



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

Gesprekken met psychotische mensen

Een psychose ontstaat doordat het dopaminesysteem gesensitiseerd raakt. Dopamine is betrokken bij lust, orgasme, genieten en beloningsleren, en zet het organisme aan tot gratificatie zoeken. Bij laatadolescenten en jongvolwassenen is het normaal dat het dopaminesysteem enigszins overactief is. Bij laatadolescenten werkt het lustcentrum volop. De jongere zoekt relatief veel genot en extreme ervaringen, en doet dat veelal impulsief. Een ander deel van ons brein, de frontale kwab, is nog maar net begonnen met rijping. Daar zit de rem die pas effectief werkzaam wordt in de volwassenheid, vanaf ongeveer 24 jaar. Daarom gebruiken jongeren levensbedreigende drugs, terwijl zij wel degelijk geleerd hebben over het gevaar. Daarom hebben de meeste jongeren onbeschermd seks voor de eerste keer, terwijl de condoms in de portemonnee zitten. Daarom roken ze tabak, omdat ze het negatieve langetermijneffect niet voelen. Daarom slopen ze een stadje als Haren, omdat de anderen dat ook doen. ‘Denk na voor je iets doet,’ is bij adolescenten aan dovemansoren gericht. Ze kunnen niet nadenken, want de frontale gebieden die een volwassen mens weerhouden van onmiddellijke gratificatie van verlangens zonder rekening te houden met de gevolgen, zijn nog niet voldoende uitgerijpt.

Het enigszins gesensitiseerde dopaminesysteem wordt vanzelf gedowntuned in de volwassenheid. Maar soms gaat het mis. Mensen met bijvoorbeeld kindermisbruik in het verleden, een zwakke realiteitszin en veel stress in de huidige situatie kunnen een langdurig gesensitiseerd systeem hebben. De sensitisatie kan nog scherper afgesteld raken, waarna we spreken van een *at risk mental state* (ARMS). Een mogelijke eerste psychose ligt dan op de loer. Dit hangt samen met een tekort aan omegavetzuren in het brein (Bondi et al., 2014). En ook kindermisbruik in de vroege jeugd toont een dosis-responsrelatie tussen de hoeveelheid misbruik en de hoeveelheid ARMS-klachten, wat op een causale relatie duidt (Varese et al., 2012). Dat verband blijft intact, ook als er gecorrigeerd wordt voor erfelijkheid (van Winkel, van Nierop, Myin-Germeys, & van Os, 2013).

Dopamine speelt dus een rol bij het omgaan met nieuwe, potentieel belonende, maar ook potentieel gevaarlijk situaties. Als er zich een nieuwe situatie voordoet, komt er dopamine vrij in de hersenen. De aandacht raakt dan gefocust op de nieuwe stimulus, die als persoonlijk belangrijk wordt ervaren en waarop men moet gaan reageren. Dit is een betekenisvolle situatie. Als een kat een muisje

ziet verdwijnen in een holletje, dan duikt ze in elkaar, richt haar blik voortdurend op het holletje, is gedurende lange tijd niet meer afleidbaar door andere prikkels en spant al haar spieren om, zodra het muisje weer verschijnt, binnen milliseconden op hem af te springen en hem te vangen. Dat is wat dopamine doet. Maar wat nu als er plots dopamine vrijkomt op het moment dat je naar het nieuws kijkt? De nieuwslezer zegt dat er storm op komst is, en kijkt je daarbij strak aan. Spreekt hij tot jou? Wat bedoelt hij met die storm? Bedoelt hij dat het gevaarlijk is om naar buiten te gaan? Is het een gecodeerd bericht om mij te waarschuwen?

Of je ziet een bos sleutels op tafel liggen en je krijgt een sterke emotie. Wat is er met die sleutels? Lagen ze er daarnet ook al? Heeft iemand ze daar neergelegd? Is er iemand in huis? Moet ik de deuren afsluiten? Of juist niet?

Je moeder Ria is pas gestorven. Je hebt vannacht van haar gedroomd. Bij de bushalte staat een vrouw met een ander te praten. Ze heeft het over Ria en ze noemt die naam steeds. Als je uitstapt, hoor je een smartlap over afscheid nemen en rouw. Je weet zeker dat het liedje voor jou op de radio gespeeld wordt.

