewijs van de onjuistheid ervan. Voorts is het geen deel van de religie, cultuur of subcultuur van de persoon' (APA, 1987).

In de DSM-IV-TR wordt gesteld dat de waanovertuiging plaatsvindt op een continuüm en soms afgeleid kan worden uit het gedrag (APA, 2000).

Dit is een ruime definitie en op deze wijze hebben ook grote delen van de bevolking wanen, zonder dat zij psychisch gestoord zijn. Recente bevolkingsonderzoeken tonen dit ook. Van 5877 mensen in de Amerikaanse algemene bevolking rapporteerde 28,4% een psychotisch kenmerk te hebben vertoond op een bepaald moment in hun leven (Kendler, Gallagher, Abelson, & Kessler, 1996). Onder 2548 Duitse adolescenten vonden Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen en Van Os (2003) 17,5% met een psychotische ervaring: 15,7% personen uit deze groep rapporteerde minstens één waan en 4,6% rapporteerde minstens één hallucinatie te hebben gehad. Hetzelfde percentage van 17,5% is gevonden in het Nederlandse bevolkingsonderzoek NEMESIS onder 7076 mensen uit de algemene bevolking (Van Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000; Van Os, Hanssen, Bijl, & Vollebergh, 2001).

De Gallup-organisatie ([www.gallup.com](http://www.gallup.com)) publiceerde in 2001 een herhaling van een bevolkingsonderzoek uit 1991 naar geloof in onbewijsbare opvattingen onder de Amerikaanse bevolking. De top-6 ziet er als volgt uit:

- 1 het geloof in genezen door eigen geestelijke kracht (54%);

---

\* DR. M. VAN DER GAAG is klinisch psycholoog en psychotherapeut en hoofd onderzoek van het psychosecircuit bij psycho-medisch centrum Parnassia te Den Haag. Hij is ook als docent verbonden aan de Rijks Universiteit Leiden. Correspondentie: Dadelplein 1, 2552 DS Den Haag.

- 2 het bestaan van buitenzintuiglijke waarneming (50%);
- 3 het bestaan van spoken (48%);
- 4 bezetenheid door de duivel (41%);
- 5 geesten van overledenen die terugkomen (38%);
- 6 telepathie (36%).

Deze opvattingen kunnen zonder al te veel fantasie de basis vormen van een waan.

Veel mensen hebben dus ergens in hun leven met wanen van doen, maar lang niet alle mensen die een waangedachte voor waar aanzien, lijden daar onder. Het enige wat op lijdensdruk wijst in de DSM-definitie van de waan, is dat de patiënt eenzaam is, omdat anderen hem niet geloven. Zou de waanlijder wél medestanders hebben, dan is het al snel een sekte geworden.

Pogingen om wanen te definiëren zijn allemaal mislukt, omdat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op een aantal criteria altijd te laag is gebleken. Dat geldt bijvoorbeeld voor het criterium 'bizarheid' (Mojtabai & Nicholson, 1995). Maar definiëring was ook moeilijk, omdat men het onvoldoende eens kon worden over onderscheidende kenmerken van wanen, zoals de 'oncorrigeerbaarheid' (Garety, 1985), of over de vraag of een waan per definitie een onjuiste opvatting van de werkelijkheid impliceert (Heisse, 1988).

## Het verschil tussen onschuldige en pathologische wanen

Er zijn dus nogal wat praktische problemen met het begrip waan. Levy (1996) vat het nog eens samen:

- In de definities zit vaak een cirkelredenering.
- Vele, zo niet de meeste, zogenaamde normale mensen hebben waanachtige opvattingen.
- Wanen zijn bij nader inzien vaak begrijpelijk en minder bizar dan aanvankelijk gedacht.
- Wanen zijn niet de enige opvattingen die tegen logica en evidentie van onjuistheid bestand zijn.
- Voor elke waan, hoe bizar en vergezocht ook, is er minstens één culturele groepering, die de opvatting als legitiem en redelijk, zo niet als belangrijk en goddelijk, opvat.

