

Metacognitie bij psychotische stoornissen: van concept naar interventie

S. DE JONG, R.J.M. VAN DONKERSGOED, J. ARENDS, P.H. LYSAKER, L. WUNDERINK, M. VAN DER GAAG, A. ALEMAN, G.H.M. PIJNENBORG

- ACHTERGROND** Mensen met een psychotische stoornis ondervinden veelal problemen in wat kan worden beschreven als de metacognitieve vaardigheden. Er zijn verscheidene definities van dit concept, alsmede meetinstrumenten en klinische interventies die zich op dit concept richten.
- DOEL** Een overzicht bieden van enkele veelgebruikte definities van metacognitie en gerelateerde concepten, alsmede de bijbehorende meetinstrumenten en behandelopties om metacognitie bij mensen met een psychotische stoornis te verbeteren.
- METHODE** Aan de hand van de literatuur een overzicht geven van de verschillende definities van metacognitie bij psychotische stoornissen, alsmede veelgebruikte meetinstrumenten en behandelmethoden. De nadruk ligt hierbij op de recente ontwikkelingen in een model van Semerari en collega's met bijbehorende meetinstrument (de Metacognition Assessment Scale – A). We bekijken hoe dit een toevoeging kan zijn op de bestaande methoden.
- RESULTATEN** Op basis van de literatuur lijken de concepten metacognitie en gelieerde concepten meetbare constructen, alhoewel de definities en meetinstrumenten heterogeen blijken. De nieuwe conceptualisering van de sociale informatieverwerking leidt tevens tot de ontwikkeling van een nieuwe vorm van psychotherapie, die gericht is op het verbeteren van de metacognitieve vaardigheden bij mensen met een psychotische stoornis.
- CONCLUSIE** Er lijken aanwijzingen dat metacognitieve vaardigheden een doel van behandeling kunnen zijn, maar meer onderzoek is noodzakelijk.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 455-462

TREFWOORDEN metacognitie, psychotische stoornissen, psychose, schizofrenie, theory of mind



455

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 58 | JUNI 2016

Al in 1911 introduceerde Bleuler zijn 4 A's bij schizofrenie: associatiezwakte, affectvervlakking, ambivalentie en autisme (een verstoring in het emotionele contact met anderen) (Moskowitz & Heim 2011). Bleuler zag een emotionele stoornis in het contact als een van de primaire symptomen van de schizofrenieën.

Hoewel de terminologie veranderd is, vinden dergelijke observaties in onderzoek nog veel ondersteuning; er is zelfs geopperd om psychotische stoornissen te gaan beschouwen als stoornissen in het vermogen om representaties van mentale toestanden van anderen te vormen (Frith 1992), of als stoornissen in het aanpassen aan de

sociale context (Van Os e.a. 2010). Het vermogen om te kunnen reflecteren op zelfrepresentaties (een complex zelfbeeld waarin o.a. emoties en cognities en hun interactie begrepen worden) en de representaties van anderen, alsmede adequaat te reageren op deze reflecties, heeft mogelijk invloed op de mate waarin psychische symptomen het functioneren in het dagelijks leven beïnvloeden. Verscheidene auteurs gebruiken voor deze vaardigheden de term 'metacognitie' (Lysaker & Dimaggio 2014).

Er worden in de literatuur diverse definities van metacognitie gebruikt, wat tot verwarring kan leiden. Alle definities noemen 'denken over denken', maar de precieze uitwer-

king wisselt. In dit artikel zullen wij eerst stilstaan bij verschillende conceptualisaties van metacognitie en een aantal nauw gerelateerde concepten. Vervolgens wordt kort stilgestaan bij een selectie relevante meetinstrumenten die kunnen worden gebruikt in de klinische en onderzoekspraktijk. Ten slotte bespreken wij interventies gericht op metacognitieve vaardigheden bij mensen met een psychotische stoornis.

Eerdere definities van metacognitie: denken over denken

Van oudsher komt de term 'metacognitie' uit de leerpsychologie, waarbij het begrip werd gedefinieerd als kennis en cognities over cognitieve fenomenen (Flavell 1979). Inmiddels zijn er meerdere manieren om deze term te interpreteren. Zo hanteert Wells (2009) een eveneens cognitief georiënteerde definitie: metacognitie speelt volgens hem een rol in het *begrijpen* van de gedachten, en de daaropvolgende *reactie* hierop (Wells & Cartwright-Hatton 2004). Psychische problemen zullen volgens deze definitie voornamelijk ontstaan wanneer de inhoud van de metacognities disfunctioneel is, zoals bijvoorbeeld de opvatting dat piekeren ervoor zorgt goed voorbereid te zijn.