Deze drie voorbeelden tonen allemaal de effecten van dopamine-toename in de hersenen op momenten dat er eigenlijk niet zo veel belangrijks gebeurt, maar waarin dopamine die momenten persoonlijk belangrijk maakt: je begint ze een betekenis te geven. Al hebben ze geen betekenis en berusten ze op toeval, je geeft ze een betekenis. Het is geen toeval, er is sprake van oorzakelijkheid.

Een dopaminesysteem dat te scherp is afgesteld leidt ook tot meer intrusieve ervaringen en tot meer waarnemingsstoringen, zoals: het horen van een stem of geroezemoes; het zien van mensen die anderen niet zien; het gevoel hebben dat je niet de controle over je gedachten hebt; het gevoel dat er betekenissen schuilen in advertenties, opschriften, etalages; een gevoel dat iets belangrijks staat te gebeuren dat mogelijk bedreigend is; het idee dat anderen zich met je bemoeien en je mogelijk kwaad willen doen. Op deze wijze ontstaan mogelijke misvattingen over wat er aan de hand is. Soms leiden die tot een waanzekerheid, waarin geen twijfel meer mogelijk is en er sprake is van een psychose. Veel complottheorieën zijn een soort collectieve wanen, zoals de gedachte dat het aidsvirus door het leger is gemaakt; dat de Twin Towers in New York door Amerika zelf zijn opgeblazen; dat de aanslag op de Parijse synagoge niet door moslims is gepleegd, maar door de Israëliische geheime dienst; dat de reis naar de maan nooit heeft plaatsgevonden, maar in Hollywood gefilmd is; dat de vrijmetselaars bezig zijn de wereld over te nemen. We hebben allemaal de ervaring dat het lastig is om te spreken met iemand die een complottheorie aanhangt. Over allerhande zaken kun je met hem spreken, je kunt samen plezier om vele zaken

maken, maar kom je bij het complot, dan vergroot de afstand zich, er is geen relativering mogelijk, het geloof is onwrikbaar en bestand tegen elke tegenwerping, de humor en nabijheid met de ander zijn verdwenen. Dit kan ook makkelijk tot conflicten leiden en soms eindigt een vriendschap. Dit is ook kenmerkend voor gesprekken met psychotische mensen en drijft familieleden en andere nauw betrokkenen tot wanhoop. Hoe hiermee om te gaan? Hoe krijgen we toegang tot de burcht van de waan? Hoe krijgen we de waanlijder zo ver dat de waan minder belangrijk wordt en zijn gedrag niet langer bepaalt?

VOORBEELDEN

Als iemand vertelt dat hij na een avondje uit op weg naar huis is beroofd en in elkaar geslagen, is het niet moeilijk om met medeleven te reageren. Het kost geen moeite om je in de ander te verplaatsen. Maar als iemand vertelt dat hij door zijn bovenburen wordt afgeluisterd, dat hij soms hoort hoe zij microfoons door de verwarmingspijpen laten zakken en zijn televisie gebruiken als camera om te zien wat hij allemaal doet, dan is de eerste reactie meestal geen medeleven ('Wat naar van die burens. Je zult je wel onvrij en geïntimideerd voelen'), maar ontkenning ('Joh, dit kan toch helemaal niet? Een tv is toch geen camera? En voor die microfoons zouden ze toegang moeten maken tot hun eigen verwarmingsbuizen, en dan loopt het daar helemaal onder water; kokend water').

Wie ontkend wordt in de waarheid, die voelt zich aangevallen. Wie aangevallen wordt, trekt de ophaalbrug op en stopt met praten. Niet doen dus. Het is van groot belang geen aanval op een waangedachte te doen, of te zeggen dat het allemaal niet kan. Ten slotte kent de patiënt zijn eigen geschiedenis en wij niet. We moeten daarom de correctheid van de waan accepteren als werkhypothese over de gebeurtenissen en motieven van anderen.

