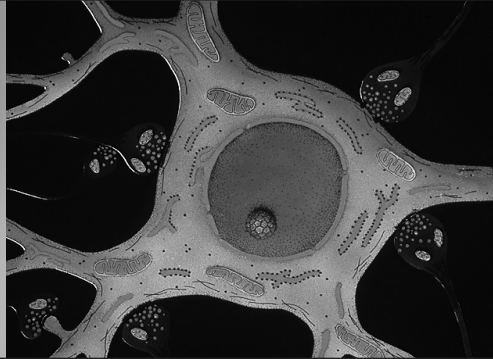


Supplement bij Neuron 2004; Vol 9 (Nr5)



Wanen bij schizofrene psychose – een overzicht

De Bleeker E, Dhaenens M, Bervoets C,
Peuskens J, Wampers M

Samenvatting

Wanen komen meestal voor in het kader van psychotische stoornissen. Deze psychotische stoornissen kunnen evenwel een zeer verschillende etiologie hebben waarbij men klassiek een onderscheid kan maken tussen functionele en organische psychosen (1-3).

Dat wanen frequent voorkomen in het kader van functionele psychosen wordt geïllustreerd door de observaties gedaan in de "International Pilot Study of Schizophrenia" (4) waarin het optreden van wanen bij 309 schizofrene patiënten bevestigd werd. Vijfde van de patiënten uit deze populatie was jonger dan 34 jaar. De meerderheid van de patiënten was mannelijk (56%). Paranoïde schizofrenie was de meest frequent voorkomende diagnose (49,7%). Nagenoeg alle patiënten (97%) vertoonden een gebrek aan ziekte-inzicht. Betrekkingswanen kwamen voor bij 67%, achtervolgingswanen bij 64% en controlewanen bij 48% van de patiënten. Meer recent voerden Jablensky et al (5) een cross-culturele epidemiologische studie uit in 13 geografische regio's verspreid over 10 landen om de incidentie van schizofrenie en schizofreniforme stoornissen na te gaan in sterk verschillende populaties. In totaal werden 1.288 psychotische patiënten bevestigd met de PSE (6). Binnen deze populatie kwamen controlewanen voor bij 31%, betrekkingwanen bij 51% en achtervolgingswanen bij 47% van de patiënten.

Ook bij een grote verscheidenheid van organische aandoeningen kunnen wanen optreden. **Tabel 1** geeft een overzicht van de organische stoornissen die aanleiding kunnen geven tot wanen.

Daarnaast werd evenwel vastgesteld dat de lifetime prevalentie van wanen en hallucinaties in de normale populatie hoog is. In de NEMESIS-studie van Van Os et al (7) werd vastgesteld dat 8,68% van de bevestigde populatie (N = 7.076) op een bepaald moment tijdens hun leven met wanen geconfronteerd werden, en dat 6,15% ooit

Tabel 1: organische stoornissen die aanleiding kunnen geven tot wanen.

Epilepsie
Dementie
Alcoholmisbruik
Druggebruik
Metabole afwijkingen (dehydratie)
Endocrinologische afwijkingen
Hersentumor
Cardiale afwijkingen
Vitaminetekort
Anoxie
Verkalking van de basale ganglia (ziekte van Fahr)

hallucinaties had ervaren zonder dat dit evenwel aanleiding gaf tot een hulpvraag en zonder dat er sprake was van een gediagnosticeerde psychotische stoornis.

Definities van wanen

Vaak wordt over wanen gesproken zonder dat getracht wordt een nauwkeurige definitie te geven van het fenomeen. De definities die werden geformuleerd zijn door de jaren heen geëvolueerd maar blijven conceptuele en operationele problemen stellen.

Het denken over wanen wordt tot op de dag van vandaag sterk beïnvloed door de opvattingen van Jaspers (8). Hij maakt onderscheid tussen primaire en secundaire wanen. Secundaire wanen zouden een reactie zijn op andere ervaringen zoals bijvoorbeeld hallucinaties of stemmingsstoornissen. Primaire wanen daarentegen kunnen niet teruggevoerd worden tot andere ervaringen. Enkel deze laatste groep beschouwt Jaspers als echte wanen die volgens hem vier typische

kenmerken vertonen.