De conceptualisatie van metacognitie van Moritz en collega's (2011), die een metacognitieve training voor mensen met een psychotische stoornis hebben ontwikkeld, sluit hier op aan. Waar Wells e.a. zich voornamelijk richtten op bijvoorbeeld het piekeren over de eigen gedachte-inhoud, identificeren Moritz e.a. een aantal cognitieve tendenzen die verhevigd aanwezig lijken te zijn bij mensen met een psychotische stoornis. Zij beschouwen metacognitie als het bewustzijn van deze tendenzen, bijvoorbeeld de *jumping-to-conclusion* tendens waardoor men conclusies trekt en beslissingen neemt op basis van ontoereikende informatie.

Doormiddel van een groepstraining waarin ze voorbeelden van deze tendenzen geven, trachten zij de invloed van deze tendenzen te verminderen. Op deze wijze wordt metacognitie ingezet als controleproces: het opmerken en bijstellen van een bepaalde denkwijze. Metacognitie duikt vaker in de literatuur op als controleproces, bijvoorbeeld om de mate van zekerheid van genomen beslissingen en foutdetectie te omschrijven (Koren e.a. 2006; Cella e.a. 2014) of voor het gevoel van juistheid van antwoord (*feelings of rightness*, Thompson e.a. 2011).

In alle genoemde voorbeelden wordt metacognitie voornamelijk gezien als gedachten over het eigen cognitieve systeem, hetzij in de zin van het begrijpen van de eigen gedachten, hetzij in de zin van de eigen cognitieve tendenzen of het controleren van deze processen. Wells (2009) beschrijft echter ook een grote *affektieve* component; zo vraagt een patiënte zich nadrukkelijk af waarom zij zich

AUTEURS

STEVEN DE JONG, psycholoog, promovendus, GGZ Noord-Drenthe, Psychosecircuit, Assen, en Rijksuniversiteit Groningen.

ROZANNE VAN DONKERSGOED, gz-psycholoog, promovenda, Rijksuniversiteit Groningen, en GGZ Friesland, Leeuwarden.

JOHAN ARENDS, psychiater, GGZ Noord-Drenthe, Psychosecircuit, Assen.

PAUL LYSAKER, hoogleraar Klinische psychologie, Roudebush VA Medical Center, Indianapolis, VS Indiana University School of Medicine, Indianapolis, VS.

LEX WUNDERINK, psychiater, GGZ Friesland, Leeuwarden.

MARK VAN DER GAAG, hoogleraar, Parnassia Psychiatric Institute, Den Haag, Vrije Universiteit, Klinische Psychologie, EMGO Institute of Health and Care Research, Amsterdam.

ANDRÉ ALEMAN, hoogleraar Cognitieve neuropsychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, Neuroimaging Centre, Universitair Medisch Centrum Groningen.

MARIEKE PIJNENBORG, GZ-psycholoog/cognitief gedragstherapeut, GGZ Drenthe Langdurige Zorg en universitair hoofddocent Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Steven de Jong, afd. Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen.
E-mail: steven.de.jong@rug.nl

Strijdige belangen: De Jong meldde grants van Fonds NutsOhra, gedurende het uitvoeren van beschreven onderzoek; Wunderink meldde honoraria van Takeda en grants van Janssen-Cilag Nederland; Aleman meldde honoraria van Lundbeck.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-12-2015.

voelt zoals zij zich voelt, en of ze zich niet anders zou moeten voelen. De koppeling naar affect is logisch, aangezien er continu een interactie tussen affect en cognitie plaatsvindt (zie bijv. Clore & Huntsinger 2007). Men kan daarom beargumenteren dat een volledige definitie van metacognitie ook emotionele processen zou moeten omvatten: denken over *gedachten en gevoelens*, ook wel mentale toestanden (*mental states*) genoemd. Er is aanzienlijke bewijskracht voor de veronderstelling dat het accuraat kunnen interpreteren van de mentale toestanden van anderen samenhangt met het accuraat kunnen interpreteren van de eigen mentale toestanden. Dit zowel op theoretische gronden als op basis van een meta-analyse

van fMRI-resultaten die de koppeling tussen zelfreflectie en redeneren over anderen bevestigde (van Veluw & Chance 2014). Ook was de bewijskracht aanzienlijk voor de stelling dat deze vaardigheden een centrale rol spelen binnen het sociaal functioneren (Roncone e.a. 2002).