Hoe de burcht van de waan toegankelijk te maken voor andere opvattingen? Jericho is niet gevallen door met een stormram op de poorten af te gaan, pijlen te schieten, stenen te slingeren of brand te stichten. Jericho is gevallen door de ramshoorn. Het was een stad van de Kanaänieten, en de Joden eisten dat die het land zouden verlaten. Toen ze dat niet deden, volgde een belegering. De belegeraars hebben zes opeenvolgende dagen een tocht rond de stadsmuur gelopen, waarbij ze op de ramshoorn bliezen. Op de zevende dag liepen zij zeven rondes om de stad, bliezen daarna op de ramshoorn en juichten. De muur stortte in. De enige rationele verklaring die ik kan bedenken, is dat de ramshoorn naast hoorbaar geluid ook ultrasoon geluid produceerde, waardoor steen verpulverde. De meeste ongelo-

vigen zullen beweren dat de ramshoorn geen ultrasoon geluid produceert. Wat doe je als westers postrenaissance-, postverlichtings- en postindustriële mens dan met het verhaal over Jericho uit de bijbel?

De les is dat als je niet tot de waan wordt toegelaten om die te onderzoeken, je er wel omheen moet blijven lopen. Cognitief gedragstherapeuten gebruiken geen hoorn, maar socratisch vragen. Elke socratische vraag is naast een inhoudelijke vraag met een inhoudelijk antwoord ook een vraag die door de bereidheid te antwoorden voeding geeft aan twijfel en aan het toegeven veel niet te weten. Het cement van de bouwstenen van de waan verliest dan zijn bindende kracht.

Therapeut (hierna Th): 'Dus er zijn mensen in de buitenwereld die het op je gemunt hebben?'

Patiënt (hierna P): 'Ik vertrouw eigenlijk niemand meer.'

Th: 'Nee, ik begrijp wel dat je allerlei veiligheidsmaatregelen genomen hebt. In Den Haag wonen een kleine 600 duizend mensen. Hoeveel denk je dat er in het complot zitten?'

P: 'Dat weet ik eigenlijk niet.'

Th: 'Niet? Maar hoe weet je dan hoeveel veiligheid je moet organiseren? Als er dadelijk duizend voor de deur staan met wapens, dan helpen die paar extra sloten je niet!'

P: 'Nou ja, duizend is wel wat veel. Ik denk dat ze met een paar mensen komen.'

Th: 'Een paar? Twee of drie dus?'

P: 'Ja.'

Th: 'Is de moord op jou politiek gemotiveerd? Heb je de profeet gekwetst? Gaat het om een oude vete? Heb je mensen belazerd die hun gram komen halen? Of heb je de dealer een keer niet betaald? Wat is er gebeurd en wie hebben je ooit bedreigd?'

P: 'Ik ben altijd gepest op school en niemand hielp me.'

Th: 'Je moet je eenzaam en bedreigd hebben gevoeld.'

P: 'Ja, soms heb ik die gevoelens weer en dan denk ik ook weer dat er dreiging is.'

Th: 'Eenzaam en in gevaar voelen is deel van je geworden, en dat kleurt nu je dagen?'

P: 'Ja, zo is het.'

Th: 'Je stemming bepaalt vaak je gedachten. Het zijn niet zozeer gebeurtenissen waarbij iemand zich dreigend tegen je uitlaat.'

P: 'Ja, dat klopt.'

Th: 'Heeft iemand je deze week bedreigd in woord of in daad?'

P: 'Nee, alleen boze blikken als ik buiten loop.'

Th: 'Dus als je je eenzaam en bedreigd voelt, en je gaat dan naar buiten, dan valt je op dat mensen boos naar je kijken?'

P: 'Ja.'

In bovenstaande dialoog is de dreiging van buiten veranderd in een innerlijke stemming, die de waarneming selectief maakt voor boze gezichten. Een socratische dialoog, waarin per millimeter genormaliseerd wordt, maakt van waanopvattingen vaak gewone begrijpelijke angsten.

Wanen zijn niet meer per definitie foutief in de DSM-5, zoals ze nog wel waren in de DSM-IV. Er is nu nog maar een globaal onderscheid met andere stevige overtuigingen: 'Delusions are fixed beliefs that are not amenable to change in light of conflicting evidence. Their content may include a variety of themes (e.g. persecutory, referential, somatic, religious, grandiose) [...] Delusions are deemed bizarre if they are clearly implausible and not understandable to same-culture peers and do not derive from ordinary life experiences [...] The distinction between a delusion and a strongly held idea is sometimes difficult to make and depends in part on the degree of conviction with which the belief is held despite clear or reasonable contradictory evidence regarding its veracity' (American Psychiatric Association, 2013). Dus ook de wanen komen meer en meer in het domein van de *abnormal psychology*, en uit het domein van de stoornissen, onveranderlijke beperkingen en defecten.

¶ De spin zit midden in het web

Wanen delen veel kenmerken met andere sterke overtuigingen. Een sterke overtuiging heeft veelal de conceptuele structuur van een spinnenweb. De kernopvatting vormt het middelpunt van het web en daaromheen liggen kringen van andere concepten, van dichtbij tot steeds verder van het centrum. Het hele web schraagt de centrale opvatting. Als een perifere draad van het web het begeeft, blijft het web toch intact en kan het verder versterkt worden. Pas als meerdere perifere draden en knooppunten het begeven, kan het web in elkaar klappen.

Een voorbeeld is de kernopvatting: 'Ik ben katholiek.' Meer perifere opvattingen zijn dat katholieken op vrijdag geen vlees mogen eten, dat een door de priester geheiligde hostie het lichaam van Christus is geworden, of dat de duivel bestaat. Een katholiek die op vrijdag vlees eet, kan zich toch katholiek blijven voelen en noemen. Pas als meerdere perifere opvattingen sneuvelen, wordt de centrale overtuiging ontkracht.

Zo is dat ook bij wanen. Heel vaak zijn de centrale overtuigingen identiteitsopvattingen, zoals: 'Ik ben een levende dode.' De meer perifere opvattingen zijn opvattingen over gedrag, zoals 'doden hoeven niet te eten of te drinken, want ze hebben geen honger en dorst meer', 'doden hebben geen bloedsomloop', of 'doden hebben geen hartslag'. Het is als therapeut belangrijk om kernopvattingen en perifere opvattingen goed in kaart te brengen, en vervolgens het

uitdagen aan te vangen bij een perifere opvatting. Ook daar moet voorzichtigheid betracht worden. Wie van therapie een spelletje kip-ik-heb-je maakt, verliest. Daarvan getuigt de volgende anekdote.

..... Een patiënt komt bij zijn dokter (D) en beklagt zich:
 P: 'Wat me nu weer overkomen is. Ben ik twee weken geleden ineens overleden!'
 D: 'Overleden? Maar je bent nu hier?'
 P: 'Ja, afspraak is afspraak.'
 D: 'Ja, maar je hebt nu toch geen bloedsomloop meer?'
 P: 'Ik dacht dat je dokter was. Natuurlijk hebben doden geen bloedsomloop!'
 Daarop prikt de dokter onverwacht met een diabetespen in de vinger van de patiënt, waarna een druppel bloed verschijnt.
 P: 'Verrek, doden hebben wel een bloedsomloop.'

Wat hier zichtbaar wordt, is een mechanisme dat werkzaam is in alle overtuigingsnetwerken. Falsificatie van een perifere opvatting leidt niet tot het sneuvelen van de kernopvatting, maar tot het aanpassen van de perifere opvatting aan de heersende kernopvatting. Zo blijven persoonlijkheden, culturen, gewoonten en religieuze opvattingen een leven lang bestand tegen uiteenvallen of al te grondige herziening. Zo kan paranoia ook beschermen tegen veranderingen. Witwaspraktijken en corruptie van politici brengt mensen niet tot de opvatting dat het rekruteren van ambtsdragers moet veranderen, maar dat er sprake is van een complot van duistere krachten, die dit thema steeds voor de verkiezingen ter sprake brengen, louter en alleen om het ongeschonden blazoën van de partij te bevullen en hardwerkende onschuldige politici pootje te haken.

¶ De buizerds boven Delft

Julia, een jonge vrouw die in Delft woont, wordt bespioneerd door buizerds. Op bepaalde dagen komen ze. Ze bespieden haar, zodat de geheime dienst weet wat zij doet. Het gebruik van *drones* valt te veel op. Deze buizerds zijn getraind en hebben ongelooflijk scherpe ogen. Die zijn voorzien van een camera, waardoor ze alle details kunnen waarnemen vanaf grote hoogte. Het enige dat opvalt is dat het buizerds zijn. Die eten vooral muizen en mollen, en in de stenen omgeving van de steden zie je ze eigenlijk nooit. Julia ziet ze echter steeds in groepen en ze cirkelen steeds boven haar hoofd. Google en YouTube worden ingezet als bron van informatie. Hoe zit dat met buizerds? Hoeveel zijn er in Nederland? Hoe goed zijn ze trainbaar? Hoe komt het dat buizerds boven de stad vliegen? In de volgende sessie kwam Julia met het volgende krantenbericht:

DELFT ZET BUIZERDS IN TEGEN MEEUWEN

De gemeente Delft zet buizerds in tegen meeuwen die vuilniszakken openpikken. Valkeniers laten elke woensdagochtend, wanneer de vuilniszakken buiten staan, hun buizerds boven de stad vliegen. Dat meldt Omroep West. Door de aanwezig-

heid van de buizerds gaan meeuwen hoger in de lucht vliegen. Pas als de buizerds weg zijn, komen de meeuwen weer op de grond. De vuilniszakken zijn dan al door de reinigingsdienst opgehaald.

(Algemeen Dagblad, 23 november 2011)

Even dacht Julia dat de geheime dienst het bericht geplaatst had om haar in slaap te sussen, maar dat vond ze toch te paranoïde gedacht. Ze was niet gek. Er waren dus wel degelijk steeds groepen buizerds boven Delft op woensdag. De spionagehypothese sneuvelde in het licht van de meeuwenhypothese.

¶ De achtervolger achtervolgd

Iemand meldt dat hij wordt achtervolgd als hij op straat loopt. Hij kijkt steeds om of niemand hem volgt, en als er iemand achter hem loopt, verdenkt hij degene meteen van achtervolging. Deze situatie komt in allerlei varianten heel veel voor, in winkels, op straat, op stations en op allerlei andere plaatsen. Experimenteel leren door middel van gedragsexperimenten is de krachtigste en snelste cognitief gedragstherapeutische interventie. Na wat inleidende vragen kan steeds worden vastgesteld dat de ander achtervolgt, omdat dit al enige tijd zo is en misschien omdat bij keuzepunten als zijwegen de achtervolger steeds dezelfde keuzes maakt. Het onzekere is dat de ander geen bekende is en dat niet zeker is of er sprake is van intentionele achtervolging of toevallig dezelfde route lopen. Als de patiënt ermee instemt, kan een gedragsexperiment opgezet worden. Dit kan door het testen van de achtervolger, en wel door verarring te zaaien. Echter, de keuze in het experiment om door te lopen en lukraak zijstraten in te slaan zal bij elke bevestigde achtervolgingskeuze de angst doen toenemen, maar niet de onzekerheid over de intentionele of toevallige achtervolging definitief bevestigen of weerleggen. Hooguit wordt de achtervolgingshypothese waarschijnlijker. Het is beter als de achtervolgde omkeert, de achtervolger tegemoet loopt en observeert wat die doet.

Therapeut: 'Houdt uw achtervolger even in op het moment dat u omkeert, of loopt hij door? Kijk de achtervolger bij het passeren niet aan, maar loop tien passen door en kijk dan pas om. Kijkt hij ook

om? Of loopt hij gewoon door? Als hij doorloopt, was er van achtervolging geen sprake.'

Dit experiment is meerdere malen met succes uitgevoerd en geeft de patiënt onmiddellijk een instrument in handen om de realiteit ook in toekomstige verdachte momenten te kunnen toetsen.

