



[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)

# Metacognitieve training voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid

Een pilotonderzoek

Janneke Ferwerda, Klaas de Boer en Mark van der Gaag

---

**SAMENVATTING** Recente onderzoeksbevindingen tonen aan dat een aantal denk- en redeneerprocessen een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en voortduren van wanen bij schizofreniepatiënten. In een poging om deze bevindingen om te zetten in een voor de praktijk relevante klinische interventie is de zogenaamde metacognitieve training (MCT) ontwikkeld. We onderzochten of MCT cognitieve tendensen en wanen kan verminderen. Het effect van acht sessies groepsgewijze MCT werd geëvalueerd in een ongecontroleerde studie met 29 klinisch paranoïde patiënten.

Paranoïde gedachten en wanen verminderden. De onderdelen 'overhaast concluderen' en 'cognitieve flexibiliteit' verbeterden en bij 'sociale cognitie' (inlevingsvermogen) werd een tendens tot verbetering gesignaleerd als resultaat van voorlichting en doelgericht oefenen. Op 'zelfwaardering' en 'geheugencorruptie' had de training geen effect. We concluderen dat MCT mogelijkheden kan bieden bij de psychologische behandeling van wanen. Een gecontroleerde studie is gestart om de effecten van de MCT op cognitieve tendensen en psychopathologie verder te onderzoeken.

---

We danken Heleen Begheijn, Mischa van der Helm, Liesbeth Lozie, Marleen Monsma, Els de Hoog, Bianca Raijmakers en Swanny Wierenga voor het trainen van patiënten in hun instituut. We danken de patiënten voor hun inzet bij de metacognitieve training.

DRS. J. FERWERDA is als GZ-psycholoog verbonden aan de divisie langdurende psychiatrie GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar. E-mail: j.ferwerda@ggz-nhn.nl.

DRS. K. DE BOER, klinisch psycholoog/psychotherapeut; divisie langdurende psychiatrie GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

PROF. DR. M. VAN DER GAAG, klinisch psycholoog/psychotherapeut; Parnassia/Bavo groep, Den Haag en afdeling klinische psychologie, VU, Amsterdam.

### Inleiding

De metacognitieve training (MCT) voor patiënten met schizofrenie richt zich op denk- en redeneerprocessen die een rol spelen bij het ontstaan en voortduren van psychotische denkbeelden. Het adjectief 'metacognitief' wil zeggen dat het centrale onderwerp van de training 'leren denken over het denken' is. De MCT is ontworpen vanuit het wetenschappelijk laboratorium. De onderzoeksgroepen van Moritz in Hamburg (Duitsland) en Woodward in Vancouver (Canada) verrichten al jarenlang fundamenteel onderzoek naar de rol van zogenaamde cognitieve tendensen. Cognitieve tendensen zijn sterke neigingen binnen psychologische processen als waarnemen, herinneren, denken en redeneren. Bovenmatige (pathologische) vormen binnen (normale) denk- en redeneerstijlen kunnen leiden tot problemen in het alledaagse leven. Patiënten met positieve symptomen (met name wanen) trekken bijvoorbeeld overhaast conclusies, houden langer vast aan foutieve opvattingen bij confrontatie met strijdige informatie en zijn sterker overtuigd over de juistheid van hun antwoorden bij geheugenfouten. We spreken van een specifieke cognitieve tendens bij psychotische stoornissen als een afwijking in de informatieverwerking daar meer optreedt dan bij andere stoornissen.

Cognitieve tendensen vormen een andere aspect van cognitief functioneren dan cognitieve beperkingen op het gebied van aandacht, werkgeheugen en executieve functies. Laatstgenoemde beperkingen leiden tot problemen met cognitieve verwerkingscapaciteit en verminderde belastbaarheid.

De overeenkomst tussen cognitieve gedragstherapie (CGT) en MCT is dat het doel van beide is om symptomatische en functionele verbetering te bewerkstelligen. Bij CGT gebeurt dit door persoonsgebonden symptomen min of meer rechtstreeks uit te pluizen en te bewerken (voordeurbenadering), terwijl MCT een meer indirecte route volgt door te beginnen met het bewerken van de metacognitieve infrastructuur die een rol speelt bij symptoomformatie (achterdeurbenadering). De MCT heeft meer het karakter van een psycho-educatieve cognitieve training, maar kan heel goed worden ingezet als voorbereiding op een individuele CGT waar persoonlijke (waan)opvattingen worden uitgediept.

In dit artikel bespreken we eerst een aantal cognitieve tendensen en vervolgens de inhoud en vorm van de MCT. Tot slot beschrijven we de resultaten van een pilotonderzoek naar effecten van de MCT op cognitieve tendensen en psychopathologie.

## Cognitieve tendensen bij psychose

Uit onderzoek blijkt dat psychotische patiënten met wanen geneigd zijn om op grond van weinig informatie, stellige conclusies te trekken (bijvoorbeeld na het horen van een kraak in de telefoonlijn de conclusie trekken dat de CIA afluistert). Deze redeneerstijl staat bekend als *jumping to conclusions* (JTC) (Freeman, 2007). Ook bij mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een psychose, patiënten bij wie de psychotische symptomen in remissie zijn en bij eerste-gradsverwanten van patiënten met schizofrenie is die tendens gevonden (Van Dael et al., 2006; Moritz & Woodward, 2005; White & Mansell, 2009). Het overhaast trekken van een conclusie lijkt het meest uitgesproken bij psychotische patiënten die last hebben van achterdocht en paranoïde gedachten, maar ook in de normale populatie is er een verband gevonden tussen de mate van overtuigdheid en het ervaren van paranoïde gedachten (Freeman, Pugh, & Garety, 2008). JTC lijkt een rol te spelen bij het ontstaan en in stand houden van wanen.

Een tweede cognitieve tendens is de *bias against disconfirmatory evidence* (BADE). In 2005 werd overtuigend aangetoond dat schizofreniepatiënten over een verminderd vermogen beschikken om onjuiste interpretaties bij te stellen, ook bij gebruik van neutraal (geen associatie met waanachtige thema's) materiaal (Woodward, Buchy, Moritz, & Liotti, 2007; Woodward, Moritz, & Chen, 2006; Woodward, Moritz, Cuttler, & Whitman, 2006; Woodward, Moritz, Menon, & Klinge, 2008). In onderzoek naar deze tendens wordt gebruikgemaakt van taken waarbij de onderzochte geleidelijk meer informatie krijgt. Proefpersonen worden daarbij verlok tot een valse veronderstelling, die door daaropvolgende informatie wordt tegengesproken. Gezonde personen stellen hun oordeel gewoonlijk bij wanneer het bewijs verandert (Fugelsang, Stein, Green, & Dunbar, 2004), terwijl patiënten door dit soort taken 'op het verkeerde been worden gezet'. Schizofreniepatiënten blijken slechter in staat om zich los te maken van verleidelijke (lokaas)interpretaties, die in de loop van de taak steeds onwaarschijnlijker worden. Ook in vergelijking met psychiatrische controlegroepen (obsessief-compulsieve stoornissen en posttraumatische stressstoornissen) houden schizofreniepatiënten langer vast aan geleidelijk onhoudbare interpretaties (Moritz & Woodward, 2006a).

Een derde cognitieve tendens is gerelateerd aan 'Theory of Mind'. De term werd voor het eerst in 1978 gebruikt door Premack en Woodruff. Zij definieerden het begrip als volgt:

The ability to understand that others have beliefs, desires and intentions that are different from one's own.

Theory of Mind is een breed begrip en omvat verschillende aspecten. Het gaat met name over het vermogen je een voorstelling te kunnen maken van gevoelens, gedachten en motieven van een andere persoon, maar ook cognitieve beperkingen als het herkennen van emotie in bijvoorbeeld mimiek en spraak, en als tendensen in sociaal redeneren worden er onder gerangschikt. Schizofreniepatiënten beseffen soms onvoldoende dat hun gedrag als ongepast of beledigend kan worden opgevat en ervaren moeite bij het inschatten en voorspellen van sociaal gedrag van anderen, ook wanneer psychotische symptomen in remissie zijn (Bora, Yucel, & Pantelis, 2009). Uit onderzoek is eveneens gebleken dat patiënten met schizofrenie problemen hebben met het interpreteren van gezichtsuitdrukkingen (Phillips & David, 1995). Beperkingen bij Theory of Mind zijn vaak aangetoond bij psychosen (Brüne, 2005), maar zijn ook aanwezig bij andere psychiatrische stoornissen zoals autisme (bijvoorbeeld Kerr, Dunbar, & Bentall, 2003; Uekermann et al., 2008).

Een vierde cognitieve tendens is de subjectieve beoordeling van eigen geheugenprestaties. In aansluiting op onderzoek naar geheugenfuncties verschijnen de laatste jaren veel publicaties met 'metageheugen' als onderwerp. Metageheugen heeft onder meer betrekking op de subjectieve beoordeling van geheugenprestaties, met name de mate van vertrouwen in eigen antwoorden (Moritz & Woodward, 2006b) en de levendigheid van herinneringen (bijvoorbeeld Danion et al., 2005). Minder gedetailleerde, vage herinneringen komen ook voor bij andere psychiatrische stoornissen. In hoeverre deze afwijking specifiek is voor psychose is nog onduidelijk. In verschillende studies naar geheugentendensen is wel aangetoond dat schizofreniepatiënten sterker overtuigd zijn over de juistheid van hun antwoorden bij geheugenfouten dan gezonde proefpersonen en patiënten met obsessief-compulsieve stoornis of posttraumatische stressstoornis. Tegelijkertijd zijn ze minder overtuigd van hun gelijk bij correcte antwoorden (Moritz & Woodward, 2006b; Moritz, Woodward, & Rodriguez-Raecke, 2006). Het gevolg is dat fouten kunnen optreden die gepaard gaan met veel vertrouwen in de juistheid van het antwoord. Dit wordt geheugencorruptie genoemd. Gezonde controlepersonen passen een voorzichtiger en nauwgezetter strategie toe: zij bouwen meer reserve in zolang het bewijs onvolledig is.

Attribuatiestijl is een cognitieve tendens die nog onderwerp is van wetenschappelijk debat. Patiënten met paranoïde schizofrenie leggen de oorzaak van onaangename gebeurtenissen doorgaans niet bij het weer, hun aandoening of pech, maar wijzen vaak met een beschuldiging op de ander.

gende vinger naar andere personen (bijvoorbeeld burens) en instanties (bijvoorbeeld de politie). Gezonde personen maken in hun dagelijks leven gebruik van een mildere variant. Deze attributiestijl kan prettig zijn ('Het lag aan de scheidsrechter!') en het zorgt ervoor dat je zelfvertrouwen niet in het gedrang komt, maar kan er ook toe leiden dat je weinig controle over je leven ervaart. De vraag is of patiënten een zogenaamde *self-serving bias* (succes toeschrijven aan zichzelf en mislukkingen aan anderen of omstandigheden) hanteren of alleen externaliseren en anderen aanwijzen als de voornaamste oorzaak van onaangename gebeurtenissen. Bentall (1994) suggereerde aanvankelijk de aanwezigheid van eerstgenoemde attributietendensen, maar latere bevindingen (Kinderman & Bentall, 1997) vinden herhaaldelijk de laatste tendens. Attributietendensen lijken meer uitgesproken bij chronische patiënten dan bij eerste-episodepatiënten (Krstev, Jackson, & Maude, 1999) en fluctueren bij onaangename situaties mogelijk met het ervaren van positieve psychotische symptomen, met name wanen (Janssen et al., 2006; Moritz, Woodward, Burlon, Braus, & Andresen, 2007). Niet alle patiënten met paranoïde wanen hebben echter een attributietendens (Combs et al., 2007).

#### Metacognitieve training

Genoemde bevindingen vormen het fundament van de MCT. De training is ontwikkeld door Moritz en Woodward, en is door De Boer en anderen vertaald in het Nederlands.<sup>1</sup> Zoals mensen met roodgroen-blindheid niet beseffen dat ze kleuren anders beoordelen, zo lijken patiënten zich zelf niet bewust van cognitieve tendensen. Sterker, Freeman et al. (2006) toonden aan dat patiënten met een psychose zichzelf beschouwen als tamelijk aarzelende beslissers, die openstaan voor andere gezichtspunten, en de voor- en nadelen van verschillende mogelijkheden voldoende overwegen. Het doel van de MCT is dan ook het vergroten van (metacognitief) besef en kennis over cognitieve tendensen, inclusief de betekenis en vertaling ervan naar het dagelijks leven. Deelnemers worden aangezet om kritisch te kijken naar hun manier van denken en redeneren, krijgen compenserende strategieën aangereikt en worden gestimuleerd deze toe te passen in de dagelijkse praktijk.

MCT is een groepsinterventie, maar kan ook individueel worden aangeboden. Het idee is dat de beoogde verandering in de cognitieve

<sup>1</sup> Het materiaal van de metacognitieve training is in vele talen beschikbaar en kan gratis worden gedownload via [www.uke.de/mkt](http://www.uke.de/mkt).

infrastructuur van het brein een gunstig effect heeft op de kernsymptomen van schizofrenie, met name wanen. Onderzoek moet nog uitwijzen of de beoogde effecten optreden.

#### *De opzet van de MCT*

De MCT is een groepsinterventie voor drie tot tien patiënten. Zestien sessies zijn verdeeld in twee parallelseries van acht sessies (versie A en B). De parallelsessies bevatten dezelfde theorie en onderwerpen, maar hebben verschillende praktische voorbeelden en oefeningen. Elke sessie bestaat uit een module die zich richt op een cognitieve tendens. Module 8 (stemming en eigenwaarde) behandelt een niet specifiek voor psychosen kenmerkende cognitieve tendens. De module is toegevoegd, omdat ook schizofreniepatiënten kampen met depressie en verlaagde impliciete en/of expliciete eigenwaarde. Elke sessie duurt 45-60 minuten. De acht modules zijn:

- Module 1: Attributiestijl
- Module 2: Overhaaste conclusies I
- Module 3: Veranderen van overtuigingen
- Module 4: Inlevingsvermogen I
- Module 5: Verhoogde zekerheid bij geheugenfouten
- Module 6: Inlevingsvermogen II
- Module 7: Overhaaste conclusies II
- Module 8: Stemming en eigenwaarde.

Elke module heeft een inleiding, leerdoelen, verschillende oefeningen en praktijkvoorbeelden. Centraal in het programma staan oefeningen over denk- en redeneerstijlen die mogelijk bijdragen aan het ontstaan van waan(achtige) opvattingen. Het belang van de oefeningen wordt duidelijk gemaakt door uitleg en praktijkvoorbeelden die gerelateerd zijn aan psychose. Deelnemers ervaren door speelse oefeningen op niet-indringende wijze de nadelige werking van cognitieve tendensen. Zij krijgen tips aangereikt hoe ze daarmee rekening kunnen houden en op welke manier ze hiervoor kunnen compenseren. In huiswerk-oefeningen wordt gevraagd naar voorbeelden uit hun dagelijks leven.

#### *Sleutel oefeningen per module*

In de eerste module wordt uitgelegd wat attributiestijlen zijn en wat de gevolgen van een specifieke attributiestijl kunnen zijn (bijvoorbeeld: anderen overal de schuld van geven leidt tot interpersoonlijke spanningen, jezelf altijd de schuld geven is slecht voor je zelfvertrouwen). Vervolgens wordt er geoefend met het overwegen van verschil-

lende verklaringsmogelijkheden ('Een vriend praat over je achter je rug om' met als mogelijke verklaring: 'Hij is bezig tegen mij samen te zweren'; alternatieve verklaringen: 'Hij heeft anderen gevraagd of ik ziek was omdat ik er gestrest uitzie. Hij wilde me dat niet rechtstreeks vragen, omdat hij bang was om mij te beledigen of te verontrusten'; 'Dat is toch normaal. We kletsen allemaal wel eens over anderen').

In de modules 2 en 7 over overhaaste conclusies trekken worden plaatjes van alledaagse voorwerpen getoond (zoals een kikker). Elk plaatje wordt in acht stappen opgebouwd. Telkens wordt een fragment toegevoegd. Na acht stappen is het volledige plaatje te zien. Om beurten wordt de deelnemers gevraagd de waarschijnlijkheid te beoordelen van aangeboden antwoordalternatieven. Deelnemers kunnen na elk fragment beslissen of ze weten wat het gaat worden of dat ze meer informatie nodig hebben. Leerpunten zijn dat kwesties/situaties na verloop van tijd veranderen en dat extra informatie vaak helpt om tot de juiste beslissing te komen.

In de derde module worden steeds drie plaatjes in omgekeerde volgorde getoond. Stapsgewijs wordt een ambigue ontknopung onthuld. De vraag is om bij elk plaatje de waarschijnlijkheid te beoordelen van vier verschillende interpretaties. Bij het tonen van het eerste plaatje lijkt een van de vier interpretaties onwaarschijnlijk, maar in de meeste gevallen blijkt deze uiteindelijk de juiste te zijn. De beoogde leerervaring is dat deelnemers leren om de neiging te weerstaan om zich om aan hun eerste indruk vast te blijven klampen, en dat zij leren om bij hun oordeel open te blijven staan voor meer informatie wanneer tegensprekende aanwijzingen verschijnen.

De vierde en zesde module hebben het inlevingsvermogen tot onderwerp. De module bevat onder meer een oefening met als opdracht menselijke basisemoties te benoemen en hier gezichtsuitdrukkingen aan te koppelen. Taken over emotieherkenning worden doorgaans goed opgelost wanneer contextuele informatie beschikbaar is (bijvoorbeeld een vrouw in een bruidsjurk, haar emotie zal wel blijdschap zijn). In een van de taken ontbreekt contextuele informatie. Misinterpretaties zijn daarbij dan ook zeer gebruikelijk. Deelnemers leren in deze module dat mensen zich erg vaak vergissen in wat anderen denken, voelen en aan motieven hebben, en dat je niet te zelfverzekerd moet zijn als het om de veronderstelde motieven van een ander gaat.

In module 5 (geheugen) wordt uitgelegd met dat ons geheugen feilbaar is en niet werkt als een videorecorder. Bij de oefeningen wordt de deelnemers gevraagd naar een plaatje van een strand te kijken en te onthouden wat ze zien. Een aantal items fungeert bij de daaropvolgende herkenningstaak als lokaas (hier: handdoek en strandbal). De kans bestaat dat logica ('dat zal er ook wel bijstaan')



aanzet tot foutief herkennen van handdoek en strandbal. De oefening maakt duidelijk dat het brein soms elementen aan een herinnering toevoegt en dat het zaak is je geheugen te wantrouwen wanneer een levendige gedetailleerde herinnering (bijvoorbeeld de kleur van de handdoek en de plaats van de bal) niet beschikbaar is.

In module 8 (stemming en eigenwaarde) richten de oefeningen zich op cognitieve tendensen bij depressie, zoals overgeneralisatie en selectieve waarneming, en worden manieren aangereikt om de eigenwaarde op peil te brengen en te houden.

### Onderzoek

Sinds de introductie in 2005 is een aantal studies gedaan naar de uitvoerbaarheid, veiligheid en subjectieve waardering van de MCT (Moritz & Woodward, 2007a). In een eerste pilotonderzoek (Moritz & Woodward, 2007b) werden veertig schizofreniepatiënten gerandomiseerd in MCT en CogPack-training (een cognitieve revalidatietraining gericht op geheugen, aandacht en andere basale cognitieve functies). Toename van symptomen en/of nadelige gevolgen van deelname werden niet geobserveerd. De groepsleden waardeerden de MCT-training in vergelijking met de controleconditie als superieur op alle tien nagevraagde aspecten. Op vier van de tien aspecten werd een significant verschil gevonden (plezier, aanbeveling aan anderen, minder saai en bruikbaar in het dagelijks leven). De opkomst was uitstekend; slechts een enkeling miste een sessie.

In een studie van Ross, Freeman, Dunn en Garety (in press) werden 34 patiënten gerandomiseerd in een actieve controlesessie (patiënten deden een serie neuropsychologische tests en taken, zonder trainingcomponent) en een MCT-sessie met een aantal oefeningen uit de MCT-modules 2 en 7. In vergelijking met de controlegroep verminderde na de MCT-sessie het *jumping to conclusions* (JTC) significant en bij een flink aantal patiënten nam de waanovertuiging af.

In een kleine gecontroleerde studie (Aghotor, Pfueller, Moritz, Weisbrod, & Roesch-Ely, 2010) werden dertig patiënten gerandomiseerd toegewezen aan MCT of een actieve controle-interventiegroep (de patiënten lazen en bediscussieerden krantenartikelen). In deze studie duurden beide interventies vier weken. De MCT bestond uit een volledige MCT-cyclus van acht sessies. Bij de MCT-groep werd een versnelde afname van positieve symptomatologie gevonden op de Positieve en Negatieve Syndroom Schaal (PANSS) ( $d = .43$ ). Ook JTC nam af bij de MCT-groep ( $d = .31$ ), en ook in deze studie kreeg de MCT een gunstiger subjectieve beoordeling dan de actieve controlegroep ( $d = .51$ ).

De auteurs deden een pilotonderzoek naar de effecten van de MCT op afzonderlijke cognitieve tendensen en psychopathologie, met name wanen, paranoïde gedachten en depressie. Het idee was om te onderzoeken of afzonderlijke sessies een rechtstreeks meetbaar effect hebben op de in de sessie behandelde cognitieve tendensen. Gunstige effecten, ook op psychopathologie, zouden kunnen dienen als onderbouwing voor de start van een gecontroleerde studie.

### *Methodes*

#### *Deelnemers*

In totaal participeerden 29 patiënten aan het onderzoek: 22 mannen en 7 vrouwen in de leeftijd van 18-65 jaar. De gemiddelde leeftijd was 37,3 jaar (sd = 9.1). Bij aanmelding werd gecontroleerd of er sprake was van een paranoïde schizofrenie (dossierinformatie). Als inclusie-criterium voor deelname aan de pilotstudie werd een score op de Green Achterdochtige Gedachten Schaal van 68 of hoger gesteld (Green et al., 2008). Bij deze cut off-score is sprake van forse achterdocht en/of betrekkingsideeën. Patiënten dienden wel in een groep te kunnen functioneren en hun aandacht gedurende de tijd van de training te kunnen vasthouden. De participerende patiënten waren in zorg bij verschillende gezondheidszorginstellingen, te weten GGZ Noord-Holland Noord, Parnassia, GGZ Emergis, Universitair Medisch Centrum Groningen, GGZ Ingeest en GGZ Leiden.

#### *Meetinstrumenten*

Voor en na de MCT zijn drie instrumenten afgenomen om wanen, achterdochtige gedachten en depressie te meten:

- Delusion Rating Scale (DRS) van de Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999). Het betreft een vragenlijst die mondeling wordt afgenomen. De schaal meet verschillende aspecten van wanen en hallucinaties, zoals de interpretatie, de lijdensdruk en de mate van verstoring in het dagelijks leven. De betrouwbaarheid en validiteit van de schaal zijn goed (Haddock et al., 1999).
- Green Achterdochtige Gedachten Schaal (GAGS) is een vertaling van de Green Paranoid Thought Scales (GPTS) (Green et al., 2008). De lijst meet betrekkingsideeën en achtervolgingsideeën. De lijst bestaat uit twee schalen met zestien vragen: deel A meet betrekkingsideeën en deel B achtervolgingsideeën. De schalen zijn sensitief voor veranderingen in het psychotische toestandsbeeld (Green et al., 2008).

- Beck Depression Inventory II-NL (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; BDI-II-NL; Van der Does, 2002). Deze vragenlijst bepaalt aan de hand van 21 items de mate van depressiviteit. Een Nederlandse vertaling is betrouwbaar en valide (Van der Does, 2002b). Een lage score is gunstig.

De meeste modules zijn voor en na de training geëvalueerd met een instrument om veranderingen in de behandelde cognitieve tendens te meten.

- a. Kralentaak (Huq, Garety, & Hemsley, 1988) om overhaast concluderen te meten: module 2. De proefpersoon krijgt twee vazen voorgeschoteld. Een daarvan heeft voornamelijk groene kralen en een minderheid paarse kralen; de andere vaas heeft een tegenovergestelde verdeling. Er zijn twee versies: verhouding 85-15% (eenvoudig) en verhouding 60-40% (moeilijk). Na elke kraal is de vraag of de proefpersoon al weet uit welke vaas de kralen afkomstig zijn of dat hij nog een kraal wil trekken om daarover een besluit te nemen.
- b. Beck Cognitive Insight Scale (BCIS; Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman, 2004) om cognitieve flexibiliteit bij 'veranderen van overtuigingen' te meten: module 3. De BCIS bestaat uit vijftien vragen en meet zelfreflectie en overmatig zelfvertrouwen bij de interpretatie van de eigen ervaringen. De samengestelde score is zelfreflectie minus zelfvertrouwen; de schaal voorspelt mogelijk succes van cognitief-gedragstherapeutische behandeling van psychose. De validiteit van de schaal is goed (Beck et al., 2004).
- c. Hinting Task (Corcoran, Mercer, & Frith, 1995) om veranderingen bij de module 'inlevingsvermogen' te meten: module 4. De Hinting Task is een sociale cognitietoets en meet het vermogen om de intenties te bepalen die verscholen gaan achter indirecte verbale uitingen. De taak bestaat uit tien korte verhaaltjes met interactie tussen twee personen. Elk verhaaltje eindigt met een hint van de een aan de ander. De vraag is: Wat bedoelt hij eigenlijk?
- d. Een zelf ontwikkelde Geheugentaak (De Boer en Ferwerda, niet gepubliceerd) om de mate van geheugencorruptie te meten: module 5. De Geheugentaak probeert de mate van zelfvertrouwen bij foutieve reproductie uit het geheugen te meten.
- e. Self-Esteem Rating Scale-Short Form (SERS-SF 20; Lecomte, Corbière, & Laisné, 2004) om veranderingen in de zelfwaardering te meten bij de module 'stemming en eigenwaarde': module 8. De lijst meet positieve zelfwaardering en negatieve zelfwaardering in twee schalen met elk tien items. De schaal is gevalideerd op mensen met schizofrenie.

De module attributiestijl is niet onderzocht omdat deze bias nog

onderwerp is van wetenschappelijk debat. Naast de meetinstrumenten vulden de deelnemers aan het einde van de training een evaluatieformulier in over de MCT. De evaluatie betrof aspecten als zinvolheid, toepasbaarheid in dagelijks leven, duidelijkheid, plezier, aanbeveling aan anderen. (Dit evaluatieformulier is ook gebruikt in eerder onderzoek van Moritz en Woodward, 2007b.)

#### *Interventie*

De interventie bestond uit de MCT-procedure: acht sessies, de A-versie van de MCT.

#### *Resultaten*

Een overzicht van de resultaten van de interventie op de symptomen staat in tabel 1. Significante verschillen (significantieniveau 0.05) zijn zowel gevonden op de totale score van de Green Achterdochtige Gedachten Schaal als op de beide subschalen (schaal A: Sociale betrekkingsideeën, schaal B: Achtervolgingsideeën). Na afloop van de training was bij 13 van de 29 patiënten (44,82%) niet langer sprake van een klinisch paranoïde toestandbeeld (score op de GAGS < 68).

*Tabel 1. De effecten van de acht trainingssessies op psychopathologie.*

| Instrument    | Gemiddelde (sd) |               | t-value | p-value |
|---------------|-----------------|---------------|---------|---------|
|               | Voor            | Na            |         |         |
| GAGS A        | 45.41 (11.05)   | 38.45 (12.95) | 2.30    | .029*   |
| GAGS B        | 45.66 (12.01)   | 35.76 (15.38) | 2.74    | .011*   |
| GAGS total    | 91.07 (20.36)   | 74.20 (26.86) | 2.63    | .014*   |
| DRS cognition | 9.50 (4.23)     | 7.68 (3.18)   | 2.53    | .018*   |
| DRS emotion   | 5.07 (2.63)     | 3.31 (2.49)   | 2.67    | .012*   |
| DRS total     | 14.61 (6.44)    | 11.11 (5.02)  | 2.69    | .012*   |
| BDI           | 17.83 (10.57)   | 15.80 (9.43)  | 1.63    | .113    |

GAGS = Green Achterdochtige Gedachten Schaal; DRS = Delusion Rating Scale; BDI = Beck Depression Inventory; \* p < .05

Ook op de DRS is een significant verschil zichtbaar, wat wijst op een afname in de mate van overtuiging van waanideeën, afname van preoccupatie met de waan en afname van hinder in het dagelijks leven.

Op de Beck Depression Inventory II-NL is geen significante afname van depressieve klachten zichtbaar.

De resultaten van de training op de cognitieve tendensen staan in

tabel 2. Een significant verschil is gevonden na de JTC-module bij de 85-15 kralentaak. Na de sessie willen patiënten meer kralen zien voor ze een beslissing nemen. Op de 60-40 taak is geen significant verschil gevonden.

*Tabel 2. De effecten van de modules op de behandelde cognitieve tendens.*

| Instrument               | Gemiddelde (sd) |               | t-value | p-value |
|--------------------------|-----------------|---------------|---------|---------|
|                          | Voor            | Na            |         |         |
| Kralen 85-15             | 5.52 (3.96)     | 9.24 (7.37)   | -2.36   | .029*   |
| Kralen 60-40             | 8.53 (5.25)     | 11.00 (5.53)  | -1.34   | .203    |
| BCIS zelfreflectie       | 19.0 (5.35)     | 21.04 (6.45)  | -2.94   | .007**  |
| BCIS zelfvertrouwen      | 7.72 (3.47)     | 7.28 (3.71)   | .92     | .365    |
| BCIS samengestelde score | 11.24 (5.72)    | 12 (6.27)     | -2.35   | .027*   |
| Hinting-taak             | 16.33 (3.42)    | 17.50 (2.17)  | -2.02   | .055    |
| SERS positief            | 40.14 (9.51)    | 41.86 (12.16) | -1.18   | .252    |
| SERS negatief            | 42.0 (10.65)    | 39.52 (13.0)  | 1.06    | .300    |
| Geheugen                 | 1.66 (0.57)     | 1.36 (0.37)   | 0.35    | .073    |

BCIS = Beck Cognitive Insight Scale; SERS = Self-Esteem Rating Scale;  
\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Na de module verandering van overtuiging (BADE) is sprake van een significante toename in cognitief inzicht. Een significante verandering is gevonden bij de samengestelde score van de BCIS. Ook de score op de subschaal 'zelfreflectie', het vermogen om te reflecteren over eigen denken, verbetert significant. Op de Hinting-taak, de zelfwaardering-vragenlijst en de geheugentaak zijn geen significante verschillen gevonden.

Het consumentenoordeel, gemeten met een vragenlijst naar subjectieve waardering, over de MCT is uitstekend. Patiënten vinden de MCT zinvol, belangrijk, duidelijke qua doelstelling, bruikbaar in het dagelijks leven en 93% van de deelnemers van de pilotstudie raadt anderen de training aan.