Niettemin neemt het concept ‘emotieregulatie’, de vaardigheid om emoties te controleren in adaptieve zin, in de literatuur een zelfstandige plaats in, en wacht de relatie met metacognitie op verdere verduidelijking.

Er is een aantal begrippen die min of meer synoniem zijn met (onderdelen van) metacognitie. *Empathie* refereert aan het vermogen jezelf in een ander te verplaatsen, en wordt tegenwoordig veelal opgesplitst in een cognitieve en een affectieve component. De cognitieve component kan worden gedefinieerd als ‘de vaardigheid om een werkend model van de emotionele toestanden van anderen te vormen’, de affectieve component als ‘de vaardigheid gevoelig te zijn voor en plaatsvervangend de gevoelens van anderen te ervaren’ (Reniers e.a. 2011). Het inschatten van de mentale toestanden van anderen wordt veelal ook *theory of mind* (ToM; Brüne 2005) of mentaliseren (Frith 1999) genoemd.

Een integratieve definitie van metacognitie

Een integratieve definitie van metacognitie waarin alle eerder besproken componenten een plek hebben, vinden we in het werk van Semerari e.a. (2003) en Lysaker e.a. (2005). Zij expliciteren naast het herkennen van eigen cognitieve processen ook de affectieve component en de mentale toestanden van anderen, en gebruiken metacognitie zodoende als een containerbegrip, dat op te delen valt in vier subdomeinen. Binnen elk van deze subdomeinen kan worden gesproken over meer afzonderlijke (*discrete*), enkelvoudige basishandelingen zoals het overwegen van een enkele gedachte, versus meer *synthetische* handelingen waarbij informatie uit verschillende processen of bronnen wordt samengevoegd (bijv. het integreren van informatie over jezelf tot een complex zelfbeeld). Deze vier domeinen worden kort beschreven in **TABEL 1**.

Stoornissen in deze processen liggen mogelijk ten grondslag aan de sociale problemen van mensen met psychotische stoornissen. Wanneer metacognitieve vaardigheden zijn aangedaan, is het voor de patiënt moeilijk om de wereld te begrijpen en om zichzelf te zien als iemand die

TABEL 1 De vier domeinen van metacognitie volgens het model van Semerari e.a. (2003)

Zelfreflectie: Het begrijpen van de eigen gedachten en gevoelens en hieruit een accurate zelfrepresentatie vormen. Voorbeelden van discrete handelingen zijn het opmerken van een gedachte of gevoel bij jezelf of de beschouwing dat je gedachten en opvattingen onjuist kunnen zijn. Synthetische handelingen zijn het verwerken van al deze informatie tot een zelfrepresentatie. Een hoog niveau van zelfreflectie kan zich uiten wanneer iemand beseft dat hij zijn hele leven al met bepaalde problemen heeft moeten omgaan; dat hij al sinds zijn tienerjaren afwijzing verwacht en zich dus vaak terugtrekt, en dat dit hem problemen oplevert in relaties.
Begrijpen wat er in de ander omgaat: Dit domein bestaat in essentie uit cognities over de emoties (cognitieve empathie) en mentale staten van anderen (affectieve <i>theory of mind</i> (ToM), mentaliseren). Discrete handelingen zijn bijvoorbeeld het aflezen van de gezichtsuitdrukking van een ander of bedenken wat de ander over jou denkt in een bepaalde situatie. Synthetische handelingen betreffen het verwerken van deze informatie tot een geïntegreerde representatie van de ander en diens mentale toestand. Een hoog niveau kan zich uiten in het besef dat een goede vriend een probleem heeft met zijn baas, omdat deze nooit complimentjes geeft, wat deze vriend als afwijzing ziet, en waardoor hij zich terugtrekt, wat leidt tot problemen met de baas en bevestiging van het cognitieve schema.
Decentratie: Het begrip dat anderen plannen en gedrag hebben dat niet per se gerelateerd is aan jezelf (onderscheiden). Meer synthetisch betekent dit het onderkennen dat anderen perspectieven kunnen hebben die even valide zijn als de eigen, dat deze perspectieven naast elkaar kunnen bestaan, en het besef van de eigen plek binnen de grotere wereld.
Metacognitieve coping: Het vermogen de eigen psychologische problemen te kunnen herkennen en daar passende, adaptieve manieren van coping voor te kunnen vinden. Een discreet aspect is het herkennen van problemen (bijv. ‘Ik voel me eenzaam’). Meer synthetische handelingen zijn het vinden van adaptieve strategieën, gebaseerd op de kennis uit de andere drie domeinen, om met problemen om te gaan (‘ik kan naar mijn buurman gaan voor gezelschap, maar hij heeft het heel druk, misschien kan ik mijn broer bellen, die vindt het vast leuk om iets te gaan doen samen’).