Toch moeten we verder met het begrip wanen. Wat is het verschil tussen een psychotische patiënt die belaagd wordt door geesten van overleden mensen en de druïde die dansend onder de volle maan zijn toverspreuken oefent en kruidentheet drinkt?

Een belangrijk onderscheid tussen onschuldige en pathologische wanen is niet de inhoud, maar hoe de waanlijder ermee omgaat. Onderzoek met de 'Peters Delusions Inventory', een instrument om psychose te meten onder de bevolking, heeft aangetoond dat mensen die lid zijn van een druïdensekte of van Hare Krishna een middenpositie innemen tussen patiënten met wanen en normalen. De mate van overtuiging voor hun bizarre opvattingen was bij druïden, krishna's en patiënten met wanen even groot. Maar de patiënten waren er ook van uur tot uur mee in de weer en het riep bij hen sterke negatieve gevoelens op. De druïden en krishna's waren minder geobsedeerd

door hun opvattingen en hadden minder sterke emoties. Ze leken daarmee meer op de normalen dan op de patiënten met wanen.

De conclusie is dat om een normale waan van een pathologische waan te onderscheiden, het er niet zozeer toe doet *wat* je gelooft, maar *hoe* je het gelooft (Peters, Day, McKenna, & Orbach, 1999; Peters, Joseph, & Garety, 1999). Davies et al. hebben hallucinaties bestudeerd bij normalen, evangelische opnieuw geboren christenen en bij psychotische patiënten. Zij vonden zeer hoge percentages stemmenhoorders van maar liefst 27%, 58% en 100%. De christenen vonden de stemmen positiever dan de normalen en de psychotische patiënten (Davies, Griffin, & Vice, 2001). Het zijn dus de preoccupatie en de lijdensdruk die het onderscheid maken tussen 'ziek' en 'normaal'.

## De evidence-based behandeling van wanen

De behandeling van wanen gebeurt met antipsychotische medicatie. Ongeveer de helft van de patiënten is daarbij gebaat en de groep met blijvende symptomen wordt aanvullend behandeld met cognitieve gedragstherapie. Dit is de aanbeveling in de in 2005 verschenen Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie, die is ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut-CBO in opdracht van het ministerie van VWS, in samenwerking met het Trimbos-instituut en alle beroepsverenigingen werkzaam in de GGZ, plus de huisartsen en apothekers.

Alle antipsychotische medicatie heeft gemeen dat dopaminereceptoren geblokkeerd worden. Hierdoor wordt het vuur van de psychose geblust. Een patiënt die zich achtervolgd wist door burens, rapporteert na het gebruik van antipsychotische medicijnen bijvoorbeeld dat hij de afgelopen week niet lastiggevallen is. Hij heeft geen tikkende geluiden gehoord in de verwarmingsbuizen tijdens de afluisteractiviteiten van de burens; er zijn geen voorwerpen in huis verplaatst, dus er is ook niemand binnen geweest; en er liepen geen verdachte mensen meer door de straat. Het proces van overmatige betekenisverlening aan (triviale) gebeurtenissen is gestopt. Maar daarmee zijn de gedachten over een complot en de kwade bedoelingen van de burens nog niet verdwenen. Mogelijk zijn ze op vakantie of tijdelijk teruggeschrokken nu de therapeut ook van hun samenzwering weet!

Er is sprake van twee processen bij een psychose: een biologisch bottom-upproces en een cognitief-verklarend top-downproces.

Het biologische proces ontregelt bottom-up psychische fenomenen. Het gaat hier om gedachten die als stemmen waargenomen worden; gedachten die als niet-eigen en door een ander ingebracht ervaren worden, visuele hallucinaties, haptische hallucinaties (bijvoorbeeld iets dat aan je darmen trekt of genitale betasting); triviale gebeurtenissen die de gedachte oproepen dat zij van grote persoonlijke betekenis zijn; de angstige verwachting dat er iets belangrijks staat te gebeuren, enzovoort. Ook worden er biases in de informatieverwerking mee in werking gesteld, zoals overhaast conclusies trekken, zwart-wit denken en het zoeken naar bevestigende informatie.