1. Patiënten houden met ongewone overtuiging vast aan hun waan.
2. Het geloof in de waanidee wordt niet aangetaast door overtuigende tegenargumenten of -ervaringen.
3. De waan is inhoudelijk onmogelijk.
4. Aan elk waanoordeel zou tenslotte een getransformeerde waarneming van de werkelijkheid ten grondslag liggen.

Ofschoon de definitie van Jaspers nog steeds gereflecteerd wordt in modernere definities zijn er meerdere problemen verbonden aan zijn opvatting. Zo bestaat er evidentie dat niet alle wanen met absolute overtuiging worden aangehouden (9). Bovendien is het niet duidelijk hoe "absolute overtuiging" gemeten moet worden. Ook is het onduidelijk hoe de niet-corrigeerbaarheid van wanen geëvalueerd kan worden. De stelling dat wanen gekarakteriseerd worden door een onmogelijke, abnormale, afwijkende inhoud levert eveneens moeilijkheden op. Foutieve opvattingen komen immers frequent voor (10) wat zou betekenen dat veel mensen aan waanvoorstellingen lijden. Bovendien kan een waan inhoudelijk mogelijk zijn (b.v. ontrouwwaan). Indien een waan gezien wordt als een idee die afwijkt van de algemeen gangbare opvattingen stelt zich bovendien het probleem van de keuze van de referentiegroep.

In deze oudere definities gaat men steeds uit van een onoverbrugbare kloof tussen wanen en normale overtuigingen. Deze strikte dichotomie wordt recent evenwel sterk in vraag gesteld. Wanen worden niet meer gezien als discrete

entiteiten maar worden gesitueerd op een continuüm (9, 11) waarbij wanen dan worden beschreven in termen van de mate van afwijking van het normale denken. Deze denkwijze wordt weerspiegeld in de definitie van Oltmanns (12) waarin een reeks kenmerken wordt opgesomd die elk afzonderlijk noch noodzakelijk noch voldoende zijn om van een waan te spreken (**Tabel 2**).

Tabel 2: Karakteristieken van wanen (12).

1. De balans tussen argumenten voor en tegen de overtuiging is van die aard dat andere mensen de opvatting als volledig ongeloofwaardig beschouwen.
2. De overtuiging wordt niet gedeeld door anderen.
3. De overtuiging wordt met sterke overtuiging aangehouden. De stellingen of gedragingen van de persoon worden niet beïnvloed door de evidentie die de waanovertuiging ontkracht.
4. De persoon is gepreoccupeerd met de overtuiging en vindt het moeilijk er niet aan te denken of erover te praten.
5. De overtuiging omvat een persoonlijke verwijzing eerder dan een onconventionele religieuze, wetenschappelijke of politieke opvatting.
6. De overtuiging leidt tot subjectieve kwelling of interfereert met het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
7. De persoon rapporteert geen subjectieve inspanningen om weerstand te bieden aan zijn overtuiging (in tegenstelling tot patiënten met obsessies).

Een bepaalde overtuiging kan één of meerdere van deze kenmerken vertonen. Zijn alle kenmerken aanwezig in een overtuiging dan zal men zonder discussie spreken over een waan. Zijn slechts bepaalde kenmerken aanwezig dan wordt het moeilijker een opvatting te categoriseren.

Er bestaan immers verschillende gradaties in de mate waarin het denken kan afwijken van normale overtuigingen. Zo kunnen wanen ontstaan uit en daardoor soms moeilijk te onderscheiden zijn van overwaardige denkbeelden. Overwaardige denkbeelden betreffen in se correcte denkbeelden die een te prominente plaats innemen in het denken

waardoor het objectieve oordeelsvermogen afneemt (13). Het ontstaan van een waan wordt soms voorafgegaan door een periode van onzekerheid m.b.t. de betekenis van hetgeen er rondom de persoon gebeurt. Men spreekt dan van een waanstemming. Een dergelijke waanstemming wordt vaak vergezeld door waanwaarnemingen. Bij een waanwaarneming krijgen op zichzelf correcte waarnemingen een nieuwe betekenis met een persoonlijk kleur. Een waanovertuiging dringt zich meestal plots aan een persoon op met een allesoverheersende overtuigingskracht. Indien een patiënt enige twijfel toelaat over zijn overtuiging spreekt men over een waanachtige opvatting.

