



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

Preventie van psychose door cognitieve gedragstherapie van invaliderende intrusies

Een gevalsbeschrijving

Annelies van Strater en Mark van der Gaag

SAMENVATTING Cognitieve gedragstherapie (CGT) ter preventie van een psychose is een relatief nieuwe behandeling die bedoeld is om in risicogroepen het ontwikkelen van een psychose en uiteindelijk schizofrenie te voorkomen of uit te stellen. In dit artikel wordt de theorie achter deze behandeling beschreven en geïllustreerd met een casusbeschrijving. De CGT bij deze doelgroep is een combinatie van drie onderdelen: ten eerste formele CGT zoals deze ook wordt uitgevoerd bij angststoornissen, ten tweede metacognitieve training en ten derde een psycho-educatief deel, waarin normaliserende informatie wordt gegeven om het vormen van alternatieve verklaringen voor de catastrofale interpretaties te bevorderen en zo de angst te doen afnemen.

Inleiding

In Nederland loopt een onderzoek naar het effect van CGT bij (jonge) mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose (Early Detection and Intervention Evaluation: EDIE-NL). Het onderzoek is een zusteronderzoek van een Engelse studie (French & Morrison, 2004; French, Morrison, Walford, Knight, & Bentall, 2003; Morrison et al., 2007). Het doel van de behandeling is in de eerste plaats het voorkomen of uitstellen van de ontwikkeling van een psychose en uiteindelijk schizofrenie. Nevendoelen zijn vermindering van de aanmeldklachten, vermindering van de prodromale klachten, verbetering van het sociaal functioneren en – als iemand toch psychotisch wordt – het verkorten van de duur van de onbehandelde psychose, omdat een lange duur van een (onbehandelde) psychose een

DRS. A.C.P. VAN STRATER is psychiater bij GGZ Duin en Bollenstreek, onderdeel van Rivierduinen en in opleiding tot cognitief gedragstherapeut. E-mail: a.vanstrater@ggzduinenbollenstreek.nl.

PROF. DR. M. VAN DER GAAG is hoofd psychoseonderzoek bij Parnassia/Bavo groep en hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

negatieve invloed heeft op het verdere verloop van de ziekte (French et al., 2003; Rietdijk et al., 2010).

Het onderzoek wordt gedaan bij patiënten, in leeftijd variërend van 14-35 jaar, die in verband met verschillende psychische stoornissen zijn verwezen naar een GGZ-instelling. Naast de verwijkslachten hebben deze mensen ook 'bijzondere ervaringen', oftewel subklinische psychotische symptomen. Deze symptomen worden opgespoord met behulp van een screeningslijst (*prodromal questionnaire*), waarna – bij een bepaalde score – een diagnostisch interview wordt afgenomen, de CAARMS (*Comprehensive Assessment of the At Risk Mental State*). Met behulp van de CAARMS wordt vastgesteld of iemand een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van een psychose binnen een jaar. De groep met een verhoogd risico wordt de ultrahoog-risicogroep (UHR, *ultra high risk*) genoemd. Voor uitgebreidere informatie over de opzet van het onderzoek en de gebruikte meetinstrumenten verwijzen wij naar Rietdijk et al. (2010) en naar de bijdrage van Klaassen en Wierenga in dit nummer van *Dth*.

Subklinische psychotische symptomen zijn vaak, zeker in de adolescentiefase, voorbijgaand en leiden niet altijd tot een psychose. Biologische sensitatisatie van het dopaminesysteem door omgevingsfactoren en 'psychologische sensitatisatie' door gedragsmatige, emotionele en (meta)cognitieve reacties op psychotische ervaringen bepalen of de psychose persisteert (Van Os et al., 2008). Preventie van de ontwikkeling van een psychose dient zich dus te richten op deze instandhoudende processen.

CGT voor subklinische psychotische symptomen richt zich op de psychologische sensitatisatieprocessen en is gebaseerd op het model van Morrison. In dit model worden subklinische psychotische symptomen vergeleken met intrusies en de behandeling van deze symptomen wordt vergeleken met de behandeling van angststoornissen (zie *Beschouwing*).

Casus Klaas

Klaas is een 17-jarige, nog thuiswonende jongeman, die door de huisarts voor een semi-spoedafpraak is verwezen naar de afdeling Kinder en Jeugd van een tweedelijns-GGZ-instelling. Op het moment van aanmelding zit Klaas in de examenklas van het vmbo. Tijdens de behandeling is hij geslaagd voor zijn examen. Op de basisschool en in de eerste twee jaar van de middelbare school werd Klaas veel gepest. Hij heeft een oudere broer die het huis uit is. Zijn ouders wonen bij elkaar en hebben een periode met relatieproblemen achter de rug, die op het moment van de behandeling van hun zoon volgens hen niet

meer aan de orde zijn. Vader is volgens Klaas de laatste jaren veranderd in die zin dat hij geregeld zijn boosheid niet onder controle heeft. Moeder zou volgens Klaas af en toe wat te veel alcohol drinken, waardoor ze haar gedrag niet in de hand kan houden. Klaas heeft een vriendin die hij via een website heeft leren kennen. Zij woont in het buitenland en heeft problemen met haar ouders. Klaas en zijn vriendin zien elkaar eens in de paar maanden. Hij maakt zich geregeld zorgen om haar vanwege haar problemen en het feit dat ze wel eens laat doorschemeren dat ze dood wil en zichzelf in de armen krast. In de (tweedegraads)familie komen verschillende psychische stoornissen voor, waaronder schizofrenie, bipolaire stoornis en alcoholisme.