Deze vreemde ervaringen vragen om een verklaring en zetten een proces van redeneren, conclusies trekken en verbanden leggen in gang dat kan leiden tot de vorming van een verklarende waan. Bijvoorbeeld de verklaring dat tijdens de operatie acht jaar geleden

een chip is ingebracht, waardoor gedachten kunnen worden uitgezonden en gedachten van anderen kunnen worden ontvangen. Dit alles is in het kader van een onvrijwillig experiment georganiseerd door Duitse ingenieurs van een groot farmaceutisch bedrijf.

Naast het biologische bottom-upproces op basis van de dopamineontregeling is er ook een cognitief top-downproces van nadenken, redeneren en conclusies trekken om alle ervaringen in een begrijpelijk kader te plaatsen. Antipsychotische medicatie heeft wel effect op het biologische bottom-upproces, maar weinig of geen effect op dit conceptuele top-downproces van de psychose (Kapur, 2003; Spitzer, 1995).

Antipsychotische medicatie dempt dus de voortgaande psychotische ervaringen. Voor veel patiënten is hiermee de kous af. De patiënt zegt bijvoorbeeld: 'Ik denk dat de burens besloten hebben mij niet langer te bestraffen. Ik ben nu lang genoeg gestraft voor iets waar ik niet eens schuldig aan ben. Ik ben blij dat ik weer gewoon over straat kan, zonder bespioneerd te worden.' Het risico is dat na het stoppen van de medicatie, wat zo'n 50% van de schizofreniepatiënten jaarlijks minimaal eenmaal doet, de verklarende secundaire waan klaarligt om gereactiveerd te worden.

Dit geïntegreerde model van wanen voorspelt dat als de verklarende secundaire waan gedeconstrueerd wordt, een terugval niet meer op dezelfde wijze kan verlopen. Als dit zo is dan kan cognitieve gedragstherapie (ook terugkijkend tijdens een periode van remissie), ertoe leiden dat de voortekenen herkend worden als zodanig en dat er voldoende 'ongeloofwaardigheid' in het geheugen ligt opgeslagen om afstand te kunnen blijven nemen van de waanverklaringen voor de psychotische ervaringen.

De cognitieve gedragstherapie van wanen is erop gericht de lijdensdruk weg te nemen. Dit kan op twee manieren, namelijk door het ondergraven van de waan, zodat deze verworpen wordt, of door het modificeren van de waan, zodat die niet langer tot preoccupatie en vrees leidt (Van der Gaag, Appelo, & Hoogduin, 2003). Het eerste resultaat wordt bij een kleine groep waanlijders bereikt. Door alle gebeurtenissen nog eens te onderzoeken, komt de waanlijder tot de conclusie dat hij zich vergist heeft. Veel vaker gebeurt het dat de waan enigszins wordt aangepast, waardoor de preoccupatie met de waan verdwijnt en de vrees afneemt. Door de sterke nadruk op de behandeling van de emotionele stoornis als gevolg van de waan komt er ook meer belangstelling voor technieken die direct gericht zijn op emotionele betekenisverlening. Een voorbeeld hiervan is contraconditioneren.

## **Contraconditioneren bij sterke emoties**

Soms is het weerleggen van een angstige verwachting niet toereikend. De nare gevoelens zijn dan dus niet zozeer een signaal van wat komen gaat (verwachtingsleren) als wel evaluatief van aard. Bijvoorbeeld: de gebeurtenissen die de patiënt achterdochtig maken, doen hem ook denken aan vijandige uitsluitingen in zijn jeugd door medescholieren. De gedachte is steeds dat de mensen hem niet moeten en dat ze hem dit duidelijk laten merken door hem te pesten en te vernederen. Contraconditioneren bestaat uit het vervangen van dit sterk negatieve zelfbeeld door een incompatibel positiever zelfbeeld. De procedure kent verschillende varianten.