## Discussie

Het onderzoek laat zien dat na de MCT wanen en achterdochtige gedachten verminderen bij een groep klinisch paranoïde schizofreniepatiënten. Patiënten zijn na afloop minder depressief, maar dit resultaat is niet significant. Ondanks het gebrek aan significantie is dit resultaat wel relevant, omdat bekend is dat toename van inzicht gepaard gaat met een toename van depressieve symptomen (Lincoln, Lullmann, & Rief, 2007). Dit is bij de MCT niet het geval. Een moge-

lijke verklaring is dat bij MCT de nadruk niet ligt op psycho-educatie over psychopathologie, maar op uitleg over de wijze waarop buitengewone ervaringen en (te) sterke opvattingen ontstaan ten gevolge van cognitieve tendensen binnen ongestoorde psychologische processen. Volgens Lincoln en collegae (2007) leiden in een dergelijk kader aangereikte compenserende strategieën eerder tot functionele coping dan depressie en hopeloosheid.

De resultaten op de geheugentaak zijn niet significant. De hypothese was dat er een vermindering van geheugencorruptie zou optreden. De geheugentaak is door onszelf ontwikkeld en op dit moment zijn geen gegevens beschikbaar over de betrouwbaarheid en de validiteit van het instrument. Dit maakt het lastig de resultaten op deze taak te interpreteren. Het is denkbaar is dat het resultaat is beïnvloed door gebrek aan concentratie na de sessie of vermoeidheid, maar ook interferentie van de voormeting op de nameting zou een verklaring kunnen zijn.

Ook is geen significante verbetering gevonden in de zelfwaardering. Een aannemelijke verklaring is dat de module 'stemming en eigenwaarde' zich beperkt tot algemene uitleg over de wijze waarop negatieve zelfwaardering bijdraagt aan depressie en kan worden veranderd, maar de eigenwaarde van de patiënt niet rechtstreeks aanpakt.

De studie heeft een aantal tekortkomingen. Zo vond er geen vergelijking plaats met een controlegroep. Een andere tekortkoming is het ontbreken van een follow-up. Daardoor is het onduidelijk of de veranderingen in de cognitieve tendensen blijvend zijn. Naar aanleiding van de resultaten van de pilotstudie is er inmiddels een gerandomiseerde studie (RCT) gestart om de effecten van de MCT op cognitieve tendensen en psychopathologie te onderzoeken. In deze studie vindt een follow-upmeting plaats om deze vraag te beantwoorden.

Een andere bezwaar is dat de diagnoses van de deelnemende patiënten afkomstig zijn uit de patiëntendossiers waarbij de mate van paranoia alleen is onderzocht met de GAGS-vragenlijst. Ook is in de studie niet gecontroleerd op medicatie-effecten tijdens de MCT. Hoewel dit een tekortkoming is aan de studie, zijn we van mening dat het zeer onwaarschijnlijk is dat de verbeteringen in het psychotische toestandbeeld te wijten zijn aan effecten van medicatie. Alle patiënten waren al jaren in behandeling in een divisie voor de langdurende zorg en gestabiliseerd met behulp van antipsychotische medicatie. De grootste verbeteringen van psychotische symptomen vinden plaats in de eerste weken van de behandeling (Agid, Kapur, Arenovich, & Zipursky, 2003).

### Conclusie

De laatste twee decennia zijn meer aanwijzingen gevonden voor de belangrijke rol van cognitieve tendensen bij het ontstaan en voortduren van psychotische symptomen (met name wanen en hallucinaties). Het doel van de MCT is het aanscherpen van (metacognitief) besef en kennis over deze tendensen, inclusief de betekenis en vertaling ervan naar het dagelijks leven van patiënten. Meerdere studies naar uitvoering, veiligheid en waardering rapporteren een lage drop-out en een hoge subjectieve waardering. Deelnemers ervaren de training als plezierig, zinvol en bruikbaar en waarderen dat de nadruk niet ligt op diagnose en psychopathologie.

Uit onze studie blijkt dat een aantal modules van de MCT in korte tijd verbetering oplevert van cognitieve tendensen en dat dit gepaard gaat met vermindering van wanen en achterdochtige gedachten. Deze eerste resultaten zijn veelbelovend. Na meerdere studies naar de toepassing en werkzaamheid en meta-analyse kan de MCT mogelijk een plaats verwerven in de richtlijnen.

Uitbreiding van de training met op maat ontworpen oefeningen en huiswerkopdrachten lijkt zinvol om de effecten van cognitieve tendensen in het dagelijks leven te ervaren, te herkennen en te controleren en om het geleerde te waarborgen. In dit kader is ook de MCT+ ontwikkeld voor gebruik in individuele therapeutische sessies. Deze training is nog niet in het Nederlands beschikbaar, maar Engelse en Duitse versies zijn te downloaden via [www.uke.de/mkt](http://www.uke.de/mkt).

---

**ABSTRACT** Cognitive biases are associated to the formation and maintenance of delusions. We tried to demonstrate that metacognitive training can make patients aware of these biases and correct them. The effects of eight sessions of metacognitive training have been evaluated in an uncontrolled study with 29 clinically paranoid schizophrenia patients. Paranoid thoughts and delusions diminished. Data gathering and cognitive flexibility improved and theory of mind showed a tendency to improve as a result of targeted training. Depression, self-esteem and knowledge corruption were unaffected in this study. We concluded that metacognitive training is a promising intervention in the psychological treatment of delusions.