Binnen de PANSS (14) kunnen diverse niveaus van afwijkend denken gescoord worden op de 7-puntenschaal voor "*unusual thought content*". Binnen de definitie van *unusual thought content* komt tot uitdrukking dat er een continuüm bestaat tussen normale denkinhouden en wanen. *Unusual thought content* wordt gedefinieerd als denken gekarakteriseerd door vreemde, fantastische of bizarre ideeën variërend van ideeën die atypisch of vreemd zijn tot ideeën die vervormd, onlogisch en duidelijk absurd zijn.

Volgens DSM-IV-R worden wanen gedefinieerd als foute overtuigingen die gebaseerd zijn op niet-correcte inferenties over de externe werkelijkheid. Hoewel de overtuiging niet door anderen gedeeld wordt en er bovendien onomstotelijke bewijzen van het tegendeel bestaan, wordt er toch halsstarrig aan de overtuiging vastgehouden. De overtuiging wordt niet gedeeld door leden van de cultuur of subcultuur waartoe het individu behoort. Indien een foute overtuiging een waardeoordeel betreft, spreekt men slechts van een waan als de overtuiging zo extreem is dat ze elke geloofwaardigheid tart.

Tot nog toe ging het er steeds om een waan te onderscheiden van een normale overtuiging. Het kan evenwel ook moeilijk zijn een waan te

onderscheiden van obsessies. Schneider (15) stelde dat er sprake was van een obsessie wanneer een persoon niet in staat is zijn bewustzijn vrij te maken van een bepaalde gedachte-inhoud ook al beseft hij dat de gedachte zinloos is of in ieder geval zonder reden persisteert in het bewustzijn. Een obsessionele gedachte treedt dus op tegen de wil van de getroffen persoon. Fish (16) breidt deze definitie uit met de stelling dat het typerend is voor obsessies dat hun inhoud angst of schuldgevoelens creëert bij het individu. De obsessionele gedachten zouden weerzinwekkend zijn voor het individu. Meestal stelt men dat personen met obsessies weerstand trachten te bieden aan hun dwanggedachten. Er is evenwel evidentie dat niet alle personen met dwangsymptomen weerstand bieden aan hun dwanggedachten (17). Bovendien is er geen duidelijke evidentie dat patiënten geen weerstand bieden aan hun wanen. Een mogelijk oplossing voor dit probleem is wanen en obsessies te onderscheiden op basis van hun formele eigenschappen. In tegenstelling tot wanen, die gepresenteerd worden als gevestigde waarheden, worden obsessies meestal voorwaardelijk geformuleerd. Bovendien gaan obsessies meestal gepaard met spanningsreducerende acties. Wanen en dwanggedachten worden door de getroffen personen zelf ook anders ervaren. Patiënten met dwanggedachten ervaren deze gedachten als zinloos en irrelevant voor henzelf. Ofschoon de patiënt erkent dat deze gedachten door hemzelf geproduceerd worden, worden deze gedachten toch als intrusief en verstorend voor het denken ervaren. Bij patiënten met wanen daarentegen is de waan geïncorporeerd in het denken. Daarnaast dienen wanen onderscheiden te worden van hallucinaties. Op het eerste gezicht ligt het onderscheid voor de hand: een waan is een overtuiging terwijl een hallucinatie een waarneming is. Toch zijn er een aantal problemen. Wanen kunnen de beschrijving zijn van een verstoorte ervaring. Bovendien bestaat er evidentie dat bestaande overtuigingen invloed kunnen hebben op de waarneming (18).

Tabel 3: Definities van een aantal frequent voorkomende wanen volgens DSM-IV.

Waan	Omschrijving
Bizarre waan	Een waan die betrekking heeft op een verschijnsel dat binnen de cultuur van het individu beschouwd wordt als totaal onmogelijk.
Ontrouwwaan	Het getroffen individu is ervan overtuigd dat zijn/haar seksuele partner hem/haar ontrouw is.
Erotomanie	De overtuiging dat een ander persoon, meestal met een hoger status, verliefd is op het getroffen individu.
Groothedswaan	Een overtuiging van toegenomen waarde, macht, of kennis, of van een bijzondere relatie tot of identiteit met een godheid of beroemd persoon.
Controlewaan	Gevoelens, impulsen, gedachten en/of handelingen worden ervaren als gecontroleerd door een externe kracht.
Betrekkingswaan	De overtuiging dat gebeurtenissen, voorwerpen of andere personen in de onmiddellijke omgeving van het getroffen individu een specifieke en ongebruikelijke betekenis hebben.
Achtervolgingswaan	De overtuiging dat men aangevallen, lastig gevallen, bedrogen of achtervolgd wordt of dat er een complot gesmeed wordt tegen het getroffen individu.
Somatische waan	De foutieve overtuiging betreft het functioneren of de uiterlijke verschijningsvorm van het lichaam.
Gedachtenuitzending	De overtuiging dat persoonlijke gedachten luidop worden uitgezonden zodat iedereen ze kan horen.
Gedachteninbrenging	De overtuiging dat bepaalde gedachten niet door de persoon zelf gegenereerd worden maar van buitenaf ingebracht worden.

Wanen kunnen een grote verscheidenheid aan thema's betreffen. Enkele van de meest frequent voorkomende wanen worden beschreven in **tabel 3**.

De thema's die aangehaald worden in **tabel 3** tonen aan dat wanen inhoudelijk volstrekt bizar kunnen zijn, dat zij m.a.w. niet waar zouden

kunnen zijn. Andere wanen zijn inhoudelijk plausibel zoals b.v. een jaloezieswaan.

Hoe wanen meten?

Het evalueren van wanen kan om verschillende redenen nodig zijn: het formuleren van een

diagnose, het beoordelen van de outcome van een behandeling, het beoordelen van veranderingen in wanen...

Assessment van wanen maakt vaak deel uit van meer globale assessment instrumenten (19, 20). Daarnaast zijn er een aantal schalen specifiek ontwikkeld voor het beoordelen van wanen (**Tabel 4**).

Deze laatste schaal is ook beschikbaar in het Nederlands (27) en bestaat uit een gestructureerd interview waarin een inventarisatie van de wanen plaatsvindt.

De *Delusional Rating Scale* kent de volgende dimensies: mate en duur van de pre-occupatie, overtuiging, mate en intensiteit van het lijden, en verstoring van het alledaagse leven. De *Delusional Rating Scale* wordt o.a. gebruikt om de effectiviteit van de farmacologische behandeling te evalueren.

Deze schalen zijn vaak echter niet geschikt voor regelmatige afname in de klinische praktijk omdat de afname dikwijls veel tijd vraagt. Bovendien wordt in deze instrumenten de rol van argumenten en ervaring bij het tot stand komen en aanhouden van wanen meestal niet bevestigd.

Tabel 4: Schalen voor het evalueren van wanen.

Schaal	Omschrijving
<i>Personal Ideation Inventory</i>	Een semi-gestructureerd interview dat aan de hand van 71 items premorbide bekommernissen, mate van overtuiging, "commitment" (verwijst naar de indringendheid van de overtuiging) en standpunt (verwijst naar de mate waarin de persoon denkt dat anderen zijn ideeën als vreemd of onwaarschijnlijk zullen beschouwen) bevestigt om zo meer inzicht te bekomen in de dimensies van wanen.
<i>Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS)</i>	Een onderzoeksinstrument dat tot doel heeft de fenomenologie van een waan te ontdekken. Binnen deze schaal worden 8 dimensies van wanen bevestigd: mate van overtuiging, behoud van de overtuiging, affect, actie, idiosyncratie, pre-occupatie, systematisatie en inzicht.
<i>Characteristics of Delusions Rating Scale</i>	Deze schaal is ontwikkeld om 11 karakteristieken van wanen te beoordelen op een visueel analoge schaal. De 11 karakteristieken werden gekozen op basis van de literatuur over wanen en obsessies en omvatten: intensiteit, interferentie, pre-occupatie, weerstand, wegwijsbaarheid, absurditeit, zelf-evidentie, impact, geruststelling, zich zorgen maken, (on)gelukkig zijn.
<i>Peters Delusional Inventory</i>	Aan de hand van 40 items wordt het voorkomen van verschillende soorten wanen nagegaan. Indien een persoon een bepaalde overtuiging heeft, dient hij aan de mate van hinder, pre-occupatie en overtuiging aan te geven.
<i>Delusional Rating Scale</i>	Een semi-gestructureerd interview dat de mate en duur van pre-occupatie met de wanen, de mate en intensiteit van het lijden ten gevolge van de wanen, de sterkte van de overtuiging en de verstoring van het leven in kaart brengt.

Personal ideation Inventory (21, 22)
Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS) (23)
Characteristics of Delusions rating scale (24)
Peters Delusional Inventory (25)
Delusional Rating Scale (26).

Karakteristieken van een waan

We hebben reeds aangegeven dat wanen best gekarakteriseerd worden als multidimensioneel. Er werden evenwel weinig studies uitgevoerd naar de karakteristieken van wanen binnen een dergelijk denkkader. Garety et al (24, 28) onderzochten 11 karakteristieken bij 55 psychiatrische patiënten met wanen. Deze karakteristieken werden geselecteerd op basis van de literatuur over wanen en obsessies en omvatten: overtuiging, pre-occupatie, interferentie (waarneembare invloed op gedrag), wegwuifbaarheid (*dismissibility*), weerstand (gedefinieerd als niet graag denken aan de overtuiging), ervaren absurditeit, de zelf-evidentie van de overtuiging, het zoeken van geruststelling, de mate waarin de overtuiging zorgen baart, zich ongelukkig voelen en de impact (*pervasiveness*) van de overtuiging. Deze 11 kenmerken werden door de patiënten zelf geëvalueerd op een visueel analoge schaal.

De resultaten tonen aan dat een sterke overtuiging het meest typerend is voor een waan. Geen van de bevroegde patiënten rapporteerde een lage overtuiging. De resultaten m.b.t. de andere karakteristieken zijn meer variabel. Patiënten verschillen sterk in de mate waarin hun wanen door de overige karakteristieken getypeerd worden. Er worden bovendien nagenoeg geen significante correlaties geobserveerd tussen de bevroegde karakteristieken. De verschillende kenmerken zijn dus relatief onafhankelijk wat de stelling dat wanen multidimensioneel zijn bevestigd. Deze vaststelling heeft implicaties voor het evalueren van wanen en het evalueren van veranderingen in wanen. Het volstaat niet 1 of twee elementen te evalueren aangezien de verschillende relevante aspecten onderling nauwelijks gecorrelleerd zijn en niet noodzakelijk gelijktijdig veranderen. Op grond van deze vaststelling werd de *Delusional Rating Scale* opgesteld.

Naast correlaties werd aan de hand van principaal component analyse nagegaan of bepaalde

variabelen sterk geassocieerd voorkwamen waarbij ze relatief onafhankelijke groepen van variabelen vormen. Deze analyse leverde vier componenten op die samen 64% van de variantie verklaren. **Tabel 5** geeft een overzicht van de vier geïdentificeerde componenten en van de kenmerken die op elk van deze componenten laden.

Tabel 5: Vier geïdentificeerde componenten.

Component	Variabele
Component 1: Hinder (distress)	Weerstand (resistance) Zich zorgen maken (worry) Ongelukkig zijn (unhappy)
Component 2: Sterkte van de overtuiging (belief strength)	Overtuiging (conviction) Ongerijmdheid (absurdity) Zelf-evidentie (self-evidence) Impact (pervasiveness)
Component 3: Indringendheid (obtrusiveness)	Pre-occupatie (preoccupation) Verdringing (dismissibility) Interferentie (Interference) Impact (pervasiveness)
Component 4: Bezorgdheid (concern)	Zoeken naar geruststelling (reassurance seeking)

De vier componenten die zo gevonden werden komen eveneens aan bod in de *Delusional Rating Scale*.

Meerdere studies bevestigen het multidimensionele karakter van wanen (29-31).

Behandeling

Pharmacologische behandeling.

Sinds de ontdekking van neuroleptica (1952) vormen antipsychotica de hoeksteen van de behandeling van schizofrene psychose. Tijdens een acute episode zal het gebruik van antipsychotica het optreden van positieve symptomen waaronder wanen reduceren binnen de 4 tot 6 weken bij 70 tot 80% van de patiënten. Het is dan ook van belang zo snel mogelijk van start te gaan met een medicamenteuze behandeling. Hoe sneller een aangepaste behandeling wordt ingesteld, hoe sneller het therapeutisch effect zal optreden en

hoe sneller het psychisch lijden van het individu verlicht zal worden.

Er is geen onweerlegbare evidentie dat een bepaalde klasse van antipsychotica een betere werkzaamheid zou hebben voor het ophelderen van positieve symptomen (32). Slechts enkele

studies hebben een statisch significant groter effect opgetekend met een antipsychoticum van de tweede generatie versus haloperidol (33, 34; beiden met risperidone). Een recente meta-analyse (35) toonde aan dat bij therapie-resistente patiënten clozapine een betere effectiviteit heeft dan klassieke antipsychotica. Ook nevenwerkingen kwamen minder voor bij een behandeling met clozapine. Clozapine is dan ook eerste keuze voor de behandeling van therapie-resistente patiënten.