Aanmeldingsklacht

Klaas heeft op het moment van de verwijzing ongeveer drie weken last van intrusieve gedachten en beelden over seks met mannen: hij voelt een dwang naar mannen te kijken en hoort een stem die hem daartoe opdracht geeft. Deze klachten zijn ontstaan na een gesprek met een oude vriend, van wie Klaas te horen kreeg dat hij homo is. Naar aanleiding van zijn klachten is hij somber, heeft hij concentratieproblemen, raakt hij gemakkelijk geïrriteerd, is hij minder eten gaan eten en is hij afgevallen, en heeft hij emotionele buien. Ook is Klaas door de klachten minder gaan presteren op school. Daarnaast heeft hij de neiging spullen recht te willen leggen, maar dit neemt niet veel tijd in beslag en veroorzaakt geen lijden.

Klaas heeft een aantal manieren geprobeerd om de intrusieve gedachten weg te krijgen: weerstand bieden door in zijn hoofd de discussie aan te gaan, of juist de intrusie of stem gelijk geven en alle weerstand opgeven. Omdat hij geen controle heeft over deze intrusies is hij ook bang op een gegeven moment geen controle meer te hebben over zijn gedrag. Zijn angst is geen weerstand meer te kunnen bieden aan de intrusies, zodat dat hij homo wordt en zijn vriendin kwijtraakt. Klaas heeft geen duidelijk uitgewerkte ideeën over de oorsprong van de intrusies. Hij neigt ze te zien als afkomstig van een macht buiten zichzelf, maar heeft hier twijfel over. De stem verdwijnt spontaan voor de start van de CGT en gaat weer over in intrusies die hij neigt extern te attribueren. Er is geen sprake van drugsgebruik of overmatig alcoholgebruik.

Als diagnose wordt gesteld een obsessief-compulsieve stoornis (OCS) en er wordt gedacht aan een zich ontwikkelende psychose. Klaas voldoet aan de criteria voor de groep met een ultrahoog risico

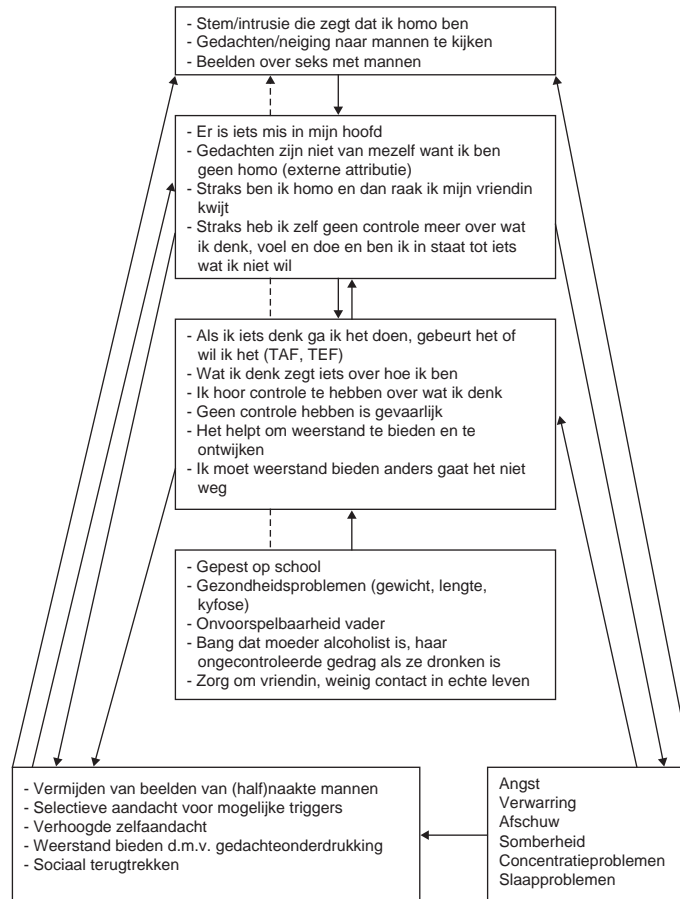
op een psychose; hij heeft immers meerdere malen een stem heeft gehoord en neigt de intrusies extern te attribueren. Dit leidt tot aanzienlijke angst, verwarring en verminderd sociaal en maatschappelijk functioneren. Klaas wordt verwezen voor CGT voor bijzondere ervaringen. Daarnaast wordt hij op een wachtlijst geplaatst voor CGT voor de OCS en worden er gezinsgesprekken gevoerd met een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV).

