



Vrije Universiteit Brussel

FACULTEIT LETTEREN EN WIJSBEGEERTE
Master of Arts in de Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen,
Moraalwetenschappen en Humanistiek

De dunne lijn tussen waanbeeld en werkelijkheid – een humanistische benadering

Proeve ingediend voor het behalen van de graad van Master in de Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen, afstudeerrichting Moraalwetenschappen en Humanistiek door

Kelly Vermeiren

Promotor: Prof. Dr. Gustaaf Cornelis
Academiejaar: 2015 - 2016



The thin line between delusion and reality – a humanistic approach

I wish I could do whatever I liked behind the curtain of “madness”. Then: I’d arrange flowers, all day long, I’d paint; pain, love and tenderness, I would laugh as much as I feel like at the stupidity of others, and they would all say: “Poor thing, she’s crazy!” (Above all I would laugh at my own stupidity.) I would build my world which while I lived, would be in agreement with all the worlds. The day, or the hour, or the minute that I lived would be mine and everyone else’s - my madness would not be an escape from “reality”.

- *Frida Kahlo*

1 SAMENVATTING

Het doel van deze masterscriptie is te bepalen in welke mate psychiatrische of psychologische behandeling *noodzakelijk* is na het vaststellen van wanen en onwerkelijke ervaringen — vanuit moraalfilosofisch perspectief. In de praktijk wordt soms te snel een diagnose en negatieve prognose gesteld, wat resulteert in een dualistische norm voor (ab)normaliteit. Daarnaast rust er nog steeds een sociaal stigma op de psychose. Deze scriptie stelt in vraag of een dergelijke norm voor normaliteit nodig dan wel wenselijk is. De thematiek van deze masterscriptie is zeer bewust gekozen omdat ze aanleunt bij mijn persoonlijke ervaringen. In dit werk wordt daarom aandacht geschonken aan volgende onderzoeksvragen: (1) Op welke wijze wordt de realiteit aan de mens kenbaar gemaakt? (2) Hoe worden onwerkelijke ervaringen en valse herinneringen gevormd? (3) Op welke wijzen fabuleert de geest een (alternatieve) perceptie op de realiteit? (4) In welke mate hebben wanen een invloed op de vorming van de persoonlijke identiteit? (5) In welke zin is waan een onderdeel van de menselijke conditie? Ten slotte beoogt deze scriptie inzicht te krijgen in (6) welke visies op de behandeling van waanvoorstellingen leven binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze masterscriptie geeft antwoord op volgende hypothese: *Geloven in de realiteit van een mogelijke onwerkelijke ervaring (in het verleden) is op zichzelf geen pathologie.*

Om te bepalen hoe kennis en werkelijkheid aan de mens kenbaar worden gemaakt werd de kennisleer van David Hume naast die van William James geplaatst. Vervolgens komt het onderzoek van Elisabeth F. Loftus aan bod dat het bewijs levert voor het fenomeen van valse geheugenvorming. Mensen kunnen via suggestie geloven in gebeurtenissen die nooit werkelijk hebben plaatsgevonden waarbij pseudoherinneringen niet enkel zeer gedetailleerd worden beschreven, maar ook na debriefing worden vastgehouden. Menig onderzoek suggereert dat veranderingen in (of gebrek aan) het geheugen belangrijke gevolgen kunnen hebben voor handelen en denken – de identiteit – van het individu.

Om verder de diverse vormen van waanvoorstellingen waaronder fantoomervaringen en onvrijwillige herinneringen te behandelen, wordt Descartes aangehaald. Niet alleen het gezichtsvermogen, maar ook de inwendige zintuigen kunnen onbetrouwbaar zijn. De idee dat men pijn in geamputeerde ledenmaten kon voelen, dreef Descartes tot de gedachte dat hij er niet zeker van kon zijn dat een lidmaat werkelijk gekwetst was

wanneer hij daarin pijn ervoer. Er bestaat thans verdeeldheid over het gegeven dat fantomen al dan niet pathologisch zijn of dat ze gezien moeten worden als deel van de werkelijkheid.

Hume ontkent het bestaan van een metafysisch ego en stelt dat de illusie van zelf wordt toegeschreven aan snel opeenvolgende enkelvoudige indrukken. Gelijkende indrukken wekken de illusie van een ononderbroken zelf. Volgens James is men zich zowel in het *verleden* als het *huidige zelf* onmiskenbaar bewust van een fysiek lichaam dat aan het zelfbeeld wordt gekoppeld en voelt men daarnaast een innerlijk zelf – als een stroom van subjectief bewustzijn waarvan de onderdelen kunnen verschillen, maar worden samengevoegd door een gevoel van warmte, intensiteit en continuïteit. Oliver Sacks toont met enkele casussen aan de creatie van ‘het’ zelf berust op de persoonlijke (al dan niet gefabuleerde) beleving en interpretatie van de wereld.

Mijn onderzoek toont aan dat de erkenning of aanvaarding van wanen zeer gekleurd wordt door antropologische en maatschappelijke overtuigingen ten aanzien van realiteit en zelf. Ik concludeer dat stigmatisering hoofdzakelijk een westers fenomeen is. Voor de vorming van het laatste hoofdstuk *Erkenning van de waan* sprak ik met een aantal experts: Werner Peinen, Manuel Morrens en Bart Haerens. Deze kwalitatieve casestudiebenadering op basis van persoonlijk afgenomen interviews gaf aan in welke mate waanbeelden in de praktijk worden erkend als reële ervaring van de patiënt en hoe zorgpersoneel en familie hier concreet mee omgaan.

Met deze masterscriptie besluit ik dat waanzin niet noodzakelijk waanzinnig is. Analyse van de wetenschappelijke literatuur en de gesprekken met ervaringsdeskundigen geven aan dat geloven in de realiteit van een mogelijke onwerkelijke ervaring op zichzelf geen pathologie is. Er is iets fundamenteel mis met de samenleving die gebrand is op symptoombestrijding in plaats van de individuele (zorg)behoeften van patiënten. De gegevens ondersteunen eveneens de opvatting dat farmacologische of psychologische behandeling niet in elke situatie preferabel is. Sensibilisering van de samenleving, normvervaging van begrippen zoals *normaliteit* en *abnormaliteit* en de erkenning van wanen als reële ervaring zouden de levenskwaliteit van het individu drastisch kunnen verbeteren. Filosofisch debat is onmisbaar in het humaniseren van de geestelijke gezondheidszorg.

2 ABSTRACT

The thin line between delusion and reality – a humanistic approach

The primary objective of this master's thesis is to determine in how far pathological treatment is required after experiencing illusions and unreal experiences. It is likely that a diagnosis and highly negative prognosis are given too quickly and too easily, resulting in a dualistic norm for normality and abnormality. Furthermore, a social stigma often rests on psychoses of all kinds. This thesis questions whether the current norm for normality is strictly necessary or societally desirable. Through an elaborate study of existing literature, this dissertation attempts to find how (transient) reality is formed from phenomenological, neurological, anthropological and psychological perspective. A qualitative research has also been performed on the basis of in-depth interviews with respondents working in mental health care. Analysis of these conversations and of scientific literature indicates that a belief in a possibly unreal experience is not a necessarily a pathology. The data also support the hypothesis that pharmacological or psychological treatment is not preferable in every situation. Recognition of illusions as real experiences improves the individual's quality of life. Philosophic debate is indispensable in humanising mental health care.

Trefwoorden: stigmatisering, normaliteit, hallucinaties, humanisme, psychiatrie

Keywords: stigmatization, normality, hallucinations, humanism, psychiatry

3 AUTHENTICITEITSVERKLARING

Ik verklaar op mijn woord van eer dat ik de masterthesis, *De scheidingslijn tussen waanbeeld en werkelijkheid – een humanistische benadering*, zelf heb geschreven. Ik heb voor de totstandkoming geen gebruik gemaakt van hulpmiddelen of bronnen waarnaar niet verwezen wordt in de tekst. Alle woordelijke overname van bronnen werden als zodanig kenbaar gemaakt. Ik ben op de hoogte van de wetenschappelijke deontologie betreffende plagiaat en heb erop toegezien deze te respecteren in deze masterthesis.

Datum 20 mei 2016
Naam en handtekening

4 DANKWOORD

Deze masterthesis vormt het sluitstuk van een zeer lang academisch traject. Ik ben aan mijn opleiding begonnen in de hoop een carrière uit te bouwen als leerkracht Niet-Confessionele Zedenleer in het secundair onderwijs – een levensdoel dat ik vanaf zeer jonge leeftijd met veel overtuiging en hartstocht heb nagestreefd. Niet enkel ben ik, ondanks de ontmoedigende stemmen in mijn verleden, in mijn opzet geslaagd; ik heb ook mijn geest kunnen verruimen doorheen mijn aansluitende masteropleiding in de wijsbegeerte en moraalwetenschappen. Deze masterscriptie zou nooit tot ontwikkeling zijn gekomen als ik doorheen de jaren niet kon terugvallen op een emotioneel draagvlak.

Daarom wens ik mijn ouders en levenspartner te bedanken voor hun onvoorwaardelijke liefde en morele steun; en bovenal om mij te verdragen in het afgelopen half jaar. Verder wens ik mijn promotor Gustaaf Cornelis te bedanken voor zijn vertrouwen in mij, zijn enthousiasme in de thematiek en zijn methodologisch inzicht. Vervolgens zou deze scriptie niet zijn wat ze is zonder de bereidwilligheid en expertise van Werner Peinen, Manuel Morrens en Bart Haerens. Tot slot wens ik ook mijn huidige directie van het Atheneum Schoten-Schilde en mijn collega's te danken omdat ze mij de nodige ruimte en ondersteuning boden om deze scriptie af te ronden.

5 INHOUDSOPGAVE

1	SAMENVATTING.....	3
2	ABSTRACT	5
3	AUTHENTICITEITSVERKLARING	6
4	DANKWOORD	7
5	INHOUDSOPGAVE.....	8
6	INLEIDING	10
7	DE VERGANKELIJKE REALITEIT	15
7.1	HUMES EMPIRISCHE CONSTRUCTIE VAN DE GEEST.....	15
7.2	JAMES STROOM VAN HET DENKEN	18
7.2.1	DE PERCEPTIE VAN REALITEIT	19
8	DE VORMING VAN ONWERKELIJKE ERVARINGEN	22
8.1	LOFTUS VORMING VAN VALSE HERINNERINGEN	22
8.1.1	LOST IN A SHOPPING MALL.....	23
8.1.2	HET BELANG VAN VALSE HERINNERINGEN.....	26
8.2	NEUROLOGISCHE REPRESENTATIES VAN DE WERKELIJKHEID	27
8.2.1	FANTOMEN	28
8.2.2	FANTOOMLICHAAM OF DOPPELGÄNGER.....	31
8.2.3	ONVRIJWILLIGE HERINNERINGEN.....	35
9	WAAN ALS ONDERDEEL VAN DE IDENTITEIT	37
9.1	HUME OVER PERSOONLIJKE IDENTITEIT.....	37
9.2	JAMES OVER HET GEVOEL VAN IDENTITEIT	39
9.3	SACKS OVER DE CREATIE VAN ZELF.....	41
10	ANTROPOLOGISCHE RELEVANTIE VAN HALLUCINATIES.....	43
10.1	EEN BEVOORRECHTE STAAT VAN BEWUSTZIJN	43

10.1.1	STIGMATISERING EN VARIATIE IN CONNOTATIE	44
10.2	WAANZIN IS MENSELIJK.....	47
11	ERKENNING VAN DE WAAN	53
11.1	HET VERVAGEN VAN DE NORM TE CONFORMEREN	54
11.2	REHABILITATIE EN RESOCIALISATIE VOORBIJ DE SYMPTOMEN	55
11.3	WE MOETEN BUITEN DE LIJNTJES KLEUREN	60
12	DISCUSSIE	67
13	CONCLUSIE.....	69
14	NAWOORD.....	71
15	REFERENTIELIJST	72

6 INLEIDING

Het is geen toeval dat de fenomenologie van de geest in de laatste jaren van de 20^{ste} eeuw samenviel met de ingrijpende ontwikkelingen in de neurowetenschappen. Vanuit de neurowetenschappen worden traditionele filosofische vraagstukken, zoals de aard van de *persoonlijke identiteit*, de visie op *bewustzijn*, de kennis van *andere geestestoestanden* en de *dualiteit van lichaam en geest*, ook steeds meer het onderwerp van discussie binnen de psychologie en psychiatrie (Fulford et al., 2003). Filosofie kan betekenisvol zijn in het debat rond conceptuele moeilijkheden, in de definiëring van termen zoals *ziekte*, *stoornis* of *syndroom*, die binnen een klinische setting frequent worden gehanteerd. Naar mijn mening kan filosofie nog een hoger doel dienen door de dualiteit tussen *normaliteit* en *abnormaliteit* te doorbreken. