

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# *The ghost protocol*

## CGT bij geesten, djinns en magie

DAVID VAN DEN BERG, BIANCA RAIJMAKERS & ARNOLD SCHOLTEN

### *Samenvatting*

Het geloof in geesten en magie is van alle tijden en alle culturen, en een groot deel van de wereldbevolking gelooft in bovennatuurlijke krachten of wezens. Hoewel de meeste mensen er weinig last van hebben, lijden anderen sterk onder ideeën over geesten of magie. Zij zijn bang of gefrustreerd, en worden beperkt in hun sociaal-maatschappelijk functioneren. Zover de auteurs bekend, zijn er geen prevalentiecijfers betreffende lijdensdruk als gevolg van het geloof in geesten of magie. In de klinische praktijk zien wij echter dat een significant deel van de patiënten last heeft van deze fenomenen. Veel van deze mensen vinden nu hun gehoor in het alternatieve of religieuze 'circuit', met zeer uiteenlopende resultaten. Wij denken dat CGT voor velen een effectieve behandeling kan zijn. Dit artikel beschrijft de cultureel-maatschappelijke context van de CGT-behandeling van lijdensdruk door geesten en magie. Daarnaast presenteren wij de rationale en globale opzet van een thematisch CGT-protocol voor deze fenomenen, en illustreren dit protocol aan de hand van casuïstiek.

*Trefwoorden: CGT, geesten, magie, bezetenheid, casestudie*

### INLEIDING

Spoken, duivels, djinns, nāga, winti, brua, zwarte magie, cinler, het boze oog, voodoo, wisi, occultisme, hekserij en wat al niet meer. Bijna alle culturen hebben benamingen voor bovennatuurlijke wezens of beïnvloedingsstrategieën, die mensen frustreren in hun sociaal-maatschappelijk functioneren. In dit artikel spreken we steeds van geesten en magie. De auteurs hebben zich de laatste jaren, samen met collega's, gespecialiseerd in de preventie van ernstige psychische klachten, zoals psychosen, middels een kortdurende preventieve cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op buitengewone ervaringen (van den Berg & van der Gaag, 2011; van der Gaag, Nieman, & van den Berg, 2013). Binnen de groep van hulpzoekende mensen met een 'ultra-

hoog risico' op ernstige psychische klachten viel ons op dat veel mensen last hadden van geesten of magie. Dit 'thema' deed zich zo veel voor dat wij hiervoor een apart thematisch CGT-protocol ontwikkeld hebben (van der Gaag, Staring, van den Berg, & Baas, 2013). Het geesten-, djinns- en magieprotocol is bedoeld voor therapeuten die in de ggz werken, en we veronderstellen dat er sprake is van een automatische selectie. De patiënt meldt zich immers bij de ggz voor psychische hulp, wat veronderstelt dat hij zijn klachten niet uitsluitend beschouwt vanuit zijn religieuze of culturele verklaringsmodel, en het dus opportuun is om een CGT-behandeling voor te stellen.

### *Geesten en magie in context*

Het geloof in geesten en magie is waarschijnlijk zo oud als het menselijke bewustzijn, en veel mensen hebben buitengewone ervaringen, zoals hallucinaties (Ohayon, 2000). Een stokoude studie bij oudere volwassenen toonde bijvoorbeeld aan dat bijna de helft van de weduwen en weduwnaars met enige regelmaat de overleden partner ziet, en dat dit onafhankelijk was van cultuur of depressie (Rees, 1971). Driekwart van de mensen voert (kleine) rituelen uit voor geluk of bescherming (Wiseman, 2003; Wiseman & Watt, 2004). Dit soort positief bijgeloof zorgt er zelfs voor dat mensen taken beter uitvoeren, waarschijnlijk doordat zelfvertrouwen toeneemt (Damisch, Stoberock, & Mussweiler, 2010). Mensen zijn betekenisgevende wezens, en ingesteld op het herkennen van patronen en toekennen van betekenis zoals intentionaliteit, ook wanneer deze ontbreken. In Amerika gelooft 42% van de mensen in het bestaan van geesten ("Americans' Belief in God", 2013). In Groot-Brittannië is dit percentage zelfs 55%, waarmee meer Britten in geesten geloven dan in God (25%; "Unbelievably more Brits believe", 2014). Nederlanders zullen hier niet veel van verschillen. Hier trekken paranormaalbeurzen jaarlijks tienduizenden bezoekers, en Derek Ogilvy voert uitgebreide gesprekken met geesten en drie maanden oude baby's in zalen vol betalende bezoekers. De werkelijkheid is een sociaal construct, en factoren als cultuur en volksgeloof beïnvloeden hoe mensen buitengewone ervaringen interpreteren (Larøi et al., 2014). Zowel in het Westen als daarbuiten geeft een aanzienlijk deel van de mensen een 'paranormale' of religieuze betekenis aan buitengewone ervaringen (Castro, Burrows, & Wooffitt, 2014; Lim, Hoek, & Blom, 2014; van Duijl, Nijenhuis, Komprou, Gernaat, & de Jongh, 2010). Het is belangrijk te beseffen dat er volgens deze mensen dus helemaal niet altijd sprake is van een psychische stoornis als iemand buitengewone ervaringen heeft. Mensen die last hebben van geesten of magie melden zich in eerste instantie dan ook niet altijd bij de ggz. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer tien procent van alle ggz-patiënten in Nederland eerst een alternatief of religieus genezer raadpleegt (Knipscheer & Kleber, 2005). Zo'n alternatief of religieus genezer biedt een verklaringsmodel voor de klachten, bijvoorbeeld bezetenheid, en biedt doorgaans een vorm van 'be-

handeling'. We hebben het hier ook niet alleen over allochtone Nederlanders. Jaarlijks bezoekt maar liefst een miljoen Nederlanders een alternatief genezer en de meeste gebruikers zijn hier erg tevreden over. Gemiddeld krijgen alternatief genezers een 8,1 als rapportcijfer, versus een 7,8 voor specialisten en een 7,7 voor huisartsen (Houben-van Hertten, 2014). Regelmatig bestaan de verschillende verklaringsmodellen naast elkaar en consulteert men zowel een ggz-professional als een alternatief genezer (Hoffer, 2012).

### *Geesten, magie en het cognitieve model*

Bij veel mensen passen de ideeën over geesten en magie binnen de culturele, sociale of religieuze context. Men geeft er geen beangstigende betekenissen aan, heeft niet het idee dat deze fenomenen van grote negatieve invloed zijn op de levenswandel of voelt zich er zelfs gesterkt door. De gemiddelde Nederlandse praktiserende moslim bijvoorbeeld gelooft in djinns (die worden namelijk beschreven in de Koran), zegt wel eens een beschermende dua (spreuk) op, let erop met welke voet hij de toiletruimte binnenstapt of legt een koran naast zijn bed om het kwade af te wenden. Geesten en magie worden pas een probleem als mensen negatieve betekenissen aan ervaringen gaan geven: als ze gaan vrezen dat geesten hen iets aan zullen doen of dat alle tegenslag die ze ervaren veroorzaakt wordt door magie. De bijbehorende reactiepatronen houden de lijdensdruk in stand of verergeren deze (van den Berg & van der Gaag, 2010). Kortom, de *usual suspects* cognitie en gedrag, de centrale factoren binnen CGT, zijn ook bij deze problematiek van belang.

De disfunctionele betekenisgeving betreft doorgaans gedachten over de aanwezigheid van geesten of magie, de kwaadwillendheid of het doel van de 'belagers', en de macht of mate van invloed die de belagers kunnen hebben. De betekenisgeving is doorgaans gelaagd. Allereerst is er de primaire betekenisgeving over het feit dat er sprake is van een geest of magie. Een eerste opmerking is vaak dat men vreest een geest te zullen gaan zien of dat men bang is dat iemand magie toepast. Vervolgens heeft de persoon opvattingen over wat daar zo erg aan is. Dit betreft de negatieve verwachtingen rondom schade, bezetenheid, enzovoort, of de referentie naar negatieve basale evaluaties van het zelf of anderen.