De hulpvraag van Klaas is om zo snel mogelijk van de opdringgerige gedachten en beelden af te komen. In de behandeling is ervoor gekozen op deze hulpvraag in te gaan, hoewel ook rekening is gehouden met een eventuele andere seksuele geaardheid. In een gesprek hierover geeft Klaas aan dat hij een eventuele andere seksuele geaardheid wel kan accepteren, als hij maar het gevoel zou hebben dat het bij hem past. Aangezien hij dit gevoel niet heeft, is het voor hem moeilijk te begrijpen en te accepteren dat hij intrusies over dit onderwerp heeft en dus wil hij ervanaf.

Probleemformulering

Na uitleg over de behandeling en de cognitieve rationale wordt een aantal sessies gewerkt aan het opstellen van een probleemformulering (figuur 1) en het maken van een doelenplan. Door middel van registratieopdrachten en G-schema's (waarop gebeurtenis, gedachte, gevoel en gedrag worden geregistreerd) wordt een beeld verkregen van de klachten van Klaas, te weten de intrusieve beelden, gedachten, neigingen en stemmen met een inhoud die niet passen bij hoe hij zichzelf ziet. Klaas krijgt te horen dat het niet zozeer deze ervaringen zijn die een probleem opleveren, maar dat de manier waarop hij ze interpreteert (de cognitieve rationale) het probleem vormt. Bij deze interpretatie blijken vooral metacognities een rol te spelen. Zo geeft hij letterlijk aan bang te zijn dat de intrusies wat zeggen over hem als persoon en hij is bang dat hij wat hij denkt zal gaan uitvoeren of dat het anderszins gaat gebeuren (*Thought-Action-Fusion* (TAF) en *Thought-Event-Fusion* (TEF)). Dit zijn (bijgelovige) metacognities die zowel zijn beschreven bij OCS als bij psychose (kwetsbaarheid) (García-Montes, Pérez-Álvarez, Soto Balbuena, Perona Garcelán, & Cangas, 2006; Wells, 2000). Klaas heeft de neiging de intrusies aan een externe bron toe te schrijven, hoewel hij daar af en toe aan twijfelt. Hij geeft aan dat als de intrusie niet van hemzelf is, hij hem mag negeren en dat het dan niets zegt over hem als persoon.

De gedachten veroorzaken bij Klaas zoveel angst, verwarring en afschuw dat hij allerhande veiligheidsgedrag begint te vertonen. Dit bestaat uit pogingen zijn intrusies te onderdrukken en weerstand te



Figuur 1. Probleemformulering bij Klaas.

bieden, op zichzelf gerichte aandacht in de aanwezigheid van anderen om zijn 'homoseksualiteit' te verbergen, selectieve aandacht voor beelden van (half)naakte mannen, en het vermijden van gesprekken over dit thema en contacten met jongens van school. Door middel van de pijlen in de probleemformulering wordt aan Klaas duidelijk gemaakt dat de samenhang tussen zijn klachten, interpretatie, gevoel en gedrag begrijpelijk is, maar dat het veiligheidsgedrag zijn klachten in stand houdt, zo niet erger maakt.

Als behandeldoelen wordt het volgende op schrift gesteld en samen met de probleemformulering aan Klaas meegegeven:

Het doel is zo min mogelijk last te hebben van de opdringerige beelden en gedachten. Dit doel proberen we te bereiken door de angst voor ongewenste gedachten te verminderen door er meer over te weten te komen (aan de hand van uitleg, leesmateriaal, zoeken naar alternatieve verklaringen en het doen van oefeningen) en door na te gaan of je de beste manieren hebt gevonden om met de ongewenste gedachten om te gaan (helpt het wegdrücken van gedachten en het vermijden van beelden?) en eventueel andere manieren leren.

Psycho-educatie

De sessies bestaan altijd uit een therapiedeel en een psycho-educatiedeel. Dat laatste wordt gedaan aan de hand van de handleiding *Omgaan met opmerkelijke en buitengewone ervaringen* en betreft informatie over de werking van de hersenen en de rol van dopamine bij bijzondere ervaringen en informatie over cognitieve tendensen (denkstijlen) en hoe daarmee om te gaan. Tendensen zijn niet per definitie foutief en kunnen soms zelfs heel nuttig zijn (zoals het springen naar conclusies in situaties waarin snel gehandeld dient te worden). Ze kunnen wel gaan werken als een valkuil, maar daarmee kan rekening worden gehouden. Voor Klaas zijn met name het overhaast trekken van conclusies, de bronmonitoringtendens (het extern attribueren van interne stimuli) en selectieve aandacht van belang.

Over selectieve aandacht wordt uitgelegd dat hoe meer je op iets let, des te vaker je het gaat zien. Er wordt een experiment gedaan om dit te illustreren (zie *Interventies*).

Naar aanleiding van het horen van een stem en het hebben van intrusies die niet van hemzelf lijken te zijn, wordt uitleg gegeven over de bronmonitoringtendens. Zowel taal van een ander die via het oor binnenkomt als zelspraak vanuit de voorste hersengebieden wordt in het gebied van Wernicke (boven het oor) waargenomen. Bij zelspraak signaleert het voorste deel van de cingulate cortex dat het om zelspraak gaat en niet om geluiden van buiten. Deze signalering hapert soms waardoor intrusieve gedachten waargenomen worden als een stem van buiten. De rol van deze bronmonitor bij een verminderde beleving van controle over gedachten en handelingen (zoals bij het ervaren van intrusies) wordt uitgebreid belicht, omdat dit bij uitstek van toepassing is op Klaas.

Voor het omgaan met de neiging tot het overhaast trekken van conclusies leert Klaas om altijd meer dan één verklaring te verzinnen voor een bijzondere ervaring en vooral om er met anderen over te praten.

In verband met zijn angst dat de intrusies het gevaar in zich dragen werkelijkheid te worden of dat hij ernaar zal gaan handelen (TEF/TAF), wordt aan de hand van een aantal artikelen (French et al., 2003; Rachman, 1997; Rachman & De Silva, 1978) normaliserende uitleg gegeven over intrusies: hersenen maken de hele dag door een stroom van gedachten aan. Van sommige van die gedachten zijn we ons bewust en dan kunnen we erdoor verrast zijn, vooral als het gedachten zijn die veel emotie oproepen (zoals angst) die we niet van onszelf gewend zijn of die we niet bij onszelf vinden passen (agressie, seks). Dat komt bij vrijwel iedereen voor (84% van de normale bevolking), maar zegt niets over het karakter en leidt vrijwel nooit tot actie. Onderzoekers staan juist meer stil bij de vraag waarom de overige 16% zegt geen intrusies te hebben.

Ook wordt met Klaas een lijst van veelvoorkomende intrusies onder de 'normale' bevolking bekeken om hem duidelijk te maken dat het hebben van intrusies een bekend en veelvoorkomend verschijnsel is en dat het vaak gaat over seksualiteit en agressie. Daarbij wordt benadrukt dat we niet altijd controle hebben over ons denken, maar wel over wat we ermee doen (de meeste dingen die we denken, voeren we namelijk niet uit). Klaas vindt het bijzonder prettig om te weten dat dit geldt voor alle mensen en dat het dus normale verschijnselen zijn.

Interventies

Met betrekking tot het effect van selectieve aandacht wordt een experiment gedaan waarbij Klaas wordt gevraagd elke dag zijn aandacht op iets anders te richten. De eerste dag op blauwe auto's, de tweede dag op geluiden die van buiten komen, de derde dag op mensen met een bril, de vierde dag nergens speciaal op en de vijfde dag op mensen die hem een onprettig gevoel geven. Aan het einde van elke dag schrijft hij op wat hem is opgevallen. Klaas merkt op dat wanneer hij op iets specifiek let, hij de rest van de omgeving of waar hij mee bezig is nauwelijks ziet. Zo ziet hij bijna een rode auto over het hoofd bij het oversteken op de dag dat hij op blauwe auto's moet letten. Het leerpunt wordt benadrukt: als je je aandacht op iets specifiek richt, zie je dat almaar en merk je nauwelijks dat er nog andere dingen gebeuren (bijvoorbeeld dingen die je overtuiging tegenspreken). Het belang hiervan voor het in stand houden van klachten wordt aan hem duidelijk gemaakt.

Het averechtse effect van gedachteonderdrukking wordt geïllustreerd aan de hand van het 'witteberen-experiment' (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). Klaas wordt gevraagd dertig seconden

niet aan witte beren te denken. Na dit experiment concludeert hij dat het wegdrücken van gedachten niet effectief is, integendeel. De vergelijking met het onder water duwen van een bal wordt gemaakt: hoe verder de bal onder water wordt geduwd, des te krachtiger springt hij er vervolgens bovenuit. Het effect van veiligheidsgedrag in het algemeen wordt gedemonstreerd aan de hand van een voorbeeld van French en Morrison (2004). In hun boek vertellen ze het verhaal van een dorp in Transsylvanië. De plaatselijke bevolking gelooft in vampiers en uit voorzorg loopt men met kettingen van knoflook om de nek. De mensen daar doen dit al sinds mensenheugenis en omdat er in het dorp nog nooit iemand door een vampier is aangevallen, concluderen de dorpingen dat knoflook helpt tegen vampiers. Doorpratend en -vragend over dit voorbeeld begrijpt Klaas al snel dat het verband tussen veiligheidsgedrag en het niet-optreden van het gevreesde allerminst zeker is, en dat helpt hem in een later stadium om zijn veiligheidsgedrag op te geven.

Voorbeeld G-schema

Ter illustratie van de verschillende G-schema's waarin de metacognities een rol spelen, volgt hier een voorbeeld:

Gebeurtenis: mijn vader vraagt hoe het is om stemmen te horen.