¶ *Gedachte-uitzending*

Sommige patiënten zijn ervan overtuigd dat hun gedachten hoorbaar zijn voor anderen. Op de eenvoudige vraag of anderen daarover geklaagd hebben, is het antwoord doorgaans ontkennend. Anderen zullen nooit zeggen dat zij de gedachten van de patiënt horen, want dat geeft ze een voordeel in de strijd met de patiënt. Het complot is dat niemand het ooit toegeeft, maar ondertussen wel alles weet van de patiënt, inclusief zijn zonden. Dan is er geen uitdagen meer mogelijk. Het heeft ook geen zin de patiënt aan te sporen om navraag bij anderen te doen, want ze zweren toch samen. In dit paranoïde isolement helpt troost of begrip zoeken niet meer. Alleen de ultieme verrassingsaanval biedt uitkomst: het uitzenden van gedachten die zo alarmerend zijn, dat het onverstandig zou zijn van de ontvanger om niet te reageren. Voorbeelden: 'Pas op, je jas staat in brand', 'Je gulp staat open', 'Ik zie je jongheer', 'Er valt een grote bloempot op je hoofd als je niet wegspringt' of 'Er komt bloed uit je ogen'. Als de patiënt deze gedachten met grote frequentie en intensiteit uitzendt en er volgt geen reactie, zal de overtuiging afnemen dat de ander de gedachten werkelijk hoort.

¶ *Geesten die geestelijke nood veroorzaken*

Djinns zijn kleine geesten geschapen uit rookloos vuur. De Koran is zowel voor de mensen als voor de djinns geschreven. In de westerse cultuur wordt veelal gesteld dat geesten niet bestaan, en bij de meeste mensen van 8 jaar en ouder vindt die gedachte ook aanhang. Bij moslims is het ontkennen van djinns hetzelfde als afvallig worden en dan hebben geloofsgenoten de heilige plicht de afvallige te doden. Zowel doodsangst als geloofsijver maakt twijfel aan djinns onmogelijk. Toch zien we dat veel (rand)psychotische moslims bang zijn om door een kwade djinn bezeten te worden (vergeet niet dat de meeste djinns ook godvruchtige moslims zijn), waarna krankzinnigheid volgt. De vraag is hier dus niet of de djinns er zijn, maar waarom de djinns de patiënt als slachtoffer hebben gekozen. Djinns wonen bij mensen in huis, meestal op vochtige plekken als gootstenen, douches en wc's. Mensen kunnen hun angst voor djinns bezweren door het uitspreken van Soerah al-Falaq (113) en Soerah an-Naas (114), waarin de hulp van Allah wordt ingeroepen tegen de kwade geest. Maar een moslim wordt kwetsbaarder voor kwade djinns als hij een tijd lang niet vijf maal per dag heeft gebe-

den. De vraag blijft of er nu echt kwade djinns in zijn badkamer huizen of alleen godvruchtige djinns. Ook hier is geen dispuut mogelijk. Alleen een gedragsexperiment biedt uitkomst, maar dat vereist moed. Oprecht geloof in Allah en zijn profeet moet hier die moed verschaffen. De patiënt, die al maanden 's nacht op een emmer plast in de echtelijke slaapkamer, gaat elke nacht vijf minuten met zijn broek omlaag en het licht uit op het toilet zitten. Als hij na een week niet stapelgek is geworden, kan het geen kwade djinn zijn geweest, die hem heeft willen bezitten.

BESLUIT

De kern van de cognitieve gedragstherapie is de methodische twijfel die door Descartes in ons denken geïntroduceerd is, maar in het boeddhisme al meer dan twee millennia bestaat. Die komt erop neer dat de waarheid relatief is, en bepaald wordt door de context en de lokale consensus. De opvatting van de bodhisattva (zoeker van verlichting) bestaat uit het besef dat er meerdere perspectieven zijn op de werkelijkheid. De werkelijkheid bestaat uit accepteren dat er meerdere werkelijkheden zijn, die alle onzeker zijn. Dit geeft een opmerkelijke gemoedsrust en de drang tot handelen neemt af, omdat elke handeling op een zekere willekeur berust.