invloed kan uitoefenen op zijn of haar leven. Bijvoorbeeld: een gevoel van spanning komt zomaar opzetten, zonder dat de patiënt het verband ziet tussen deze spanning en zijn gedachten en gebeurtenissen in zijn leven. Hierdoor is het lastig om met de spanning om te gaan of deze te verminderen.

Meetinstrumenten

Metacognitie kan op verschillende manieren worden gemeten. Het eerste type meetinstrument bestaat uit zelf-rapportagelijsten die zich voornamelijk aan de cognitieve, discrete kant van de domeinen bevinden. Een veelgebruikt instrument van dit type is de *Meta-Cognitions Questionnaire* (MCQ; Wells & Cartwright-Hatton 2004), die bestaat uit 65 of 30 items met beantwoording op een 4-puntslikertschaal. De items van de MCQ zijn gericht op het identificeren van opvattingen over de eigen cognities, bijvoorbeeld: 'Me zorgen maken helpt me problemen op te lossen'. De MCQ en MCQ-30 hebben voldoende psychometrische kwaliteiten en correleren met bijvoorbeeld de ernst van auditieve hallucinaties (Morrison & Wells 2003) en angst en depressieve symptomen bij schizofrenie (van Oosterhout e.a. 2013).

Op het gebied van cognitieve tendenzen is er de *Davos Assessment of Cognitive Bias* (DACOBS; van der Gaag e.a. 2013). Deze bestaat uit 70 items en meet zowel vier tendenzen alsmede subjectieve cognitieve problemen, sociaal cognitieve problemen en vermijdingsgedrag. Ook de DACOBS heeft goede psychometrische kwaliteiten en differentieert tussen patiënten in het schizofreniespectrum en controlepersonen (van der Gaag e.a. 2013).

Vragenlijsten die het meest gerelateerd zijn aan metacognitieve vaardigheden die te maken hebben met de mentale toestand van anderen richten zich veelal op empathie, zoals de *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis 1983). Deze vragenlijst deelt het construct empathie middels 28 items op in vier subschalen. De IRI heeft bewezen over voldoende psychometrische kwaliteiten te beschikken, maar richt zich exclusief op empathie.

Een instrument met een solide basis van correlaties met gedrags- en fysiologische maten is de *Measure of Emotional Empathy* (EEQ; Mehrabian & Epstein 1972). Deze lijst bestaat uit 33 items, te beantwoorden op een 4-puntslikertschaal. Er is een verband gevonden tussen empathie zoals gemeten met de EEQ en verminderd inzicht bij psychose (Pijnenborg e.a. 2013).

De *Toronto Empathy Questionnaire* (Spreng e.a. 2009) is samengesteld op basis van factoranalyse van andere veelgebruikte maten van empathie. Hieruit zijn 16 items naar voren gekomen, die samen uitstekende psychometrische eigenschappen hebben.

Gebaseerd op de tweedeling van het concept 'empathie' in een cognitieve en een affectieve kant, en op items uit andere veelgebruikte maten, is onlangs de *Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy* (QCAE) gevalideerd (Reniers e.a. 2011).

De bredere begrippen 'sociale cognitie' of 'theory of mind' worden veelal niet gemeten met vragenlijsten, maar met taken die de participant moet uitvoeren. Aan de meest discrete zijde wordt emotieherkenning veelal getoetst door taken waarbij mensen wordt gevraagd foto's van gezichtsuitdrukkingen te interpreteren, of door op basis van foto's van enkel ogen aan te geven welke woorden het best beschrijven wat de persoon denkt (Baron-Cohen e.a. 2001).

Meer synthetische tests bestaan veelal uit verhaaltjes waarbij de proefpersoon moet aangeven of er een misstap ('faux-pas') wordt begaan (Baron-Cohen e.a. 1999), tests waarbij participanten uit korte verhaaltjes de intenties van anderen moeten detecteren (Corcoran e.a. 1995) en verhaaltjes (veelal in stripvorm) waarbij de proefpersoon moet begrijpen dat een karakter in het verhaal een fout idee heeft over bijvoorbeeld de locatie van een bal of waarbij men plaatjes van verhaaltjes in de meest logische volgorde moet leggen.

Naast deze maten om discrete metacognitieve activiteit te meten ontwikkelden Semerari e.a. (2003) de *Metacognition Assessment Scale* (MAS) om meer synthetische metacognitieve activiteiten in kaart te brengen. Dit instrument is aangepast en verkort door Lysaker e.a. (2005) om ook te kunnen worden gebruikt bij psychotische problematiek (MAS-A). De schaal is in het Nederlands vertaald en te verkrijgen bij de eerste auteur van dit artikel (SdJ; de Jong e.a. 2012).

De MAS-A is gebaseerd op de vier eerder genoemde domeinen: zelfreflectie (*self reflectivity*), begrijpen wat er in de ander omgaat (*understanding the other's mind*), decentratie (*decentration*) en metacognitieve coping (*mastery*). Iedere schaal is hiërarchisch opgebouwd uit meerdere niveaus. Met de MAS-A kunnen transcripten van gesprekken met de patiënt gescoord worden op metacognitie. De MAS-A kan ook worden ingezet bij *routine outcome monitoring* om zicht te houden op de vooruitgang in het therapieproces (bijv. Buck & Lysaker 2009), door transcripten van een therapie-sessie uit te werken en te scoren.

Met de MAS-A kan men onderscheid maken tussen patiënten met psychotische stoornissen en controlepersonen (Lysaker e.a. 2014), mits de beoordelaars voldoende zijn getraind in het instrument. Daarnaast wordt metacognitie beoordeeld op basis van wat de patiënt spontaan laat zien, wat de ecologische validiteit bevordert: er is geen sprake van fictieve karakters en situaties, maar van het verhaal van de patiënt zelf.

Metacognitie als basis voor therapie

Naast de meetinstrumenten voor metacognitieve vaardigheden bestaat er een aantal behandelmethoden gebaseerd op de verschillende invullingen van het construct. Wellicht het bekendst is de aanpak van Wells e.a. die in principe is ontwikkeld voor angst en depressie, maar die gezien de transdiagnostische grondslag wellicht ook bij andere stoornissen kan worden ingezet, zoals PTSS (Wells & Colbear 2012) en psychotische stoornissen (Morrison e.a. 2014). Hoewel de therapie gebaseerd is op een cognitief model wijkt de aanpak enigszins af van cognitieve gedragstherapie (CGT): er wordt meer ingegaan op het proces van denken dan op de inhoud van de gedachten. Wanneer het bijvoorbeeld piekeren betreft, zullen vroegere sessies voornamelijk de metacognitieve opvattingen meten, in latere sessies worden pas de gedachte-experimenten (het piekeren ter plekke oproepen) en gedragsexperimenten uitgevoerd zoals deze gebruikelijk zijn binnen CGT.

Meta-analyse laat veelbelovende resultaten zien bij angst en depressie (Normann e.a. 2014). De auteurs stellen zelf echter dat de analyse is gebaseerd op zeer kleine groepen, waardoor de nodige voorzichtigheid moet worden betracht bij het interpreteren van de resultaten. Een vooronderzoek bij tien patiënten naar de toepassing van de methode bij mensen met een psychotische stoornis leidde tot afname van ervaren symptomen, en een gerandomiseerde gecontroleerde trial lijkt gewenst (Morrison e.a. 2014).

Voor het bijstellen van metacognitieve tendenzen is een groepstraining opgesteld: de metacognitive training (MCT; Moritz e.a. 2011). Deze beslaat acht modules en is gratis beschikbaar is gesteld in meerdere talen, ook in het Nederlands (<http://clinical-neuropsychology.de/mct-psychosis-manual-dutch.html>). De ontwikkelaars beschouwen het zelf als een combinatie van CGT en cognitieve remediatie, waarbij psychotische symptomen worden aangepakt door in te steken op achterliggende processen. Een meta-analyse vindt echter geen effecten van de MCT op positieve symptomen, wanen en jumping-to-conclusions (van Oosterhout e.a. 2016).

Er is de laatste jaren sprake van een paradigmaverschuiving: waar CGT altijd al elementen van metacognitie bevatte, treden deze verder op de voorgrond. Metacognitie staat centraal in zogenaamde derdegeneratietherapieën. De bekendste hiervan is de *acceptance and commitment therapy* (ACT). Ten grondslag aan deze therapie ligt de hypothese dat menselijk lijden veelal geen expressie is van psychiatrische aandoeningen, maar bij het leven hoort. De reactie op lijden wordt aangepakt door het denken *over* het lijden aan te passen, door waardeoordelen ('ik mag deze gevoelens niet hebben') en wilsintenties ('Ik moet zo snel mogelijk van deze problemen af komen') tegen te gaan (Yovel e.a. 2014).

Een recente meta-analyse met 60 RCT's naar ACT als methode laat een kleine tot middelmatige effectgrootte zien. Er is sprake van heterogeniteit, dat wil zeggen dat er veel onverklaarde variantie tussen studies bestaat. Er kan met de huidige beschikbare data slechts worden gesteld dat ACT *mogelijk* effect heeft op psychotische symptomen, maar de kwaliteit van de studies is laag en betere trials zijn gewenst (Öst 2014).

Tot slot is er een groei van psychotherapeutische aanpakken die zich richten op het synthetische model van metacognitie en de herstelgerichte beweging. Deze hebben veelal de basis binnen het model dat is weergegeven in kader 1 (Semerari e.a. 2003) en de *Metacognition Assessment Scale - A* (bijv. Lysaker & Dimaggio 2014), of binnen het erg vergelijkbare, maar meer psychodynamisch georiënteerde model van mentaliseren (Bateman e.a. 2009). Er bestaan verscheidene interventies op dit vlak en gemeenschappelijke elementen zijn het narratief (het reconstrueren van het levensverhaal zoals dat binnen de herstelbeweging gebeurt) van de patiënt en het samen nadenken over de ervaringen van de patiënt en de therapeutische relatie om zo de metacognitieve vaardigheden te stimuleren (Hamm e.a. 2013).

Waar CGT en ACT zich voornamelijk richten op discrete elementen zoals specifieke symptomen of de interpretatie van problematische staten, richten dergelijke psychotherapieën zich op de meer synthetische activiteiten zoals het hervinden van het 'zelf' en de metacognitieve activiteiten die nodig zijn voor een persoon om zichzelf te plaatsen in de tijd, de sociale context en de wereld (Lysaker & Roe 2012).

Bewijs voor de effectiviteit van dergelijke interventies kan worden gevonden in case-studies (bijv. Salvatore e.a. 2012). Onlangs is deze therapiemethode onderzocht in een pilotstudie met 18 participanten, waarbij patiënten verbeterden op maten van subjectief herstel en hogere scores behaalden op de zelfreflectieschaal van de MAS-A (zie **TABEL 1**), met middelgrote tot grote effectsizes (Bargenquast & Schweitzer 2014). Een recente pilotstudie (de Jong e.a. nog niet gepubliceerd) in voorbereiding op een RCT (Van Donkersgoed e.a. 2014), waarbij patiënten een zeer verkorte versie van het protocol volgden (12 sessies in plaats van 40), behaalde ook positieve resultaten, zij het zonder statistische significantie. Patiënten lieten dezelfde trends van verbeteringen zien als in de case-studies en genoemde pilotstudies.

Waar cognitieve gedragstherapie zich bezighoudt met het uitdagen van disfunctionele cognities en dus vooral ingaat op de inhoud van de gedachten, stimuleert men in deze therapie metacognitie door continu aan te sluiten op het metacognitieve niveau van de cliënt met als doel dit te verhogen.

Het is hierbij relevant te vermelden dat dergelijke interventies een beroep doen op de cognitieve vermogens van cliënten. Het is daardoor mogelijk dat (comorbide) afwijkingen in het cognitief of neurobiologisch functioneren behandelsucces in de weg staan.

CONCLUSIE

Er zijn verschillende manieren om metacognitie te conceptualiseren en te definiëren. Een integratieve definitie van metacognitie is die van Semerari e.a. (2003). Dit model splitst metacognitie op in 4 domeinen en plaatst processen op een spectrum van discrete tot synthetisch. Dit model kan niet worden gezien als vervanging van andere modellen, maar is zeer bruikbaar om de verschillende concepten te plaatsen in een groter geheel.