Gedachte: als ik erover praat krijg ik er weer meer last van (TEF).

Gevoel: angst.

Gedrag: vader afwimpelen en vermijden er al te veel over te zeggen.

Naar aanleiding van dit G-schema wordt afgesproken in de volgende sessie een gedragsexperiment te gaan opzetten rondom de hypothese dat als hij over iets praat, het dan gaat gebeuren. Voordat het zo ver is, blijkt dat de informatie zijn angst al zodanig heeft doen afnemen, dat hij in de week voor de sessie spontaan zelf een experiment heeft gedaan door met een vriend te praten over zijn stemmen en intrusies. In dat gesprek vertelt deze vriend biseksueel te zijn. Dit roept bij Klaas even de gedachte op dat hij weer dezelfde problemen als aan het begin van de behandeling zal krijgen, maar dit blijkt niet zo te zijn.

Met Klaas wordt besproken dat door dit gesprek twee overtuigingen worden weersproken: ten eerste de overtuiging dat praten over het horen van stemmen en het hebben van intrusies deze fenomenen

verergert, ten tweede dat het praten met iemand met een andere seksuele geaardheid en over seksuele geaardheid intrusies over dit onderwerp veroorzaakt. Klaas is er overigens (terecht) erg trots op dat hij dit heeft gedurfd en is blij dat het zo gunstig heeft uitgepakt – overigens precies zo als hem van tevoren was verteld.

Het onderscheid tussen gedachten en gedrag wordt tijdens de gesprekken steeds benadrukt, zowel nadrukkelijk als terloops. Duidelijk wordt gemaakt dat we niet altijd controle hebben over wat we denken, maar meestal wel over wat we er vervolgens mee doen. Hij heeft zelf tenslotte ook nog nooit gehandeld naar zijn intrusies en weet intussen dat dat niet dankzij het veiligheidsgedrag is.

Door de therapeut wordt een *common sense*-houding aangenomen ten opzichte van de klachten van Klaas om zijn zorgen en angsten niet te vergroten en zijn ervaringen te normaliseren. Angst kan namelijk de dopamineontregeling en dus de klachten doen toenemen.

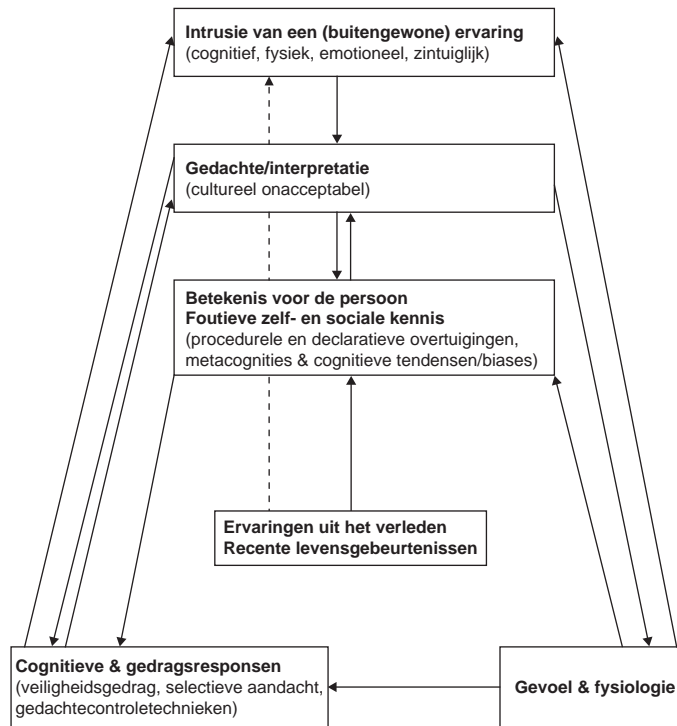
Afronding

Klaas geeft op een gegeven moment zelf aan dat het goed met hem gaat en hij de behandeling wil afronden. Hij heeft op dat moment geen intrusies of stemmen meer. Hierna worden nog enkele sessies besteed aan het maken van een noodplan met daaraan gekoppeld een registratieopdracht. Wekelijks zal hij noteren hoe vaak hij die week een stem of intrusie heeft gehad en hoeveel spanning dat oplevert op een schaal van 0-100. Bij een score van 70 of hoger zal hij contact opnemen. Verder wordt samen met hem een samenvatting gemaakt van de belangrijkste overtuigingen, tendensen en gedragingen, en de argumenten en experimenten die zijn gedaan om deze te weerleggen. Deze samenvatting wordt voor hem uitgewerkt en samen met de probleemformulering en het noodplan aan hem meegegeven. Na vijftien sessies wordt de behandeling afgerond.

In een boostersessie drie maanden na de laatste afspraak geeft Klaas aan dat het nog steeds goed gaat, ook op school. De verbetering blijkt ook uit aan hem afgenomen vragenlijsten, waarop een verbetering te zien is van het zelfbeeld en het sociaal functioneren, en een vermindering van depressieve klachten. Er is geen sprake meer van een ultrahoog risico op het ontwikkelen van een psychose. Behalve de 'at risk mental state' is ook de OCS na de behandeling verdwenen, en in overleg met Klaas en de psycholoog van Kinder en Jeugd wordt besloten hem van de wachtlijst voor behandeling af te halen.

Beschouwing

In de casus van Klaas werd de toepassing van CGT bij subklinische psychotische ervaringen geschetst. Ingrijpen in een vroege fase van een aandoening maakt dat interventies mogelijk effectiever en minder belastend kunnen zijn (Klaassen & Wierenga, dit nummer; McGorry, Hickie, Yung, Pantelis, & Jackson, 2006). Bij Klaas waren er nog geen uitgebreide (secundaire) wanen, waardoor het bewerken van zijn overtuigingen niet al te ingewikkeld was. Anders is dit bij patiënten met een uitgewerkt en langer bestaand waansysteem.



Figuur 2. Het cognitieve model van Morrison, tevens cognitieve casus-conceptualisatie binnen het EDIE-onderzoek.

CGT voor subklinische symptomen van psychose is gebaseerd op het model van Morrison (figuur 2) (French & Morrison, 2004; Morrison, 2001). Morrison heeft naar analogie met angststoornissen (zoals hypochondrie, OCS en paniekstoornis) geredeneerd dat psychotische symptomen te beschouwen zijn als intrusies, opgevat als zaken (gedachten, gevoelens, gewaarwordingen, beelden) die ongewild het

bewustzijn binnendringen. Dit geldt zowel voor stemmen als voor waanovertuigingen, zoals gedachte-inbrenging, -onttrekking en -uitzending. Deze symptomen vertonen veel overeenkomsten met intrusies gedefinieerd als herhaalde gedachten, beelden of impulsen die ongewild, onacceptabel, onrealistisch, egodystoon en oncontroleerbaar zijn, die begeleid worden door gevoelens van onbehagen en die de activiteiten waar de persoon op dat moment mee bezig is verstoren (Rachman, 1997). Bij paniek en hypochondrie gaat het om lichamelijke sensaties die ongewild het bewustzijn binnendringen, en bij een OCS gaat het om gedachten of beelden. De neiging om deze – in principe normale – sensaties en/of gedachten of beelden catastrofaal te interpreteren, wordt in stand gehouden door zaken als selectieve aandacht en veiligheidsgedrag, waardoor disconfirmatie van de catastrofale interpretatie wordt belemmerd. In het model van Morrison wordt hetzelfde mechanisme verondersteld bij psychotische symptomen. Psychotische ervaringen zijn op zichzelf niet erg abnormaal en komen onder de ‘normale’ bevolking ook voor (Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009). Het is de catastrofale interpretatie die angst veroorzaakt en het zijn deze angst en het veiligheidsgedrag die de symptomen in stand houden. De interpretatie wordt beïnvloed door levenservaringen en door overtuigingen die mensen hebben over zichzelf en anderen. De mate van culturele acceptatie van verklaringen voor intrusies lijkt te bepalen of een symptoom wordt gezien als een uiting van een psychotische stoornis (‘een knobbeltje onder de huid betekent dat er een chip is geplaatst, zodat ik gevolgd kan worden’) of van een angststoornis (‘een knobbeltje onder de huid betekent dat ik kanker heb’).

De implicaties van het model zijn als volgt: de interventies richten zich op de interpretaties van de intrusies/bijzondere ervaringen. Dit kan direct (zoals door manipuleren van veiligheidsgedrag) of indirect (betekenisverlening evalueren). Belangrijk is het gebrek aan kennis aan te pakken door het geven van normaliserende informatie. Dit corrigeert catastrofale interpretaties en foutieve zelfkennis en sociale kennis, en maakt het vormen van cultureel onacceptabele interpretaties minder waarschijnlijk. Behalve door het geven van informatie worden deze zaken ook aangepakt door CGT-technieken, zoals het uitdagen van (meta)cognities en het doen van observatieopdrachten en experimenten. Een rationale wordt gegeven in de vorm van een probleemformulering die gezamenlijk wordt opgesteld in het model van figuur 2. Voor eventuele positieve overtuigingen voor psychotische symptomen worden alternatieven gezocht.

In het Nederlandse protocol is dit model uitgebreid tot het biopsychisch model (Van den Berg & Van der Gaag, 2010; Van der Gaag,

2008; Van der Gaag & Korrelboom, 2009). In dit model wordt getoond hoe de voor psychose typische biologische ontregelingen, cognitieve tendensen (biases/denkstijlen), denkstoornissen, gedragspatronen, sociale omstandigheden en normale psychologische processen op elkaar ingrijpen in de vorming en consolidatie van wanen. Het model heeft vier factoren.

1. De eerste factor betreft een te scherp reagerend dopaminesysteem waardoor allerlei zaken het bewustzijn binnendringen (intrusies, stemmen, lichamelijke gewaarwordingen) en er overmatige opmerkzaamheid is voor triviale stimuli in de omgeving ('saliency') waaraan veelal foutieve betekenissen verleend worden. Deze processen worden bottom-up genoemd omdat neurobiologische ontregelingen psychische processen beïnvloeden.
2. De tweede factor betreft normale psychologische top-down-processen in de vorm van inductief en deductief redeneren, in een poging de bijzondere ervaringen te verklaren.
3. De derde factor betreft de cognitieve tendensen die het redeneren beïnvloeden en aanzetten tot waanachtige verklaringen. Enige voorbeelden van cognitieve tendensen bij psychose-proneness zijn de bronmonitoringtendens (de neiging om eigen gedachten, bewegingen of emoties toe te schrijven aan een externe bron), 'jumping to conclusions' of het overhaast trekken van conclusies (de neiging met minder informatie eerder conclusies te trekken en ook nog eens zekerder te zijn van deze conclusies) en 'theory-of-mind-problemen' (problemen in het representeren/mentaliseren en interpreteren van de bedoelingen van anderen).
4. De vierde factor wordt gevormd door consoliderende factoren, zoals die ook bij andere (angst)stoornissen een rol spelen. Voorbeelden hiervan zijn selectieve aandacht, vermijdings- en veiligheidsgedrag, confirmatiebias of 'zie-je-wel-redeneren' (een tendens waarbij meer gelet wordt op bewijzen *voor* de opvatting dan op bewijzen *tegen*, waardoor (meestal angstige) vermoedens steeds weer worden bevestigd) en metacognitieve tendensen. Metacognities zijn opvattingen over mentale processen (bijvoorbeeld 'ik hoor controle te hebben over wat ik denk', 'wat ik denk, zegt iets over mij als persoon') die maken dat deze mentale processen zodanig geïnterpreteerd worden, dat angst en veiligheidsgedrag een in stand houdende rol gaan spelen. In de therapie worden metacognities en cognitieve biases besproken en het effect ervan wordt geïllustreerd aan de hand van oefeningen en huiswerkopdrachten.

De stem verdween al snel weer en nam de gedaante aan van ongewenste intrusieve gedachten. Gaat het hier niet veeleer om de behan-

deling van een OCS dan een beginnende psychose? Bij het vergelijken van intrusies en het horen van stemmen bij schizofreniepatiënten en OCS-patiënten is gebleken dat het verschil tussen intrusies en stemmen eerder kwantitatief dan kwalitatief is (Moritz & Larøi, 2008). Geen van de vier A's die hallucinaties kenmerken (acoustisch, alien, autonoom, authentiek) maakt het onderscheid tussen gedachten, intrusies en hallucinaties. Een belangrijk onderscheid is de betekenis die aan de stem of intrusie gegeven wordt. Het toeschrijven ervan aan een machtige ander, het gehoorzamen aan de stem en het vermijden van straffen en dreigementen van de stem, maakt een psychotische ontwikkeling waarschijnlijk. In de behandeling is het af en toe horen van een stem genormaliseerd en daarmee roept een stem of intrusieve gedachte minder onbehagen op en kan de stem ook gemakkelijker getrotseerd worden. Daarnaast zijn overeenkomstige (transdiagnostische) in stand houdende processen aangrijpingspunt geweest in de behandeling, zoals metacognities ten aanzien van oncontroleerbaarheid en gevaar, bijgelovige metacognities en veiligheidsgedrag. Het gaat hier dus over de in de inleiding al genoemde psychologische sensitatieprocessen.

Psychopathologie interacteert met elkaar. De behandeling van één stoornis kan zo ook de comorbide stoornis te verbeteren (Craske et al., 2007). De oorzaak hiervan is waarschijnlijk te vinden in de transdiagnostische processen (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). Een beperkt aantal psychologische processen speelt een rol bij vele stoornissen. Omdat cognitieve gedragstherapie aangrijpt op deze processen is het mogelijk dat één behandeling vele stoornissen kan verbeteren. De vraag is wel in hoeverre er bij Klaas sprake was van een comorbide stoornis of was er sprake van één stoornis die zich in de loop der tijd in verschillende vormen uitte? Bij intrusies en het horen van stemmen is er overlap in de processen dat het om onvrijwillig ervaren bewustzijnsinhouden gaat, dat de persoon zich afzet tegen de inhoud ervan, en dat bij beide gepoogd wordt ze weg te drukken en het optreden ervan te voorkomen. Een verschil is dat intrusies beleefd worden met een interne herkomst, terwijl stemmen beleefd worden als van een ander. De verklaring van de verschijnselen bepaalt of het een angststoornis of een psychotische stoornis wordt genoemd.