Een aantal oudere studies onderzochten de effectiviteit van specifieke antipsychotica voor inhoudelijk specifieke wanen.

Bishop et al (36) voerden een post-hoc-analyse uit op de data van 11 gecontroleerde studies waarin de effectiviteit van loxapine voor de behandeling van paranoïde schizofrenie vergeleken werd met de effectiviteit van chlorpromazine en trifluoperazine. De resultaten toonden aan dat paranoïde patiënten significant beter reageerden op een behandeling met loxapine. Tuason et al (37)

kwamen tot een zelfde conclusie en stelden bovendien vast dat ook nevenwerkingen minder voorkwamen bij paranoïde patiënten behandeld met loxapine. Rifkin et al (38) daarentegen vonden in een prospectieve studie geen verschil in de effectiviteit van loxapine en chloorpromazine wat de behandeling van paranoïde schizofrene patiënten betrof.

Munro (39) stelde vast dat patiënten die lijden aan een monosymptomatische hypochondrische psychose het meest gebaat zijn bij een behandeling met pimozide. Wanneer deze behandeling wordt ingesteld, herstellen ongeveer 80% van de patiënten volledig of gedeeltelijk terwijl deze aandoening traditioneel als onbehandelbaar wordt beschouwd (zie ook 40, 41).

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

De effectiviteit van zowel nieuwe als klassieke antipsychotica voor de behandeling van wanen neemt niet weg dat 20 tot 30% van de patiënten niet of slechts beperkt reageren op een behandeling met antipsychotica. Een deel van deze patiënten (10-15%) blijkt al therapieresistent na de eerste psychotische decompensatie. Residuele symptomen waaronder wanen komen dan ook frequent voor zodat bijkomende interventies nodig zijn om patiënten te leren omgaan en leven met therapieresistente symptomen. De cognitieve gedragstherapie heeft zijn werkzaamheid bewezen in de behandeling van wanen en hallucinaties (42) die niet reageren op een farmacologische behandeling. Dit betekent evenwel niet dat CGT als enige interventie kan worden aangeboden aan psychotische patiënten. CGT is een bijkomende interventie die steeds gecombineerd moet worden met een medicamenteuze behandeling.

Cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat specifieke psychotische symptomen door "normale" psychologische processen ontstaan en in stand gehouden worden. "Normale" cognitieve

processen kunnen dan ook gebruikt worden om patiënten te helpen omgaan met deze psychotische symptomen. Cognitieve gedragstherapie voor wanen gaat uit van vier principes voor de modificatie van afwijkende overtuigingen.

1. Voorafgaand aan de interventies worden de wanen van de patiënt geëxploreerd en wordt de graad van overtuiging gemeten. De waan waarvan de patiënt het minst zeker is komt in de behandeling het eerst aan bod.
2. Er wordt geen druk uitgeoefend om de waan te verlaten. Directe confrontatie verhoogt immers eerder de overtuiging over de waan (43).
3. De waan zelf wordt niet in vraag gesteld maar wel de evidentie voor de overtuiging. Dit voorkomt een machtsproblematiek in de therapeutische relatie.
4. Actieve samenwerking tussen therapeut en patiënt is cruciaal bij het exploreren van alternatieve verklaringen voor een waanovertuiging. De patiënt wordt aangemoedigd actief deel te nemen aan de cognitieve therapie.

Cognitieve gedragstherapie kan verschillende vormen aannemen. "*Belief modification*" is een interventie die specifiek gericht is op patiënten met wanen. Deze interventie omvat twee behandelingsmethoden: "*verbal challenge*" en "*reality testing*".

"*Verbal challenge*" (44) omvat vier elementen: In eerste instantie wordt de patiënt aangemoedigd de evidentie voor de waan in vraag te stellen en de waan te zien als één van de vele mogelijke interpretaties van gebeurtenissen. Vervolgens worden de interne consistentie en waarschijnlijkheid van het geloofssysteem bevestigd en worden irrationele en inconsistente elementen beklemtoond. In een derde stap wordt de mogelijkheid naar voor geschoven dat de waan ontwikkeld werd als reactie op een specifieke ervaring. Tenslotte worden de waan van de patiënt en het alternatief van de therapeut beoordeeld op basis van de beschikbare informatie.