---

## Referenties

- Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., & Roesch-Ely, D. (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*, 207-211.
- Agid, O., Kapur, S., Arenovich, T., & Zipursky, R.B. (2003). Delayed-Onset Hypothesis of Antipsychotic Action. A Hypothesis Tested and Rejected. *Archives General Psychiatry, 60*, 1228-1235.
- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., & Warman, D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research, 68*, 319-329.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *BDI-II Manual. The Psychological Corporation*. San Antonio (Texas): Harcourt Brace & Company.
- Bentall, R.P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. In: A.S. David (Ed.), *The neuropsychology of schizophrenia* (pp. 337-360). Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia: Meta-Analysis. *Schizophrenia Research, 109*, 1-9.
- Brüne, M. (2005). 'Theory of mind' in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 31*, 21-42.
- Combs, D.R., Penn, D.L., Chadwick, P., Trower, P., Michael, C.O., & Basso, M.R. (2007). Subtypes of paranoia in a nonclinical sample. *Cognitive Neuropsychiatry, 12*(6), 537-553.
- Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, F.D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 17*(1), 5-13.
- Danion, J.M., Cuervo, C., Piolino, P., Huron, C., Riutort, M., Peretti, C.S., et al. (2005). Conscious recollection in autobiographical memory: an investigation in schizophrenia. *Consciousness and Cognition, 14*, 535-547.
- Does, A.J.W. van der (2002). *BDI-II-NL; Handleiding Beck Depression Inventory-II*, Ned. vertaling en bewerking. Lisse: Swets Test Publisher.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review, 27*, 425-457.
- Freeman, D., Pugh, K., & Garety, P. (2008). Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population. *Schizophrenia Research, 102*, 254-260.
- Fugelsang, J.A., Stein, C.B., Green, A.E., & Dunbar, K.N. (2004). Theory and data interactions of the scientific mind: evidence from the molecular and the cognitive laboratory. *Canadian Journal of Experimental Psychology, 58*, 86-95.
- Green, C.E.L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P.A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine, 38*, 101-111.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E.B. (1999). Scales to



- measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Huq, S.F., Garety, P.A., & Hemsley, D.R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40(4), 801-812
- Janssen, I., Versmissen, D., Campo, J.A., Myin-Germeys, I., Os, J. van, & Krabbendam, L. (2006). Attribution style and psychosis: evidence for an externalizing bias in patients but not in individuals at high risk. *Psychological Medicine*, 36, 771-778.
- Kerr, N., Dunbar, R.I., & Bentall, R.P. (2003). Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73, 253-259.
- Kinderman, P. & Bentall, R.P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 341-345.
- Krstev, H., Jackson, H., & Maude, D. (1999). An investigation of attributional style in first-episode psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 181-194.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2004). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 143(1), 99-108.
- Lincoln, T.M., Lullmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1324-1342.
- Moritz, S. & Woodward, T.S. (2005). Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology* 44, 193-207.
- Moritz, S. & Woodward, T.S. (2006a). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatric Research*, 142, 157-165.
- Moritz, S. & Woodward, T.S. (2006b) The Contribution of Metamemory Deficits to Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 15-25.
- Moritz, S. & Woodward, T.S. (2007a). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinions in Psychiatry*, 20, 619-625.
- Moritz, S. & Woodward, T.S. (2007b). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry*, 10, 69-78.
- Moritz, S., Woodward, T.S., Burlon, M., Braus, D.F., & Andresen, B. (2007). Attributional style in schizophrenia: Evidence for a decreased sense of self-causation in currently paranoid patients. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 371-383.
- Moritz, S., Woodward, T.S., & Rodriguez-Raecke, R. (2006). Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them. *Psychological Medicine*, 36, 659-667.
- Phillips, M.L., & David, A.S. (1995). Facial processing in schizophrenia and delusional misidentification: cognitive neuropsychiatric approaches. *Schizophrenia Research*, 17, 109-114.

- Premack, D.G. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526.
- Ross, K., Freeman, D., Dunn, G., & Garety, P. (in press). A randomized experimental investigation of reasoning training for people with delusions. *Schizophrenia Bulletin* (advance access juni 11, 2009).
- Uekermann, J., Channon, S., Lehmkamper, C., Abdel-Hamid, M., Vollmoeller, W., & Daum, I. (2008). Executive function, mentalizing and humor in major depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 55-62.
- Dael, F. van, Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Os, J. van, & Krabbendam, L. (2006). Data gathering: biased in psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, 32, 341-351.
- White, L.O. & Mansell, W. (2009). Failing to ponder? Delusion-prone individuals rush to conclusions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(2), 111-124.
- Woodward, T.S., Buchy, L., Moritz, S., & Liotti, M. (2007). A bias against disconfirmatory evidence is associated with delusion proneness in a nonclinical sample. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1023-1028.
- Woodward, T.S., Moritz, S., Cuttler, C., & Whitman, J.C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 605-617.
- Woodward, T.S., Moritz, S., Menon, M., & Klinge, R. (2008). Belief inflexibility in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 13, 267-277.