De metacognitie is aangedaan bij mensen met psychotische stoornissen. Er zijn verschillende meetinstrumenten voor metacognitie bij mensen met psychotische stoornissen die klinisch goed toepasbaar zijn. Daarnaast zijn er verscheidene therapieën ontwikkeld met als doel aspecten van metacognitie te verbeteren (Hamm e.a. 2013). Voor deze interventies ontbreekt het op dit moment echter aan

grote, gerandomiseerde klinische trials en gedegen meta-analyses die deze resultaten bundelen tot een *evidence base* robuust genoeg om in richtlijnen te worden opgenomen.

Dergelijk onderzoek wordt momenteel uitgevoerd: er wordt voorbereidend werk gedaan voor een RCT naar op mentaliseren gebaseerde therapie (Weijers J, ten Kate C, Eurelings-Bontekoe L, Myin-Germeys I, Selten J-P. Mentalization based treatment for psychosis: a randomized controlled trial for outpatients with a nonaffective psychotic disorder. In revisie. Nederlands Trialregister NTR 4747). Ook wordt een psychotherapie die gebaseerd is op het werk van Semerari en Lysaker e.a. (metacognitieve reflectie- en inzichttherapie; MERIT) onderzocht in een landelijke RCT in meerdere centra (Van Donkersgoed e.a. 2014).

 De schaal MAS-A is in het Nederlands vertaald en te verkrijgen bij de eerste auteur van dit artikel (de Jong S, Pijnenborg GHM, Buck KD, Lysaker PH. Metacognition Assessment Scale: Een kort overzicht en codeerhandleiding voor de verkorte versie - Nederlandse versie. In eigen beheer; 2012).

LITERATUUR

- Bargaquist R, Schweitzer RD. Enhancing sense of recovery and self-reflectivity in people with schizophrenia: A pilot study of metacognitive narrative psychotherapy. *Psychol Psychother* 2014; 87: 338-56.
- Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 1999; 29: 407-18.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The 'Reading the Mind in the Eyes' Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 241-51.
- Bateman A, Fonagy P, Allen JG. Theory and practice of mentalization-based therapy. In: *Textbook of psychotherapeutic treatments*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 757-80.
- Brüne M. 'Theory of mind' in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2005; 31: 21-42.
- Buck KD, Lysaker PH. Addressing metacognitive capacity in the psychotherapy for schizophrenia: a case study. *Clin Case Stud* 2009; 8: 463-72.
- Cella M, Swan S, Medin E, Reeder C, Wykes T. Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self-esteem. *Psychol Med* 2014; 44: 469-76.
- Clore GL, Huntsinger JR. How emotions inform judgment and regulate thought. *Trends Cogn Sci* 2007; 11: 393-9.
- Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 17: 5-13.
- Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 113-26.
- Donkersgoed RJ van, de Jong S, van der Gaag M, Aleman A, Lysaker PH, Wunderink L, e.a. A manual-based individual therapy to improve metacognition in schizophrenia: protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 27.
- Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol* 1979; 34: 906-11.
- Frith CD. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove: Erlbaum; 1992.
- Frith CDD. Interacting minds - a biological basis. *Science* 1999; 286: 1692-5.
- Gaag M van der, Schütz C, Ten Napel A, Landa Y, Delespaul P, Bak M, e.a. Development of the Davos assessment of cognitive biases scale (DACOBS). *Schizophr Res* 2013; 144: 63-71.
- Hamm JA, Hasson-Ohayon I, Kukla M, Lysaker PH. Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. *Psychol Res Behav Manag* 2013; 6: 45-54.