Bij "*reality testing*" plant de patiënt een handeling die de waan of een deel ervan zou kunnen ontcrachten (45). Die handeling wordt dan ook uitgevoerd.

Worden deze methoden toegepast bij patiënten met wanen dan leidt dit bij de meerderheid van de patiënten tot een sterke vermindering van hun overtuiging over de correctheid van hun overtuiging (46). Het effect op de pre-occupatie en angst gerelateerd aan de waan was minder sterk. Het niveau van pre-occupatie en angst verminderde bij de meeste patiënten met ongeveer 25%.

"*Reality testing*" is op zichzelf niet erg effectief in het reduceren van de overtuiging betreffende een waan. Wanneer "*reality testing*" evenwel gebeurt na "*verbal challenge*" is deze methode wel effectief en versterkt ze de positieve effecten van "*verbal challenge*" (46).

Andere cognitieve gedragstherapeutische technieken (b.v. *focusing/retribution*, *normalizing*, *coping strategy enhancement*...) zijn minder specifiek gericht op wanen maar meer op reductie van positieve en negatieve symptomen in het algemeen. De resultaten van studies naar de werkzaamheid van deze technieken toonden aan dat de combinatie van een medicamenteuze behandeling met CGT bijkomende voordelen oplevert in vergelijking met de combinatie van een medicamenteuze behandeling en een andere vorm van bijkomende ondersteunende therapie (47): patiënten die antipsychotica combineren met CGT blijken sneller tot remissie te komen dan patiënten die enkel antipsychotische medicatie krijgen of antipsychotica combineren met "*supportive counseling*" (48). CGT blijkt bijzonder effectief voor het reduceren van de overtuiging en de verstoring veroorzaakt door wanen. Andere bevindingen relativeren dan weer de impact van CGT (49) in vergelijking met andere therapievormen waarin patiënten in individueel contact komen met een therapeut. Ook de impact van CGT op langere termijn is minder duidelijk. Verder onderzoek is dan ook noodzakelijk.

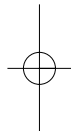
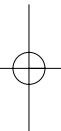
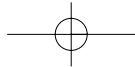
Conclusie

Wanen komen frequent voor in het kader van psychotische stoornissen. Aanvankelijk maakte men in definities een absoluut onderscheid tussen wanen en normale overtuigingen. Tegenwoordig beseft men dat er een continuüm bestaat tussen wanen en normale overtuigingen en worden wanen gezien als multidimensioneel. Deze multidimensionaliteit komt tot uiting in instrumenten die ontwikkeld werden om wanen te meten en te evalueren.

Antipsychotische medicatie zorgt bij de meerderheid van de patiënten voor opheldering van de wanen. In combinatie met antipsychotische medicatie kan CGT voor een snellere remissie van wanen zorgen. Ook bij therapie-resistente wanen kan CGT verlichting brengen.