Klaas had naar eigen zeggen het meeste baat bij de normaliserende informatie. Zo vond hij het prettig om te weten dat intrusies normale verschijnselen zijn, dat ze niks zeggen over iemands karakter en ook niet leiden tot het uitvoeren ervan, dat wegdrücken niet helpt en dat praten erover niet leidt tot toename. Deze informatie hielp hem om het gesprek over zijn problemen aan te gaan met een biseksuele vriend. Gebrek aan kennis is vaker een reden waarom geen alterna-

tieve verklaringen (kunnen) worden overwogen bij perceptuele aberraties en kan zo een rol spelen bij het ontstaan van secundaire wanen (Freeman et al., 2004).

De cognitieve tendensen blijven aanwezig en zijn in die zin een risicofactor voor terugval. De tendensen kunnen wel variëren onder invloed van dopamineafgifte. Dankzij de therapie heeft Klaas, behalve alternatieve verklaringen voor zijn bijzondere ervaringen, ook metacognitieve kennis en een aantal vaardigheden aangereikt gekregen om met de tendensen om te gaan, bijvoorbeeld dat er altijd meerdere verklaringen kunnen worden verzonnen voor emotionerende ervaringen, om er met anderen over te praten, om nooit te handelen op grond van de eerste interpretatie en zo nodig om de samenvatting van de behandeling terug te lezen (Brakoulias et al., 2008; Wykes & Reeder, 2005). Omdat de cognitieve tendensen altijd een risicofactor blijven, is het een goede interventie om een noodplan op te stellen. Klaas weet wat hij moet doen als de verschijnselen zich opnieuw voordoen. Hij is dan welkom voor een of meer boostersessies. De duur van de onbehandelde psychose kan, mede vanwege het al bereikte vertrouwen in de hulpverlening, verkort worden als hij onverhoopt toch psychotisch wordt.

ABSTRACT Cognitive behavioural therapy (CBT) in people with an at risk mental state for psychosis is a relatively new treatment approach meant to prevent or delay transition to psychosis and/or schizophrania. The theory behind this treatment is reviewed and illustrated by a case report. CBT in this population is a combination of three parts: in the first place ordinary CBT comparable with CBT for anxiety disorders, in the second place metacognitive training and in the third place normalizing psycho-education to stimulate the formation of alternative instead of catastrophic interpretations in order to reduce anxiety.

Referenties

- Brakoulias, V., Langdon, R., Sloss, G., Coltheart, M., Meares, R., & Harris, A. (2008). Delusions and reasoning: a study involving cognitive behavioural therapy. *Cognitive Neuropsychiatry*, 13, 148-165.
- Berg, D. van den & Gaag, M. van der (2010). Cognitieve gedragstherapie bij het voorkomen van ernstige psychiatrische klachten. *Psychopraktijk*, 2(1), 7-10.
- Craske, M.G., Farchione, T.J., Allen, L.B., Barrios, V., Stoyanova, M., &

- Rose, T. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: more of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1095-1109.
- Freeman, D., Garety, P.A., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P.E., & Dunn, G. (2004). Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 671-680.
- French, P. & Morrison, A.P. (2004). *Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis. A treatment approach*. Chichester: Wiley & Sons.
- French, P., Morrison, A.P., Walford, L., Knight, A., & Bentall, R.P. (2003). Cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals: a case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*, 53-67.
- Gaag, M. van der. (2008). De ontwikkeling van een biopsychisch model van psychose. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *34*, 260-274.
- Gaag, M. van der & Korrelboom, K. (2009). Psychosen. In: E. ten Broeke, K. Korrelboom, & M. Verbraak, (red), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- García-Montes, J.M., Pérez-Álvarez, M., Soto Balbuena, C., Perona Garcelán, S., & Cangas, A.J. (2006). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1091-1104.
- Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: University Press.
- McGorry, P.D., Hickie, I.B., Yung, A.R., Pantelis, C., & Jackson, H.J. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 616-622.
- Moritz, S. & Larøi, F. (2008). Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research*, *102*, 96-107.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 257-276.
- Morrison, A.P., French, P., Parker, S., Roberts, M., Stevens, H., Bentall, R.P., & Lewis, S.W. (2007). Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. *Schizophrenia Bulletin*, *33*, 682-687.
- Os, J. van, Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, *39*(2), 179-195.
- Os, J. van, Verkooyen, R., Hendriks, M., Henquet, D., Bak, M., Marcelis, M., Delespaul, Ph., Krabbendam, L., & Myin-Germeys, I. (2008). De

- ontogenese van psychotische stoornis; een model van kwetsbaarheid voor psychose, persistentie en belemmering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (jubileumnummer 1959-2008), 77-83.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavioural Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavioural Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R., Ising, H., Nieman, D., Wunderink, L., Delespaul, P., Cuijpers, P., Linszen, D., & Gaag, M. van der (2010). A single blind randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy in a help-seeking population with an At Risk Mental State for psychosis: the Dutch Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-NL) trial. *Trials*, 11, 30.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition. Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley & Sons.
- Wykes, T. & Reeder, C. (2005). *Cognitive remediation therapy for schizophrenia. Theory and practice*. Hove: Routledge.