Het ontstaan van deze negatieve ideeën over geesten en magie hangt vaak samen met buitengewone ervaringen of betekenisvolle gebeurtenissen in het leven. Mensen zien, horen, ruiken of voelen vreemde dingen, of hebben verontrustende ervaringen, bijvoorbeeld tijdens het inslapen (hypnagoog) of ontwaken (hypnopomp; Ohayon, 2000). Een voorbeeld van een dergelijke aanleiding is slaapverlamming, een fenomeen waar men in verschillende culturen verschillende verklaringen en namen voor heeft (Hoffer, 2009; de Jong, 2005). Zulke ervaringen kunnen geïnterpreteerd worden als tekenen van de aanwezigheid van een geest, waarna consoliderende factoren (zoals selectieve aandacht) in werking treden, die het probleem verder verergeren. Ideeën

over magie ontstaan vaak in perioden waarin mensen veel tegenslag ervaren op belangrijke levensgebieden, zoals gezondheid, werk, studie, liefde, vriendschappen, zwangerschap of financiën. Ook het krijgen van psychische klachten of daarmee gepaard gaande negatieve gedachten kunnen worden toegeschreven aan een externe bron: 'Iemand veroorzaakt deze negatieve gebeurtenissen via magie.' Regelmatig zijn er ook belangrijke kernopvattingen aanwezig betreffende thema's als gevaar, kwetsbaarheid, schuld, onrecht of wantrouwen naar anderen. Mensen zijn eerder in het leven bedrogen, misbruikt of mishandeld, of men heeft op cruciale momenten in het leven steun of warmte van anderen gemist (van der Gaag et al., 2013).

Vermijdings- en beveiligingsgedragingen zorgen er vaak voor dat de problemen voortbestaan en verergeren. Men gaat zich beveiligen tegen geesten door bijvoorbeeld met het licht aan te gaan slapen, met negatieve gevolgen voor de slaapkwaliteit, of voert rituelen uit om de magie te neutraliseren. Dergelijke gedragingen hebben het effect dat de negatieve opvattingen over geesten en magie versterkt worden en blijven voortbestaan.

#### HET GEESTEN-, DJINNS- EN MAGIEPROTOCOL

.....

Voor elke patiënt wordt een behandeling op maat ontworpen. De behandeling heeft een thematische focus en kan transdiagnostisch ingezet worden, los van de vastgestelde DSM-diagnose. De patiënt en de therapeut vormen samen een onderzoeksteam, dat gaat uitpluizen wat er precies gebeurt in het leven van de patiënt. De basisattitude van de therapeut is socratisch en cultureel-antropologisch. De therapeut probeert goed zicht te krijgen op wie de patiënt is en wat hij heeft meegemaakt, en tracht te begrijpen hoe de patiënt en zijn omgeving aankijken tegen bovennatuurlijke zaken. De therapeut informeert dus actief naar de culturele, sociale en religieuze context van de patiënt. Hoe kijkt de patiënt naar de werkelijkheid? Wat zijn en waren gebruiken in de familie? Hoe kijken de naasten van de patiënt tegen geesten, magie en buitengewone ervaringen aan? De therapeut probeert de patiënt dus absoluut niet te overtuigen, maar helpt deze in een zelfonderzoek betekenissen te verduidelijken binnen zijn persoonlijke context, en helpt hem vervolgens die opvattingen te onderzoeken en te toetsen. De patiënt is degene die daarbij het hardste werkt en het meeste werk verzet (van der Gaag et al., 2013).

Het protocol schrijft per fase voor wat de patiënt en therapeut samen te doen hebben (zie tabel 1). Na de introductie en een *pre-assessment* volgen een probleeminventarisatie middels het 'geesten-, djinns- en magie-interview', het maken van G-schema's (registraties van Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedragingen en Gevolgen), overige registraties en het vergaren van informatie vanuit de omgeving van de patiënt. Daarna stellen patiënt en

therapeut samen een probleemformulering op (zie figuur 1), en formuleren zij concrete en meetbare doelen voor de behandeling.

226

TABEL 1 *De acht stappen van het geesten-, djinns- en magieprotocol*

1	Introductie	
2	Pre-assessment	
3	Inventarisatie	
4	Probleemformulering en doelen stellen	
5	Interventie	<ul style="list-style-type: none"> <li>a Behandelplan</li> <li>b Psycho-educatie (onder andere van cognitieve tendensen)</li> <li>c Cognitief uitdagen</li> <li>d Gedragsexperimenten en <i>exposure</i>-opdrachten</li> <li>e Negatieve kernopvattingen</li> <li>f Gedragsverandering</li> </ul>
6	Post-assessment	
7	Consolidatie	
8	Eventuele booster-sessies	

Zoals bij veel cognitief gedragstherapeutische protocollen bestaat de essentie van de interventiefase uit het onderzoeken en uitdagen van de disfunctionele betekenisgeving, en het doorbreken van in stand houdende gedragingen. Daarbij gebruikt de therapeut een scala aan cognitieve en gedragsmatige technieken (Staring, van den Berg, Baas, & van der Gaag, 2014). Daarnaast kan psycho-educatie een belangrijke functie in de behandeling hebben, omdat het een alternatief perspectief biedt op de ervaringen van de patiënt en deze tevens normaliseert. De therapeut kan bijvoorbeeld vertellen dat 's nachts ontwaken en niet goed kunnen ademen door wetenschappers 'slaapverlamming' wordt genoemd, en dat het een onprettig, maar onschuldig verschijnsel is (de Jong, 2005). Of hij vertelt dat ons brein continu de omgeving scant op de aanwezigheid van andere mensen en dat in die patroonherkenning wel eens iets misgaat, waardoor we mensen of figuren denken te zien die er in feite niet zijn, en dat wetenschappers daar zelfs een naam voor hebben: 'pareidolie' (Sagan, 1995).

Het doel van de behandeling is (vanuit het perspectief van de therapeut) het verminderen van de lijdensdruk en verbeteren van het sociaal-maatschappelijk functioneren. Twijfelt de patiënt zelf over het bestaan van geesten of magie, en hangt hier geen identiteitsgeloof aan vast, dan kan het veel ople-

veren om het bestaan van geesten en magie te onderzoeken. Als de patiënt vervolgens zelf tot de conclusie komt dat geesten of magie niet bestaan, dan verliezen de overige negatieve opvattingen over hun aanwezigheid, kwaadwillendheid en macht ook automatisch hun geloofwaardigheid. Dat kan dus een zeer effectieve therapeutische strategie zijn. Bij veel patiënten zal de therapeut het bestaan van geesten of magie echter niet uitdagen, omdat daarmee een deel van de identiteit van de patiënt in twijfel wordt getrokken. Het uitdagen van het bestaan van djinns bij een vroom moslim bijvoorbeeld, of het uitdagen van het bestaan van de duivel bij een streng gelovig christen, is onverstandig. Voor deze mensen staat dit bestaan helemaal niet ter discussie. Proberen dit uit te dagen kan tot weerstand leiden en de therapeutische relatie beschadigen. Het is doorgaans verstandig om als therapeut een agnostisch standpunt in te nemen ten opzichte van het bestaan van geesten en magie.

De belangrijkste stap in de behandeling is het uitvoeren van gedragsexperimenten of *exposure*-opdrachten. De patiënt leert hierdoor dat hij niet gegrepen of bezeten wordt wanneer hij zijn vermijdings- en beveiligingsstrategieën achterwege laat, of dat hij wel degelijk succes kan hebben wanneer hij ondanks ideeën over magie probeert doelen te bereiken. ‘Beleven is geloven’, is het devies bij de behandeling. Het protocol sluit af met een nameting en aandacht voor het vasthouden van de gemaakte progressie. Indien gewenst wordt er een *booster*-sessie gepland.

#### CASUÏSTIEK

.....

In deze sectie presenteren wij twee gevalsbeschrijvingen van CGT bij geesten en magie. Gemeten hebben wij hierbij angst (BAI; range = 0-84; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), depressie (BDI-II; range = 0-63; Beck, Steer, & Brown, 1996), cognitieve tendensen (DACOBS; range = 0-294; van der Gaag et al., 2013) en sociaal functioneren (PSP; range = 0-100; Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini, & Pioli, 2000). Tevens namen wij de Delusion Rating Scale af (DRS; range = 0-24; Haddock, McCarron, Tarrrier, & Faragher, 1999), niet omdat wij geloven dat er altijd sprake is van wanen, maar omdat deze een informatieve dimensionale score geeft voor de mate van preoccupatie, overtuiging, lijdensdruk en verstoring van het leven door de geesten of magie. Een goede vragenlijst naar lijdensdruk als gevolg van geesten en magie bestaat naar ons weten nog niet.

#### *Casus Fahima*

.....

**Introductie** — Fahima, een 40-jarige alleenstaande, Marokkaanse vrouw meldt zich aan bij de ggz vanwege angstklachten. Tijdens de intake komt naar voren dat zij al jaren heel erg bang is voor djinns en dat dit haar hindert

in haar functioneren. Ze wordt aangemeld voor cognitieve gedragstherapie. De therapeut past het geesten-, djinns- en magieprotocol toe.

Fahima is opgegroeid in Marokko. In 1994 kwam ze bij een religieus genezer, die vertelde dat er 'voodoo' op het gezin was uitgeoefend. Zij moest op aanwijzing van de genezer enkele rituele handelingen uitvoeren. Diezelfde nacht verscheen er in haar droom een zwarte klauw met lange nagels. Zij kreeg nauwelijks lucht en het lukte haar niet om wakker te worden. Sindsdien is zij bang dat een djinn haar zal doden door middel van verstikking. In diezelfde periode is het gezin getuige geweest van een djinn die via moeder sprak. De djinn dreigde moeder iets aan te doen. Zowel vader als moeder zijn dat jaar na een kort ziekbed overleden, wat voor Fahima een bevestiging is dat djinns gevaarlijk zijn.

Fahima is erg angstig (BAI = 63) en durft al twintig jaar niet met het licht uit te slapen. Gemiddeld twee keer per week slaapt haar zus bij haar thuis. Zij slaapt al jarenlang slecht en de klachten hebben invloed op haar concentratie en stemming (BDI = 32). Zij is er 70% van overtuigd dat er 's nachts een djinn zal komen om haar te doden middels verstikking (DRS = 17). Er is sprake van verhoogde cognitieve tendensen, zoals selectieve aandacht voor gevaar (DACOBS = 162), en sprake van duidelijk verval in het sociaal functioneren (PSP = 55).

Uit schaamte praat Fahima niet met haar familie over haar angst voor djinns. Haar familie heeft het met elkaar nog wel eens over de gebeurtenissen van vroeger met de voodoo. Zij geloven ook allemaal in djinns, maar zij zijn niet van mening dat een djinn hen of hun zus lastigvalt.

**Behandelverloop** — Het geesten-, djinns- en magie-interview geeft de therapeut en Fahima meer inzicht in de opvattingen van Fahima over djinns, en de invloed van haar (culturele) achtergrond en leerervaringen. Fahima vertelt dat haar familieleden in Marokko allerlei rituelen uitvoeren om te voorkomen dat ze last krijgen van djinns. Fahima twijfelt niet aan het bestaan van djinns. De therapeut bespreekt op respectvolle wijze met Fahima hoe het komt dat zij als enige van de familie achterna wordt gezeten door een djinn. Zij geeft als verklaring dat zij degene is die de rituelen destijds moest uitvoeren, dat ze dit waarschijnlijk niet goed heeft gedaan en dat ze diezelfde nacht de droom had.

Fahima maakt G-schema's betreffende haar angst voor de djinn. Met deze informatie stellen Fahima en haar therapeut een probleemformulering op (figuur 1). Daarnaast stellen zij behandeldoelen op. Fahima wil zich sterker voelen en niet meer angstig zijn 's nachts. Concreet wil ze met het licht uit kunnen slapen en niet langer afhankelijk zijn van anderen die komen logeren, zoals haar zus. Zij hoopt dat ze beter gaat slapen, zich daardoor uitgeruster voelt en zich beter kan concentreren op haar werk (minimaal 4 keer per week verfrist ontwaken).

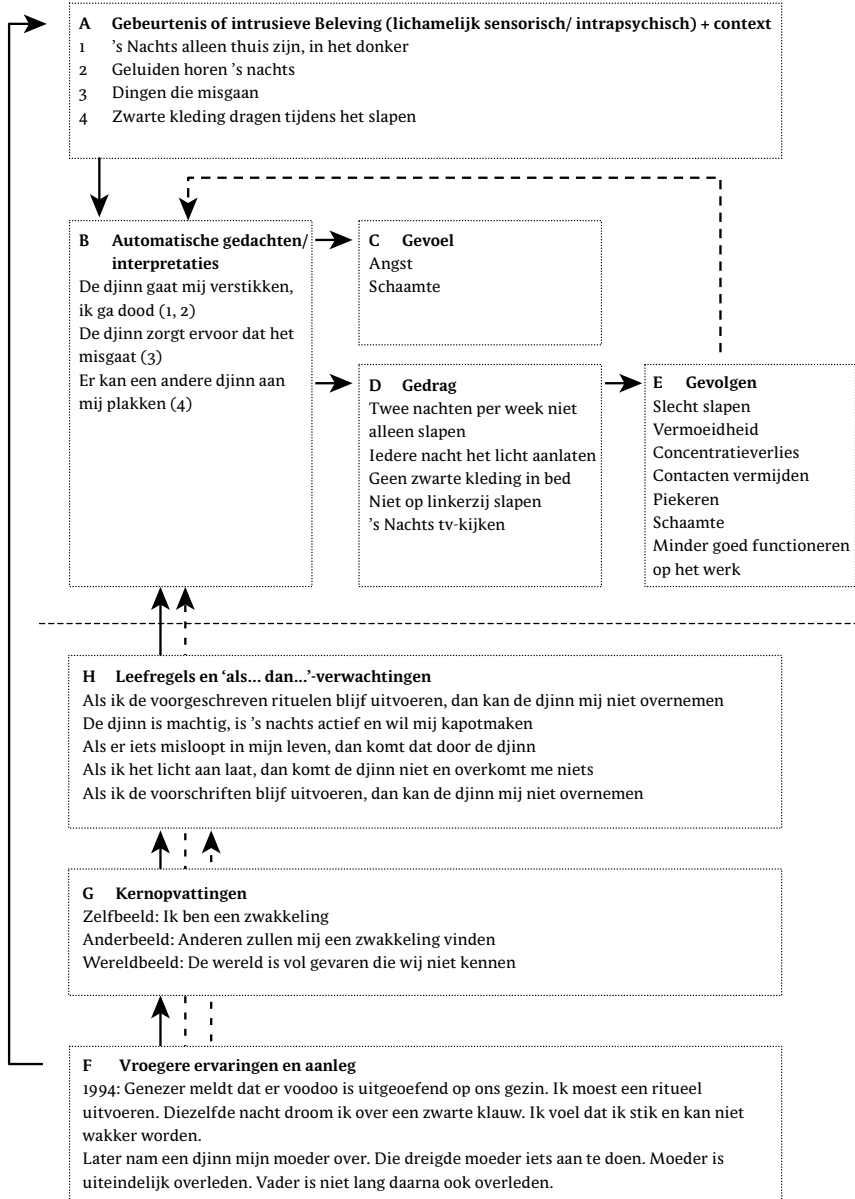


De therapeut vraagt toestemming om wat meer informatie te geven over mogelijke wetenschappelijke verklaringen voor haar ervaringen 's nachts. De psycho-educatie over slaaphallucinaties en slaapverlamming geven Fahima een nieuwe kijk op haar vroegere ervaringen. Zij begint uit zichzelf steeds vaker alternatieve verklaringen te onderzoeken, die zij noteert in G-schema's. Zo vertelt zij dat ze niet op haar linkerzij slaapt omdat ze bang is dat de djinn dan bezit van haar kan nemen. De therapeut onderzoekt dit op socratische wijze, waarna Fahima tot het besef komt dat veel mensen op hun linkerzij slapen en dat hen niets overkomt. Misschien gebeurt dat dus helemaal niet zo snel. Middels de historische toets concludeert Fahima dat zij al twintig jaar niet is gedood door de djinn, terwijl ze wel eens op haar linkerzij wakker is geworden, nadat ze zich in haar slaap per ongeluk had omgedraaid.

Het bespreken van de invloed van cognitieve tendensen maakt Fahima er bewust van dat zij geneigd is snel naar beangstigende conclusies te springen. Zij herkent bij zichzelf ook selectieve aandacht voor potentiële tekenen van de aanwezigheid van de djinn. Zij beseft daarbij ook dat ze banger is wanneer ze overdag over djinns gesproken heeft. Het uitvoeren van een taartpunttechniek, waarbij mogelijke alternatieve verklaringen voor een bepaalde gebeurtenis onderzocht worden, helpt haar om bepaalde situaties met meer nuance te gaan bekijken.

Nu Fahima wat meer twijfelt over haar (centrale) opvatting dat er 's nachts een djinn rondwaart die haar wil doden, neemt de bereidheid toe om haar verwachtingen nader te onderzoeken middels gedragsexperimenten. Fahima denkt zelf actief mee over de experimenten en de volgorde ervan. Fahima en haar therapeut ontwerpen verschillende gedragsexperimenten (in zwarte kleding slapen, op de linkerzij gaan liggen, het licht uitlaten) die steeds meerdere keren herhaald worden. Steeds merkt Fahima dat zij niet gedood wordt. Ze merkt ook dat zij beter slaapt in het donker (wat door een slaapdagboek bevestigd wordt). Na de experimenten concludeert ze: 'Eigenlijk is er al twintig jaar niets gebeurd en ook niet in alle experimenten die ik de laatste tijd gedaan heb.'

De overtuiging van Fahima dat ze door een djinn gedood zal worden als ze zich 's nachts niet beveiligd, zakt van 70% naar 5%. De angst is sterk verminderd, maar soms kan deze nog opkomen. Zij heeft dan sterk het gevoel in gevaar te zijn. Dit gaat gepaard met een intrusief beeld van de zwarte klauw die zij twintig jaar geleden 's nachts zag. Er wordt besloten om EMDR op dit beeld toe te passen. In één sessie wordt het beeld 'bewerkt'. De betekenis van de ervaring verandert hierdoor. Zij ziet die nu als slaapverlamming en concludeert dat haar probleem nooit zo groot was geworden als ze toen CGT had ondergaan. Fahima voelt zich sterker. Zij slaapt beter en functioneert daarvoor ook beter op haar werk. Ook durft ze zich, met name 's avonds, vrijelijker te bewegen.

FIGUUR 1 *Probleemformulering Fahima*

**Reflectie** — Uit deze casus blijkt het belang van het vergaren van informatie over de culturele achtergrond, eerdere ervaringen met djinns en voodoo, en ook in hoeverre het systeem de opvattingen van de patiënt deelt. Het bestaan van djinns stond in deze behandeling niet ter discussie, maar wel de

centrale opvatting of djinns haar daadwerkelijk iets aan wilden doen. Fahima had al enige twijfel, dus er kon snel gestart worden met het uitdagen van deze centrale opvatting. Als gevolg hiervan ging Fahima ook twijfelen aan het bestaan van djinns. Maar de therapeut behield haar agnostische attitude.

Er is vrij veel tijd besteed aan het uitvoeren van de gedragsexperimenten in deze behandeling. Fahima bleef subtiele beveiligingsgedragingen toepassen bij het uitvoeren van de gedragsexperimenten. Zij ging bijvoorbeeld later naar bed, zodat de nacht minder lang zou duren. Zij wilde de experimenten het liefst ook maar enkele keren per week uitvoeren. Het is belangrijk om als therapeut gespitst te zijn op zulke subtiele vermijdings- en beveiligingsstrategieën. Deze kunnen de geloofwaardigheid van de uitkomsten van de gedragsexperimenten ondermijnen, doordat de patiënt de positieve uitkomsten hier onbewust aan toe kan schrijven. Verder kan het een valkuil zijn om (te lang) mee te gaan in het veiligheidsgedrag van de patiënt. Soms is het voor het behoud van voldoende motivatie echter noodzakelijk om de moeilijkheidsgraad van de gedragsexperimenten stap voor stap te verhogen, waarbij de therapeut steeds bespreekt of de negatieve verwachting is uitgekomen en wat dit betekent. Ook is het belangrijk de experimenten goed te timen: er moet minstens enige (gevoelsmatige) twijfel bestaan, anders is de kans op weerstand groot.

De behandeling wordt succesvol afgerond. Fahima is niet meer bang voor djinns (BAI voormeting = 63, nameting = 27). De resterende angstscore komt voort uit klassieke panieklachten als gevolg van lichamelijke sensaties, die volledig losstaan van de djinns. Fahima voelt zich minder somber na de behandeling (BDI voormeting = 32, nameting = 3). De preoccupatie en lijdensdruk is sterk afgenomen (DRS voormeting = 17, nameting = 6). Verder is er een afname van cognitieve tendensen (DACOBS voormeting = 162, nameting = 112) en haar functioneren in het dagelijkse leven is sterk verbeterd (PSP voormeting = 55, nameting = 85). Therapeut en Fahima vervolgen na de nameting de behandeling met het CGT-protocol voor paniek (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011).

### *Casus Dinesh*

.....

**Introductie** — Dinesh, een 58-jarige man, wordt aangemeld voor CGT omdat hij last heeft van geesten. Hij is in behandeling voor alcoholafhankelijkheid en heeft nu al een aantal maanden niet gedronken. Desondanks blijft hij somber (BDI = 37) en angstig (BAI = 51). Zijn gedachten (DRS = 16) worden beheerst door geesten. Hij is er 100% van overtuigd dat geesten macht op hem uitoefenen en dat hij zich hiertegen moet wapenen. Zijn denkstijlen zijn dogmatisch, hij trekt snel conclusies en is zeer alert op gevaar. Dinesh heeft daarbij de neiging om zaken die mislopen toe te schrijven aan factoren buiten zichzelf. Hij beveiligd zich door het plaatsen van verse knoflook en

religieuze beelden. Hij reciteert mantra's en slaapt met een mes in zijn kus-sensloop (DACOBS = 233). Dinesh functioneert matig (PSP = 55) en heeft weinig contact met zijn familie. Zijn kennissenkring ontloopt hij omdat bij het merendeel de vriendschap gebaseerd was op de fles. Hij voelt zich eenzaam. Wel werkt hij een aantal dagdelen als vrijwilliger in een buurtcentrum, en sport hij af en toe.

Dinesh heeft drie kinderen. Hij is opgegroeid op het platteland van Suriname. Op zijn 23ste werd hij uitgehuwelijkt en vertrok hij met zijn vrouw naar Nederland. Dit was een welkome vlucht, aangezien vader het gezin terroriseerde en zijn zonen dwong het land te bewerken. Vader sloeg onvoorspelbaar, waarbij moeder het niet aandurfde hem te trotseren om haar kinderen te beschermen. Zij huilde veel. Vader had zelfs het perceel waar Dinesh zijn bruiloft mee zou bekostigen verkwaanseld aan de drank. Na aankomst in Nederland kreeg Dinesh snel kinderen en ging hij werken in een magazijn. Hier werkte hij 32 jaar, tot hij vanwege een rughernia niet langer zwaar werk mocht verrichten en gedeeltelijk werd afgekeurd. Kort daarna is hij gescheiden door oplopende conflicten met zijn partner. Dinesh ontwikkelde de overtuiging dat zijn ex-vrouw zwarte magie op hem had laten uitvoeren. Zijn alcoholgebruik nam successievelijk toe.

Dinesh groeide op in een cultuur van geesten en magie. Vader was vaak dagenlang afwezig en verklaarde zijn afwezigheid door aan te geven dat hij op bakroejacht was geweest (een bakroe is een Surinaams dwergspook dat zich slaafs opstelt tegenover degene die hem vangt). Rond zijn twaalfde heeft Dinesh een schaduw gezien waarvan hij overtuigd was dat het een geest was. Zijn familie deelde deze verklaring niet. Vier jaar later zag hij een rituele geestuitdrijving op het lokale marktplein. Dit was voor hem het overtuigende bewijs voor het bestaan van geesten. Momenteel ervaart Dinesh regelmatig slaapverlamming, die hij interpreteert als een actie van een geest die tracht bezit van hem te nemen. Tijdens het ontwaken hoort hij af en toe tempelmuziek. Dit betekent voor hem dat hij op het nippertje ontsnapt is, dat het de geesten net niet gelukt is om bezit van hem te nemen.

In Suriname heeft Dinesh een winti wasi ondergaan (een ritueel kruidenbad). In Nederland heeft hij de hulp ingeschakeld van een alternatief genezer. Hier heeft hij vierhonderd euro voor betaald. Tijdens het tweede consult werd een bloedoffer voorgesteld, tegen een bedrag van tweeëntwintighonderd euro. Er werd hem verteld dat zolang de geesten macht over hem hadden, hij geen nieuwe vrouw zou vinden. Dinesh is hier niet op ingegaan, aangezien hem van jongs af aan is voorgehouden dat het offeren van bloed de duivel oproept.

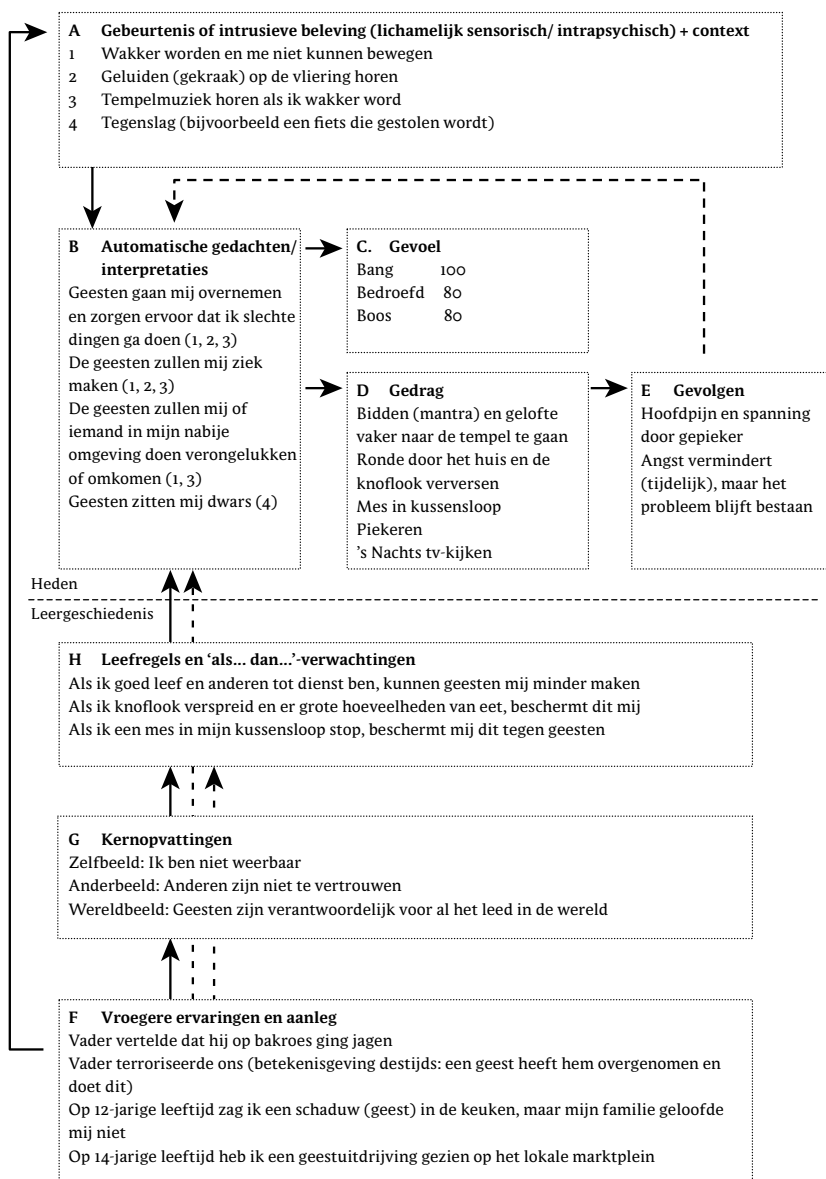
**Behandelverloop** — Tijdens de inventarisatiefase, waarin Dinesh en de therapeut samen proberen de problemen van Dinesh te verduidelijken en te begrijpen, geeft Dinesh aan dat hij twijfelt over het voortzetten van de behandeling. Hij merkt een toename van hoofdpijn en somberheid na de ses-

sies. Hij heeft het idee dat praten over geesten ziekmakend is. De therapeut stelt een interoceptief experiment voor met als doel hem te laten ervaren of hoofdpijn en stemming beïnvloed kunnen worden.

De therapeut laat Dinesh zijn aandacht richten op de locatie van zijn hoofdpijn. Dit leidt tot een toename van klachten. Vervolgens begeleidt de therapeut hem door een relaxatieoefening. De hoofdpijn neemt af en zijn stemming verbetert zienderogen. Na deze oefening wil Dinesh de behandeling continueren. Hij concludeert dat het waarschijnlijk is dat piekeren over geesten deze klachten veroorzaakt. Dinesh neemt zich tevens voor na elke sessie iets actiefs te gaan doen in plaats van thuis op de bank te gaan zitten piekeren. De therapeut en Dinesh stellen de probleemformulering op (figuur 2), waarbij Dinesh zichzelf de volgende doelen stelt: minder lijden onder de geesten (minimaal 50% daling op DRS), minder somber zijn (minimaal 50% daling op BDI), beter slapen (minimaal 5 keer per week binnen een half uur inslapen en verfrist ontwaken) en zich over het algemeen meer op zijn gemak voelen thuis.

Nu de probleemformulering helder is, geeft de therapeut, met toestemming van Dinesh, uitgebreidere psycho-educatie. Deze richt zich vooral op het fenomeen slaapverlamming en de hypnopompe hallucinaties (tempelmuziek). De therapeut presenteert deze informatie niet als waarheid, maar als mogelijk nuttige informatie vanuit westers wetenschappelijke hoek. Na het kijken van een informatieve *explanation* (een filmpje waarin een concept uitgelegd wordt) over de invloed van betekenisgeving en een filmpje over slaapverlamming (via YouTube-kanaal 'Gedachten Uitpluizen') begint Dinesh te twifelen aan het idee dat geesten hem in zijn slaap proberen over te nemen. Hij denkt dat de wetenschappelijke verklaringen plausibel zijn en vindt het vooral een geruststellend idee dat erg veel mensen deze ervaring hebben. Dinesh maakt G-schema's en is steeds beter in staat zijn ervaringen van alternatieve, meer genuanceerde, verklaringen te voorzien. De invloed en macht van de geesten worden uitgedaagd middels verschillende cognitieve technieken. De therapeut voert een historische toets uit, waarbij Dinesh ontdekt dat het eigenlijk slechts één keer is voorgekomen dat hij door een geest werd overgenomen. Hij heeft toen in dronken toestand zijn ex-vrouw geslagen. Exploratie van dat moment middels een taartpunttechniek zorgt ervoor dat hij dit gedrag meer aan zichzelf begint toe te schrijven. Er zijn andere redenen waarom mensen dingen kunnen doen die ze eigenlijk niet willen, bijvoorbeeld omdat ze minder remmingen hebben als ze dronken zijn. Dit laatste leek Dinesh een waarschijnlijke verklaring voor zijn gedrag. Op dezelfde wijze bespreken de therapeut en Dinesh het agressieve gedrag van vader vroeger. Dinesh doet daarbij in zijn familie navraag over vader.

De overtuiging dat geesten hem kunnen overnemen wordt onderzocht middels de historische toets en het onderzoeken van de bewijzen voor en tegen dit idee. Daarna wordt het beveiligingsgedrag van Dinesh aan een kosten-batenanalyse onderworpen. Dinesh heeft zijn gedrag nooit eerder op



FIGUUR 2 *Probleemformulering Dinesh*

zo'n manier bekeken. Hij begint zich te realiseren dat er veel nadelen aan zijn strategieën kleven. De twijfel neemt toe bij Dinesh en zijn motivatie om te starten met de gedragsexperimenten stijgt. Dinesh en zijn therapeut ontwerpen samen een gedragsexperiment. Het aardappelschilmes in zijn kus-

sensloop blijkt Dinesh als laatste aan zijn beveiligingsrepertoire te hebben toegevoegd. Het idee om een week zonder mes te slapen vindt Dinesh nog een stap te ver gaan. Hij besluit de ene dag met het mes te gaan slapen, en de andere dag zonder. Zonder mes verwacht hij te worden overgenomen door een geest. Hij zal dan geen controle meer over zijn gedrag hebben en in het ergste geval zichzelf of een ander iets aandoen. Tijdens de evaluatie blijkt het niet uit te maken of hij het mes in zijn kussensloop stopt. Hij is niet overgenomen en ervoer zelfs geen slaapverlamming. Hij pakt hierna actief door en slaapt elke nacht zonder mes. Er gebeurt niets.

Als volgend gedragsexperiment stelt Dinesh voor om de mantra in te korten. Voordat hij gaat slapen, herhaalt hij 108 keer dezelfde mantra. Dit is tijdrovend en hij vindt het vervelend om te doen. De volgende week heeft hij zoals afgesproken de mantra één maal per avond gereciteerd. Zijn negatieve verwachting is niet uitgekomen. Binnen zijn kennissenkring is er niemand overleden en hij is niet overgenomen door een geest. Hij heeft wel slaapverlamming ervaren, maar dit schrijft hij inmiddels toe aan 'iets in zijn hersenen'. Zonder dat de therapeut hier direct op heeft geïntervenieerd, begint Dinesh zich hardop af te vragen of geesten überhaupt wel bestaan.

Dinesh gaat een week met familie op vakantie. Dit is een kans om een overtuigend experiment te doen naar de macht van de geesten. Hij verzamelt alle dingen waarvan hij denkt dat deze hem en zijn huis beschermen tegen geesten. Hij stopt de knoflook, beelden en posters in een verhuisdoos. Deze doos laat hij bij een vriend achter. Zijn negatieve verwachting is dat zijn huis zal afbranden. Hij vindt het een spannend experiment. De daaropvolgende sessie blijkt zijn huis ongeschonden te zijn gebleven. Na terugkomst van vakantie heeft hij zelfs drie nachten achtereenvolgend goed geslapen. Dinesh is opgetogen en vertelt zich lange tijd niet zo goed te hebben gevoeld. De overtuiging dat geesten bestaan daalt naar 5%. Het idee dat ze hem kunnen overnemen of iets aandoen vindt hij niet langer geloofwaardig. Hij voert geen vermijdings- en beveiligingsstrategieën meer uit.

### *Reflectie*

.....

Dinesh is niet langer overtuigd van het bestaan van geesten. Deze uitkomst had de therapeut verwacht noch bedoeld, gezien de mate van overtuiging bij aanvang van de behandeling. De insteek van de behandeling was het uitdagen van de *macht* die de geesten specifiek op Dinesh konden uitoefenen en niet het uitdagen van het *bestaan* van geesten. Bij de nameting blijkt Dinesh niet langer somber (BDI voormeting = 37, nameting = 3). De angst is verminderd, maar blijft aanzienlijk (BAI voormeting = 51, nameting = 40). Hij heeft last van claustrofobie en milde OCD-klachten, die volledig losstaan van zijn ideeën over geesten. Hij controleert het gasfornuis, de ramen en voordeur. Hij denkt nog dagelijks aan geesten (DRS voormeting = 16, nameting = 7),

maar de gedachten zijn vluchtig en hij ondervindt er weinig hinder van. Wat betreft denkstijlen (DACOBS voormeting = 233, nameting = 189) valt op dat hij minder snel conclusies trekt en meer geneigd is om alternatieve verklaringen te overwegen. Dinesh functioneert beter (PSP voormeting = 55, nameting = 75). Hij is actiever en het contact met zijn dochters is verbeterd. Hij voelt zich minder eenzaam. De controledwang vermindert vrij snel na enkele sessies CGT gericht op exposure met responspreventie. Hij voelt nog slechts tweemaal aan de klink van de voordeur.

Na twee maanden blijkt Dinesh weer forse klachten te hebben. Er zijn nu nachtmerries en herbelevingen. De diagnose PTSS wordt gesteld. Het idee dat vader bezeten was, heeft de klachten lang bedekt. Vaders gedrag verklaarde Dinesh vanuit deze bezetenheid, waardoor zijn angst en boosheid gericht waren op de geesten. Zo bleek uit de gesprekken met familieleden dat de bakroejacht het equivalent van een kroegavontuur was. De therapeut heeft stilgestaan bij de rouw die de hernieuwde betekenisgeving met zich mee zou brengen. De therapeut had de functie van de geesten onderschat. Dinesh betrok geesten bij al het leed in de wereld. Nu hij niet langer in geesten gelooft, realiseert hij zich dat mensen in staat zijn tot verschrikkelijke dingen. Zijn vader was helemaal niet bezeten door geesten en hij was het zelf die zijn ex-vrouw heeft geslagen. Dit maakt dat Dinesh nu veel last heeft van deze herinneringen. Dinesh start op korte termijn met imaginaire exposure gericht op de PTSS-klachten.

#### *Toevoeging van systeeminterventies*

In zijn algemeenheid raden wij aan belangrijke anderen van de patiënt minimaal één keer te zien in de beginfase van de behandeling. Dit levert informatie op over de opvattingen die binnen het systeem bestaan over geesten en magie, en over mogelijke thema's of spanningen die aanwezig zijn binnen het systeem. Vooral bij magie kan de problematiek een interpersoonlijk karakter hebben, aangezien er bij magie een veronderstelde dader is, een ander mens. Dat is vaak een bekende van de patiënt (ook hier is het schoonmoeder die het vaak heeft gedaan). In zulke situaties kan het CGT-protocol aangevuld worden met systeeminterventies. Belangrijke thema's als expliciete of impliciete conflicten binnen het systeem kunnen daar op passende wijze besproken worden. Als zulke zaken door het systeem goed doorwerkt kunnen worden, maakt dit de aanname dat de veronderstelde dader magie heeft uitgeoefend minder geloofwaardig. Zo verdwenen de ideeën over voodoo van een patiënte na twee systeemgesprekken, waarin ze kon uiten dat ze zich niet geaccepteerd voelde door haar schoonfamilie. Nadat de schoonfamilie dit weersprak en uitlegde hoe ze aan elkaar hadden moeten wennen, maar haar nu zeer waardeerde, verdween een groot deel van haar preoccupatie met magie. Het hielp daarbij ook dat de therapeut haar man prikkelde om meer naast zijn vrouw te gaan staan in familiediscussies. Hoewel wij niet denken dat dit bij elke behandeling nodig is, kan het uitbreiden betrekken van het systeem soms een voorwaarde zijn voor een geslaagd therapeutisch proces. Het geniet daarbij de voorkeur om de systeemtherapie



parallel aan de CGT te laten lopen, zodat de focus van de individuele CGT behouden blijft.

### *Een korte illustratie*

Een 52-jarige Française is ervan overtuigd dat haar moeder voodoo op haar heeft laten uitvoeren. Alle tegenslagen, alsmede haar somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, schrijft zij toe aan de voodoo die via haar moeder op haar uitgeoefend wordt. Patiënte is geboren in koloniaal Afrika en opgegroeid met de lokale gebruiken. Haar familieleden, zoals haar moeder en haar eigen dochter, geloven ook in voodoo. Het is binnen haar familie een geaccepteerd fenomeen. Moeder is zelfs bevriend met een voodoo priester.

De biografie van patiënte leest als een schelmenroman. Haar leven is tumultueus verlopen, net als de relatie met haar moeder. Patiënte is de facto opgevoed door opa en oma en hun personeel. Patiënte heeft haar moeder op 6-jarige leeftijd betrappt met een andere man en heeft moeder hier vervolgens mee gechanteerd. Haar moeder werd door haar partner, de vader van patiënte, regelmatig ernstig mishandeld. Toen patiënte 12 jaar oud was, is moeder naar het buitenland gevlucht. Patiënte bleef achter bij vader en voelde zich ontzettend in de steek gelaten. Ze neemt haar moeder dit tot vandaag de dag kwalijk.

Na de CGT-inventarisatiefase en probleemformulering besluiten therapeut en patiënte om de behandeling eerst te richten op de relatie tussen patiënte en haar moeder, aangezien hierbinnen enkele belangrijke onopgeloste conflicten spelen. Ze gaan daarnaast, met een lagere intensiteit, wel door met het uitpluizen en toetsen van bepaalde opvattingen van patiënte over beïnvloeding middels voodoo. Het is helaas moeilijk om moeder in de therapiekamer te krijgen, aangezien zij in Zuid-Frankrijk woont. Een oefening met rolwisseling doet patiënte milder oordelen over haar moeder. De therapeut moedigt patiënte aan om met haar moeder te gaan praten tijdens haar komende vakantie in Zuid-Frankrijk. Moeder heeft eerder al een schriftelijke handreiking gedaan, echter telkens als patiënte en moeder in gesprek gaan, explodeert de situatie.

Het gesprek met moeder wordt voorbereid binnen de therapie, waarbij diverse communicatiestrategieën worden besproken. Patiënte bezoekt moeder inderdaad een aantal malen tijdens de vakantie. Moeder blijkt het niet makkelijk te hebben gehad de laatste tijd. Ze heeft diverse tegenslagen te verwerken gekregen en blijkt ernstig ziek te zijn. Dat zorgt ervoor dat patiënte met meer compassie en mededogen over haar moeder gaat denken, en haar excuses kan accepteren. De gesprekken met moeder zijn verbindend en patiënte begint meer begrip voor het gedrag van haar moeder in het verleden te ontwikkelen. Een stap in de goede richting.

Na terugkomst bespreekt patiënte met haar therapeut wat het voorgaande betekent voor haar opvatting dat moeder voodoo op haar heeft laten uitoefenen. Patiënte blijkt daar niet langer van overtuigd. De overtuiging dat er voodoo op haar wordt uitgeoefend is ook verminderd, maar nog niet verdwenen. Zij schrijft de voodoo nu toe aan een vriendin, die zich tijdens een autorit negatief over haar uitliet. Het motief zou jaloezie zijn. Dat het nu beter gaat met patiënte zou moeilijk te verdra-

gen zijn voor deze vriendin. Er wordt dus vervolgd met CGT middels het geesten-, djinns- en magieprotocol. De relatie met de vriendin wordt daarnaast onderwerp van gesprek.

#### DISCUSSIE

.....

Hoewel er opiniepeilingen zijn gehouden over het geloof in bovennatuurlijke zaken als geesten en magie, is er geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de prevalentie van lijdensdruk als gevolg van deze fenomenen. In de klinische praktijk komen behandelaren die werken met angst, psychose en depressie deze thema's niettemin tegen, zeker als ze ernaar vragen. In Den Haag (*catchment area* 500.000) zien wij op de afdeling *early detection and intervention* wekelijks mensen die last hebben van geesten of magie. Deze mensen komen naar voren uit een screening waarin op directe wijze gevraagd wordt naar lijdensdruk onder buitengewone ervaringen (Ising et al., 2012). Er heeft zover wij weten ook geen wetenschappelijk onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van psychologische of farmacologische behandeling van geesten of magie. Er bestonden voorheen ook nog geen specifieke behandelprotocollen. Daarnaast vindt de 'behandeling' van mensen die last hebben van geesten of magie, zoals we eerder aangaven, voor een significant deel plaats in het religieuze of alternatieve circuit (Houben-van Herten, 2014). Veel patiënten die zich uiteindelijk bij de ggz melden, hebben eerder aangeklopt bij een traditionele genezer, medium, geestelijke, djinnuitdrijver, exorcist, bonuman, lukuman, fqih of sjamaan (Knipscheer & Kleber, 2005). Soms heeft dit resultaat, in ieder geval tijdelijk, soms zijn het echter regelrecht traumatische ervaringen. Wij zien mensen bij wie men gepoogd heeft geesten uit te drijven middels stokslagen en andere nare fysieke of seksuele mishandelingen. Ook zien we regelmatig mensen die eerst bang werden gemaakt (iemand kwam hun bijvoorbeeld vertellen dat ze in gevaar waren) en vervolgens gestimuleerd om ter bescherming steeds duurdere rituelen uit te voeren (zie casus Dinesh). Er zijn natuurlijk ook slechte psychologen en artsen, maar controle en tuchtrecht ontbreken in het alternatieve circuit. Wij raden verwijzing naar het alternatieve circuit dan ook af. Wel adviseren we met patiënten in gesprek te gaan over eventuele behandeling in het alternatieve of religieuze circuit. De ggz-behandelaar kan het beste een open instelling hanteren en op geïnteresseerde wijze vragen naar de ervaringen met alternatief genezers. Dit vergroot de kans dat de patiënt die openlijk deelt. Geestelijk verzorgers kunnen een belangrijke brugfunctie tussen de verschillende verklaringsmodellen vormen en patiënten van gepast advies voorzien. Reguliere en alternatieve (of religieuze) behandelingen kunnen prima samengaan, indien die behandelingen niet schadelijk zijn en een billijke prijs hebben (Hoenders, Appelo, & de Jong, 2014).

Het is duidelijk dat de sociale en culturele context van mensen van invloed is op de betekenisgeving aan buitengewone ervaringen (Larøi et al., 2014). Het is daarom van belang dat de therapeut vanuit een agnostische (niet-wetende), oprechte houding informeert naar, en aansluit bij, de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving. Het kan daarbij helpen om iets te weten van de fenomenen die binnen een cultuur spelen, maar zonder aannames informeren kan ook goed werken. Het is een foutieve aanname dat elke islamiet hetzelfde denkt over djinns of dat alle christenen dezelfde betekenis aan de duivel geven. Wij horen juist vele verschillende en zeer uiteenlopende interpretaties. Het gaat om iemands unieke visie op de werkelijkheid. Sommige patiënten geven aan dat zij de voorkeur geven aan een therapeut met dezelfde etnische of culturele achtergrond, vaak vanuit het idee dat deze de persoon beter zal begrijpen. We horen echter even vaak dat patiënten het fijn vinden dat de therapeut juist een andere achtergrond heeft. Deze mensen geven aan dat ze zich veiliger voelen om er open over te spreken, zonder schaamte, of geven aan dat zij het fijn vinden een heel andere visie op bovennatuurlijke zaken te horen. Wij adviseren derhalve dit thema bij aanvang van de behandeling te bespreken met de patiënt.

Het geesten-, djinns- en magieprotocol is een thematisch protocol, dat transdiagnostisch gebruikt kan worden bij geesten en magie die lijdensdruk veroorzaken, waarbij er niet primair sprake is van auditieve verbale hallucinaties (stemmen die tegen of over de patiënt spreken, of opdrachten geven). Indien de voornaamste klacht van de patiënt auditieve verbale hallucinaties betreft die worden geïnterpreteerd als geesten, duivels, djinns of andere bovennatuurlijke wezens, adviseren wij het gebruik van het bijbehorende stemmenprotocol (van der Gaag et al., 2013).

Het geesten-, djinns- en magieprotocol is gebaseerd op aangetoond effectieve cognitieve gedragstherapie die gebruikt wordt bij angststoornissen en psychosen (Hofman & Smits, 2008; Turner, van der Gaag, Karyotaki, & Cuijpers, 2014; van der Gaag, Valmaggia, & Smit, 2014). Er is geen kwalitatief onderscheid tussen deze klachten en andere angst- of psychoseklachten. Het is tevens onze klinische ervaring dat de toepassing van dit protocol de lijdensdruk onder geesten en magie kan verminderen. Er is echter behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van dit specifieke protocol. Wij passen dit protocol nu twee jaar toe en in veel gevallen met positief resultaat. Veel patiënten blijven geloven in geesten of magie, maar worden in hun functioneren niet langer beperkt door deze fenomenen. Wij hebben tot op heden naar schatting vijftig mensen behandeld met dit protocol. Tal van patiënten benadrukken na de behandeling dat ze veel baat hadden bij het feit dat de therapeut enerzijds aansloot bij hun belevingswereld en achtergrond, en anderzijds kwam met een (cognitief-gedragstherapeutische) rationale die uitzicht bood op verandering. De onderzoekende attitude van het uitpluizen en toetsen van negatieve verwachtingen in gedragsexperimenten wordt door veel patiënten als essentieel onderdeel van de behandeling ervaren. De

omgeving van de patiënt waardeert het om bij de behandeling betrokken te worden. Vaak is het zo dat zij de opvattingen over het bestaan van geesten en magie met de patiënt delen, maar niet het idee dat de patiënt daadwerkelijk het slachtoffer is van geesten en magie, of in werkelijk gevaar verkeert. Uit onderzoek zal moeten blijken of dit CGT-protocol inderdaad de lijdensdruk onder geesten en magie vermindert, en daarmee het dagelijks functioneren verbetert. Op deze manier hopen we ervoor te zorgen dat het reguliere ggz-systeem een adequaat alternatief kan bieden voor mensen die lijden onder geesten of magie.