Referenties

- Manschreck, T. C. (1979). The assessment of paranoid features. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 370-377.
- Maher B, Ross JS. Delusions. In: *Comprehensive handbook of psychopathology*. Adams HE, Sutker P, editors. New York: Plenum; 1984. p. 383-411.
- Cutting J. *The psychology of schizophrenia*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1985.
- World Health Organisation. *The international pilot study of schizophrenia*. Geneva: WHO; 1973.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement* 1992;20:1-97.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *The description and classification of psychiatric symptoms. An instruction manual for the PSE and CATEGO system*. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
- Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research* 2000;45:11-20.
- Jaspers K. *General psychopathology*. Manchester: Manchester University Press; (1913-1959).
- Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archives of General Psychiatry* 1969;20:581-6.
- Moor JH, Tucker GJ. Delusions: analysis and criteria. *Comprehensive Psychiatry* 1979;20:388-93.
- Spitzer M. On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry* 1990;31:377-97.
- Oltmanns TF. Approaches to the definition and study of delusions. In: *Delusional beliefs*. Oltmanns TF, Maher BA, editors. New York: Wiley; 1988. p.3-12.
- Kraus G. *Leerboek der psychiatrie*. Leiden: HE Stenfert Kroese NV; 1968.
- Kay SR, Fiszbein F, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987;13:261-76.
- Schneider C. *Die schizophrenen Symptomverbände*. Berlin: Springer, 1942.
- Fish F. *Fish's clinical psychopathology*. Bristol: John Wright & Sons Ltd; 1974.
- Stern RS, Cobb JP. Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry* 1978;132:233-9.
- Slade PD, Bentall RP. *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. London: Croom Helm; 1988.
- Garety PA. Assessment of symptoms and behaviour. In: *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Birchwood M, Arrier N; editors, (pp. 3-20). Chichester: Wiley; 1992.
- Garety PA, Wessely S. The assessment of positive symptoms. In: *Assessment procedures for the psychoses*. Barnes TRE, Nelson H, editors. London: Chapman and Hall; 1994. p. 21-39.
- Rattenbury FR, Harrow M, Stoll FJ, Kettering RL. *The Personal Ideation Inventory: an interview for assessing major dimensions of delusional thinking*. New York: Microfiche Publications; 1984.
- Harrow M, Rattenbury F, Stoll F. Schizophrenic delusions: an analysis of their persistence, of related pre-morbid ideas, and of three major dimensions. In: *Delusional beliefs*. Oltmanns TE, Maher BA, editors. New York: Wiley; 1988. p. 184-211.
- Buchanan A, Reed A, Wessely S, et al. Acting on delusions (2): the phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:77-81.
- Garety PA, Hemsley DR. Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 1987;236:294-8.
- Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of delusional ideation: Introducing the PDI (Peters et al Delusional Inventory). *Schizophrenia Bulletin* 1999;25(3):553-76.
- Haddock G, McCarron J, Tarrier N, et al. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptoms rating scales. *Psychological Medicine* 1999;34:254-8.
- Van der Gaag M, Valmaggia L, Van Meer CR, Sloof C. Gedachten uitpluizen: een cognitief gedragstherapeutische toolkit voor de behandeling van wanen en hallucinaties. Nieuwe Gein: Eli Lilly; 2000.
- Garety PA, Everitt BS, Hemsley DR. The characteristics of delusions: a cluster analysis of deluded subjects. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 1988;237:112-4.
- Kendler KS, Glazer WM, Morgenstern H. Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry* 1983;140:466-9.
- Verdoux H, Maurice-Tyson S, Gay B, Van Os J, Salamon R. A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological Medicine* 1998;28:127-34.
- Appelbaum PS, Clark Robbins P, Roth BAR LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1938-43.
- Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbinton P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *British Medical Journal* 2000;321:1371-6.
- McEvoy JP. Efficacy of risperidone on positive features of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994;55 Suppl.18-21.
- Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2002;346:16-22.
- Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheitman B. Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:518-26.
- Bishop MP, Simpson GM, Dunnett CW, Kiltie H. Efficacy of loxapine in the treatment of paranoid schizophrenia. *Psychopharmacology* 1977;51(2):107-15.
- Tuason VB, Escobar JI, Garvey M, Schiele B. Loxapine versus chlorpromazine in paranoid schizophrenia: a double-blind study. *Journal of Clinical Psychiatry* 1984;45(4):158-63.
- Rifkin A, Rieder E, Sarantakos S, Kishore S, Kane J. Is loxapine more effective than chlorpromazine in paranoid schizophrenia? *American Journal of Psychiatry* 1984;141(11):1411-3.
- Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1988;153 (Suppl. 2):37-40.
- Munro A, Chmara J. Monosymptomatic Hypochondriacal psychosis: a diagnostic checklist based on 50 cases of the disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 1982;27:374-6.
- Opler LA, Feinberg SS. The role of pimozide in clinical psychiatry: a review. *Journal of Clinical Psychiatry* 1991;52(5):221-33.
- De Hert M, Hulselmans J, D'haenens M, Janssen F, Sabbe B, Wampers M. Auditieve hallucinaties bij schizofrene patiënten: etiologie en behandeling. *Neuron* 2002;7(4):Supplement.
- Milton F, Patwat VK, Hafner RJ. Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients. *British Journal of Medical Psychology* 1978;51:127-30.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- Hole RW, Rush AJ, Beck AT. A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry* 1973;42:312-9.
- Chadwick PDJ, Lowe CF. A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour and Research Therapy* 1994;32(3):355-67.
- Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2001;180(5):278-87.
- Lewis S, Tarrrier N, Haddock G, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry* 2002;181(Suppl. 43):s91-s97.
- Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophrenia Research* 2000;43:71-90.



The work of the Discussion Board on Cognition in Antipsychotic Treatment is supported by an unrestricted educational grant from Janssen-Cilag & Organon.