De cognitieve gedragstherapie heeft dit kenmerk met het boeddhisme gemeen. Het komt in de behandeling van psychotische patiënten sterk tot uitdrukking. De ene werkelijkheid is niet werkelijker dan de andere werkelijkheid. Het gaat er dan ook niet om de waan te vervangen door de waarheid, maar om twijfel te brengen en meerdere werkelijkheden open te houden, die alle een zekere waarschijnlijkheid hebben. Daarmee neemt de angst af en ook de neiging om het gedrag aan te passen aan de dominante overtuiging.

TIPS EN TRICKS, DO'S EN DONT'S

- ▶ Het is van belang om de waan niet te attaqueren, maar om er liefdevol mee om te gaan. Het voorzichtig nadenken over alle *ins and outs* van samenzweringen of bizarre wanen leidt ertoe dat er nieuwe perifere opvattingen kunnen ontstaan, die als zij eenmaal geïncorporeerd zijn in het bestaande opvattingennetwerk de uitwerking van een paard van Troje kunnen hebben. De stabiliteit van de kernopvatting wordt gerelativeerd en vervolgens kunnen gedragsexperimenten gebruikt worden om vermijdingsgedrag af te breken.

- ▶ Het is aan te raden om veel de ‘advocaat van de duivel’ te zijn. Een gesprek met een psychotische patiënt wordt gepresenteerd als een rollenspel, maar de therapeut kan wel opvattingen ventileren en vragen stellen, zonder dat de persoonlijke relatie op het spel gezet wordt. Het is immers spel, en de therapeut speelt een rol.
- ▶ Veel relativering kan bereikt worden door de uiterste grenzen op te zoeken en de consequenties daarvan te onderzoeken. Een voorbeeld is te vinden bij de man die denkt dat hij het verdient gedood te worden, omdat hij ooit zijn moeder dood heeft gewenst. Therapeut: ‘Verdienen alle mannen die wel eens gedacht hebben: “Moeder, val dood” het om gedood te worden? Zou het niet een veel ergere straf zijn als je moeder nu echt binnenkort doodgaat en jij levend achterblijft?’ Dit kan gecontrasteerd worden met de gedachte een familielid dood te wensen, die tot de veelvoorkomende obsessieve gedachten onder de normale bevolking behoort (Rachman & De Silva, 1978).
- ▶ Belangrijk om voortdurend in gedachten te houden is dat veranderde cognities weliswaar kunnen leiden tot veranderde gevoelens en veranderd gedrag, maar dat het een voorwaardelijke associatie betreft. Wat dat betreft is gedragsverandering een veel krachtiger mechanisme om te herstellen. Veranderd gedrag brengt altijd veranderde gedachten en veranderde emotie met zich mee. Het gedragsexperiment speelt daarom een doorslaggevende rol bij psychotische patiënten. Het wordt op eigen kracht uitgevoerd en de gewijzigde *harm expectancies* zijn het gevolg van eigen experiëntieel leren. Gedragsexperimenten maken de patiënt tot eigenaar van zijn eigen verandering en besparen hem een heleboel vruchteloos gepraat.

CONCLUSIE

Als gesprekken met psychotische patiënten vastlopen, dan is dat een signaal dat logica en redeneren niet het antwoord zijn op de gepresenteerde problemen. Zodra de therapeut signaleert dat de dialoog stopt, het denken bij de ander stopt, de luiken dichtgaan en de volgende afspraak verzuimd wordt, is het tijd om gezamenlijk na te denken welk gedragsexperiment de patiënt kan uitvoeren om nieuw licht te werpen op de stand van zaken.

PROF. DR. MARK VAN DER GAAG is klinisch psycholoog, psychotherapeut en cognitief gedragstherapeut. Hij is hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en hoofd psychoseonderzoek bij Parnassia Den Haag.

Referenties

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bondi, C. O., Taha, A. Y., Tock, J. L., Totah, N. K., Cheon, Y., Torres, G. E. ... Moghaddam, B. (2014). Adolescent behavior and dopamine availability are uniquely sensitive to dietary omega-3 fatty acid deficiency. *Biological Psychiatry*, 75, 38-46. Doi:10.1016/j.biopsych.2013.06.007
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- van Winkel, R., van Nierop, M., Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2013). Childhood trauma as a cause of psychosis: Linking genes, psychology, and biology. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58, 44-51.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 661-671. Doi:10.1093/schbul/sbs050