- Jong S de, van Donkersgoed RJM, Aleman A, van der Gaag M, Wunderink L, Arends J, e.a. The practical implications of metacognitive psychotherapy in psychosis: findings from a pilot study. *J Nerv Ment Dis*, ter perse.
- Jong S de, Pijnenborg GHM, Buck KD, Lysaker PH. Metacognition Assessment Scale: Een kort overzicht en codeerhandleiding voor de verkorte versie - Nederlandse versie. In eigen beheer; 2012.
- Koren D, Seidman LJ, Goldsmith M, Harvey PD. Real-world cognitive - and metacognitive -dysfunction in schizophrenia: a new approach for measuring (and remediating) more 'right stuff'. *Schizophr Bull* 2006; 32: 310-26.
- Lysaker PH, Dimaggio G. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments. *Schizophr Bull* 2014; 40: 487-91.
- Lysaker PH, Roe D. The processes of recovery from schizophrenia: The emergent role of integrative psychotherapy, recent developments, and new directions. *J Psychother Integr* 2012; 22: 287-97.
- Lysaker PH, Vohs J, Hamm JA, Kukla M, Minor KS, de Jong S, e.a. Deficits in metacognitive capacity distinguish patients with schizophrenia from those with prolonged medical adversity. *J Psychiatr Res* 2014; 55: 126-32.
- Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *J Pers* 1972; 40: 525-43.
- Moritz S, Kerstan a, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Schmidt C, e.a. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behav Res Ther* 2011; 49: 151-7.
- Morrison AP, Pyle M, Chapman N, French P, Parker SK, Wells A. Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: a feasibility study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014; 45: 280-4.
- Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther* 2003; 41: 251-6.
- Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's *Dementia Praecox* or the Group of Schizophrenias (1911): A centenary appreciation and reconsideration. *Schizophr Bull* 2011; 37: 471-9.
- Normann N, van Emmerik AA, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress Anxiety* 2014; 31: 402-11.
- Oosterhout B van, Krabbendam L, Smeets G, van der Gaag M. Metacognitive beliefs, beliefs about voices and affective symptoms in patients with severe auditory verbal hallucinations. *Br J Clin Psychol* 2013; 52: 235-48.
- Oosterhout B van, Smit F, Krabbendam L, Castelein S, Staring T, van der Gaag M. Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: A meta-analysis on outcome studies. *Psychol Med* 2016; 46: 47-57.
- Os J van, Kenis G, Rutten BPF. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010; 468: 203-12.
- Öst L-G. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2014; 61: 105-21.
- Pijnenborg GHM, Spikman JM, Jeronimus BF, Aleman A. Insight in schizophrenia: associations with empathy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 263: 299-307.
- Reniers RLEP, Corcoran R, Drake R, Shryane NM, Völlm BA. The QCAE: a Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *J Pers Assess* 2011; 93: 84-95.
- Roncone R, Falloon IRH, Mazza M, De Risio A, Pollice R, Necozione S, e.a. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology* 2002; 35: 280-8.
- Salvatore G, Russo B, Russo M, Popolo R, Dimaggio G. Metacognition-oriented therapy for psychosis: the case of a woman with delusional disorder and paranoid personality disorder. *J Psychother Integr* 2012; 22: 314-32.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Procacci M, e.a. How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clin Psychol Psychother* 2003; 10: 238-61.
- Spreng RN, McKinnon MCM, Mar R, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *J Personal* 2009; 91: 62-71.
- Thompson V, Prowse Turner J, Pennycook G. Intuition, reason, and metacognition. *Cogn Psychol* 2011; 63: 107-40.
- Veluw SJ van, Chance S a. Differentiating between self and others: an ALE meta-analysis of fMRI studies of self-recognition and theory of mind. *Brain Imaging Behav* 2014; 8: 24-38.
- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004; 42: 385-96.
- Wells A, Colbear JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *J Clin Psychol* 2012; 68: 373-81.
- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2009.
- Yovel I, Mor N, Shakarov H. Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: An analogue investigation. *Behav Ther* 2014; 45: 482-94.

SUMMARY

Metacognition in psychotic disorders: from concepts to intervention

S. DE JONG, R.J.M. VAN DONKERSGOED, J. ARENDS, P.H. LYSAKER, L. WUNDERINK,
M. VAN DER GAAG, A. ALEMAN, G.H.M. PIJNENBORG

- BACKGROUND** Persons with a psychotic disorder commonly experience difficulties with what is considered to be metacognitive capacity. In this article we discuss several definitions of this concept, the measurement instruments involved and the clinical interventions that target this concept.
- AIM** To present a review of various frequently used definitions of metacognition and related concepts and to describe the measurement instruments involved and the treatment options available for improving the metacognitive capacity of persons with a psychotic disorder.
- METHOD** We present an overview of several definitions of metacognition in psychotic disorders and we discuss frequently used measurement instruments and treatment options. The article focuses on recent developments in a model devised by Semerari et al. The measurement instrument involved (Metacognition Assessment Scale – A) is discussed in terms of it being an addition to existing methods.
- RESULTS** On the basis of the literature it appears that metacognition and related concepts are measurable constructs, although definitions and instruments vary considerably. The new conceptualisation of social information processing also leads to the development of a new form of psychotherapy that aims to help patients suffering from psychotic disorders to improve metacognitive capacity.
- CONCLUSION** There seems to be evidence that metacognitive abilities are a possible target for treatment, but further research is needed.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 455-462

KEY WORDS metacognition, psychotic disorders, psychosis, schizophrenia, theory of mind