#### INFORMATIE OVER HET PROTOCOL EN NUTTIGE MIDDELEN

.....

Het geesten-, djinns- en magieprotocol is een van de zeven protocollen van *Gedachten uitpluizen* (van der Gaag et al., 2013). Het 'kale' protocol en alle gebruikte therapieformulieren en tests kunnen gratis gedownload worden van de website [www.gedachtenuitpluizen.nl](http://www.gedachtenuitpluizen.nl). Hier vindt u ook informatie van ZoZitDat's en explanimations over het onderwerp. Tevens kunt u van deze website gratis het *Gedachten uitpluizen: Therapeutische technieken en vaardigheden boek* downloaden, waarin alle gebruikte CGT-technieken beschreven staan (Staring et al., 2014). Voor elke techniek en vaardigheid staat hierin beschreven wanneer ze toe te passen is, wat de rationale ervan is, hoe ze stapsgewijs uitgevoerd dient te worden, een uitgeschreven praktijkvoorbeeld en *tips and tricks* voor de uitvoering.

**DAVID VAN DEN BERG** Centrum Eerste Psychose/Early Detection and Intervention Team Parnassia, Den Haag. Wetenschappelijk Onderzoek en Innovatie Parnassia. *Adres:* Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag.

**BIANCA RAIJMAKERS** Centrum Eerste Psychose/Early Detection and Intervention Team, Parnassia. *Adres:* Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag.

**ARNOLD SCHOLTEN** Brijder verslavingszorg, Den Haag. *Adres:* Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag.  
*Correspondentieadres:* Drs. David van den Berg, Zoutkeetsingel 40, 2512 HN Den Haag. E-mail: [d.vandenberg@parnassia.nl](mailto:d.vandenberg@parnassia.nl)

**Summary** The belief in spirits and magic is of all times and all cultures. Much of the world's population believes in supernatural powers or beings. While this does not distress most people, some are greatly affected by ideas about spirits or magic. They are scared or frustrated, and are limited in their social functioning. To our knowledge, there are no prevalence data on distress caused by the belief in spirits or magic. In clinical practice we find a significant proportion of the mental health care users to be distressed by these phenomena. Many of these people now find help in alternative medicine or religious forms of 'treatment'. We believe that for

many people CBT may be effective. This article describes the cultural and social context of the CBT treatment of distress caused by spirits and magic. In addition, we present the rationale and overall design of a CBT protocol for these phenomena and illustrate this with two case examples.

**Keywords:** CBT, ghost, magic, possession, case study

### Literatuur

- Americans' belief in God, miracles and heaven declines (2013). Gevonden op 12 mei 2015, op <http://www.harrisinteractive.com/NewsRoom/HarrisPolls/tabid/447/ctl/ReadCustom%20Default/mid/1508/ArticleId/1353/Default.aspx>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Castro, M., Burrows, R., & Wooffitt, R. (2014). The paranormal is (still) normal: The sociological implications of a survey of paranormal experiences in Great Britain. *Sociological Research Online*, 19(3).
- Damisch, L., Stoberock, B., & Mussweiler, T. (2010). Keep your fingers crossed! How superstition improves performance. *Psychological Science*, 21, 1014-1020.  
doi:10.1177/095679761037263
- de Jong, J. T. V. M. (2005). Cultural variation in the clinical presentation of sleep paralysis. *Transcultural Psychiatry*, 42, 78-92.  
doi:10.1177/1363461505050711
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-89.
- Hoenders, R., Appelo, M., & de Jong, J. (2014). Integrale geneeskunde: Een brug tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen passend bij de tijdgeest. *GGZet Wetenschappelijk*, 18, 48-63.
- Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: Beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Hoffer, C. (2012). Religieuze tradities, volksgeloof en religieuze geneeswijzen in multicultureel Nederland. In P. J. Verhagen & H. J. G. M. van Megen (Eds.), *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Houben-van Herten, M. (2014). *Bijna 1 miljoen mensen onder behandeling van een alternatieve geneezer*. Retrieved from <http://www.cbs.nl>
- Ising, H. K., Veling, W., Loewy, R. L., Rietveld, M. W., Rietdijk, J., Dragt, S., ... van der Gaag, M. (2012). The validity of the 16-item version of the prodromal questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1288-96. doi:10.1093/schbul/sbs068
- Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2011). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1*. Amsterdam: Boom.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005). Migranten in de ggz: Empirische bevindingen rond gezondheid, hulp-

- zoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753-759.
- Larøi, F., Luhrmann, T. M., Bell, V., Christian, W. A., Deshpande, S., Fernyhough, C., ... Woods, A. (2014). Culture and hallucinations: Overview and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (Suppl 4), S213-20. doi:10.1093/schbul/sbu01
- Lim, A., Hoek, H. W., & Blom, J. D. (2014). The attribution of psychotic symptoms to jinn in islamic patients. *Transcultural Psychiatry*, 52, 18-32. doi:10.1177/1363461514543146
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 323-329.
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research*, 97, 153-164.
- Rees, W. D. (1971). The hallucinations of widowhood. *British Medical Journal*, 4, 37.
- Sagan, C. (1995). *The demon-haunted world: Science as a candle in the dark*. New York: Random House.
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., Baas, J., & van der Gaag, M. (2014). *Gedachten uitpluizen: Therapeutische technieken en vaardighedenboek*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose.
- Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: A meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 171, 523-538. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13081159
- Unbelievably more Brits believe in aliens, ghosts and UFOs than God (2014). Gevonden op 12 mei 2015, op <http://www.ripleyslondon.com/content/uploads/2014/12/Supernatural-press-release-Final.pdf>
- van den Berg, D., & van der Gaag, M. (2010). Cognitieve gedragstherapie bij het voorkomen van ernstige psychiatrische klachten. *Psychopraxis*, 2010(1), 7-10.
- van den Berg, D., & van der Gaag, M. (2011). Voorkomen is beter dan genezen: Early detection and intervention team Den Haag. *GZ-psychologie*, 2, 12-17.
- van der Gaag, M., Nieman, D., & van den Berg, D. (2013). *CBT for those at risk of a first episode psychosis: Evidence-based psychotherapy for people with an 'at risk mental state'*. London; New York: Routledge.
- van der Gaag, M., Schütz, C., ten Napel, A., Landa, Y., Delespaul, P., Bak, M., ... de Hert, M. (2013). Development of the davos assessment of cognitive biases scale (DACOBS). *Schizophrenia Research*, 144, 63-71. doi:10.1016/j.schres.2012.12.01
- van der Gaag, M., Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., & Baas, J. (2013). *Gedachten uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose.
- van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156, 30-37. doi:10.1016/j.schres.2014.03.016
- van Duijl, M., Nijenhuis, E., Komproe, I. H., Gernaat, H. B., & de Jong, J. T. (2010). Dissociative symptoms and reported trauma among patients with spirit possession and matched healthy controls in Uganda. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34, 380-400. doi:10.1007/s11013-010-9171-1
- Wiseman, R. (2003). *UK superstition survey*. Psychology Department, University of Hertfordshire. Gevonden op 12 mei 2015, op <http://www.ripleyslondon.com/content/uploads/2014/12/Supernatural-press-release-Final.pdf>

THE GHOST PROTOCOL

den 12 mei 2015 [http://www.richardwiseman.com/resources/superstition\\_report.pdf](http://www.richardwiseman.com/resources/superstition_report.pdf)  
Wiseman, R., & Watt, C. (2004). Meas-

uring superstitious belief: Why lucky charms matter. *Personality and Individual Differences*, 37, 1533-1541.  
doi:10.1016/j.paid.2004.02.00

243