Chadwick (2003) onderscheidt acht stappen:

- 1 het vestigen van een open en onderzoekende werkrelatie;
- 2 assessment;
- 3 symptoomgebaseerde interventies;
- 4 probleemformulering;
- 5 formulering van een positief zelfschema;
- 6 acceptatie en integratie van het negatieve en positieve zelfschema in een nieuw metacognitief model van het zelf;
- 7 risico- en terugvalmanagement;
- 8 beëindigen van de behandeling.

Het formuleren van het negatieve en het positieve zelfbeeld gebeurt in twee verschillende stoelen, om de patiënt zo het onderscheid te leren. Het negatieve zelfbeeld wordt geaccepteerd als deel van de persoonlijkheid. Soms voelt men zich slecht. De patiënt is echter niet slecht in de zin van altijd en overal slecht. De nadruk ligt op het opbouwen en versterken van een positief zelfbeeld, waardoor het negatieve zelfschema meer in balans komt.

Een andere aanpak is de 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT; Hayes, Stosahl, & Wilson, 1999). Deze behandeling richt zich op:

- 1 het identificeren en stoppen van internegeoriënteerde controlestrategieën;
- 2 het accepteren van de aanwezigheid van moeilijke gedachten en gevoelens;
- 3 het opmerken van gedachten, zonder ze waar of onwaar te vinden, zonder ze te veroordelen;
- 4 het zich committeren aan het afronden van activiteiten, die tot prettige uitkomsten leiden.

De kern van de zaak is dat iemand zich niet langer committeert aan zijn symptomen en zich er niet langer tegen verzet, maar zich committeert aan bevredigende en nuttige gedragingen om zo zijn leven vorm te geven. Dit onthechtingsproces staat ook bekend als 'deliteralization', 'cognitive defusion', 'disidentification', 'decentering' en 'mindfulness'.

De methode is onderzocht in een gerandomiseerde trial bij 80 mensen met schizofrenie (Bach & Hayes, 2002). De experimentele groep kreeg vier sessies van 45-50 minuten.

De *eerste sessie* ging over het uitsluitend waarnemen van gedachten in plaats van ze te geloven en ernaar te handelen. De uitleg benadrukt dat mensen te veel nadenken, maar ook dat we veel gedachten hebben waarnaar we niet handelen, bijvoorbeeld de gedachten aan het eten van voedsel zonder dat er voedsel is. De oefening in deze sessies is 'take the mind for a walk'. De deelnemer maakt een wandelingetje, terwijl de therapeut erachter loopt en als een radioverslaggever commentaar geeft op wat er te zien is, waarschijnlijk zal gebeuren, enzovoort. De deelnemer wordt gevraagd naar de 'mind' te luisteren zonder ermee in communicatie te treden. Deze defusie-oefening leert de patiënt dat hij niet alle gedachten even letterlijk moet nemen en er niet steeds naar hoeft te handelen.

In de *tweede sessie* wordt de polygraaf-oefening gedaan. De patiënt moet zich voorstellen dat hij aangesloten is op een spanningsmeter die in staat is angst te meten. Als hij zich angstig voelt, zal hij gestraft worden met een stroomstoot. De patiënt wordt gevraagd

hoe hij zijn angst zou gaan controleren en of hij dat succesvol zou kunnen. De oefening demonstreert dat als iemand angst probeert te controleren, dit meestal mislukt en de angst veelal zelfs toeneemt.

De *derde sessie* toont dat de oude copingstrategieën positieve doelen in de weg kunnen staan. Zo kunnen schreeuwen of cannabisgebruik stemmen tijdelijk verminderen, maar zij staan een bevredigend en succesvol zelfstandig bestaan waarschijnlijk in de weg.

De *vierde sessie* herhaalt de voorgaande drie.

De vier maanden follow-up toont dat de patiënten meer psychotische symptomen met vergelijkbare distress melden dan de controlegroep, maar met een lagere 'believability', en 50% minder vaak opgenomen worden in een ziekenhuis dan de controlegroep. De ACT-therapeut maakt zo dus 'ruimte' voor de problemen in het leven en laat patiënten verder gaan naar de zelfgekozen waarden en doelen. De obstakels zijn vermijdingsgedrag, controlegedragingen en cognitieve fusie. Dit laatste is het opvatten van de eigen gedachten als feiten en ernaar gaan handelen. Deze obstakels staan een gedragsmatige commitment aan het leven van een gewaardeerd leven in de weg.

## Tot besluit

Het is duidelijk dat zorgelijke preoccupaties deel uitmaken van wanen en dat dit in de DSM-IV-TR niet tot onvoldoende benadrukt wordt. De klassieke behandeling met cognitieve gedragstherapie richt zich expliciet op het wegnemen van draaglast. Dit gebeurt door het kritisch onderzoeken van alle veronderstellingen en het logisch ondergraven van de geloofwaardigheid van de waan. Nieuwe technieken zoals contraconditioneren en 'acceptance and commitment therapy' gaan direct in op het stoppen van de controledwang en het in de weer zijn met psychopathologie. Deze technieken benadrukken het afstand nemen van het symptoom en het overgaan tot de orde van de dag, namelijk een hoopvol en bevredigend bestaan leiden, ondanks de ongemakken van symptomen. Hier staat dus het ontwikkelen van draagkracht centraal.

---

### **Abstract**

*In this article we first define psychotic delusion. The key element in deciding whether delusions are pathological or not is not their content, but the extent to which a person suffers from having them. Suffering from delusions consists of high levels of preoccupation and emotional discomfort. Cognitive behavioural treatment is aimed at the content of preoccupations in an attempt to reduce the suffering. In contrast, newer treatments such as counter conditioning and acceptance and commitment therapy focus on letting go of the need of control and occupying oneself with pathology all day long.*

## Referenties

APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-R (Vol. 3rd edition, revised)*. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bach, P., & Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*, 1129-1139.
- Chadwick, P. (2003). Two chairs, self-schemata and a person based approach to psychosis. *Behavioural & cognitive psychotherapy, 31*, 439-449.
- Davies, M.F., Griffin, M., & Vice, S. (2001). Affective reactions to auditory hallucinations in psychotic, evangelical and control groups. *British journal of clinical psychology, 40*, 361-370.
- Gaag, M. van der, Appelo, M.T., & Hoogduin, C.A.L. (eds.) (2003). *De psychologische behandeling van psychosen: Richtlijnen, valkuilen en omwegen*. Houten: Cure & care development, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Garety, P. (1985). Delusions: problems in definition and measurement. *British journal of Medicine and Psychology, 58*, 25-34.
- Hayes, S.C., Stosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York: The Guilford Press.
- Heisse, D.R. (1988). Delusions and the construction of reality. In: T. Oltmanns & B. Maher (eds.), *Delusional beliefs*, (259-272). Chichester: John Wiley & Sons.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American journal of psychiatry, 160*, 13-23.
- Kendler, K.S., Gallagher, T.J., Abelson, J.M., & Kessler, R.C. (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 53*, 1022-1031.
- Levy, A. (1996). Forensic implications of the difficulties of defining delusions. *Medical law, 15*, 257-260.
- Mojtabai, R., & Nicholson, R.A. (1995). Interrater reliability of ratings of delusions and bizarre delusions. *American journal of psychiatry, 152*, 1804-1806.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research, 45*, 11-20.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R.V., & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of general psychiatry, 58*, 663-668.
- Peters, E.R., Day, S., McKenna, J., & Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British journal of clinical psychology, 38*, 83-96.
- Peters, E.R., Joseph, S.A., & Garety, P.A. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin, 25*, 553-576.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H.U., & Os, J. van (2003). Sex differences in psychosis: normal or pathological? *Schizophrenia Research, 62*, 45-49.
- Spitzer, M. (1995). A neurocomputational approach to delusions. *Comprehensive psychiatry, 36*, 83-105.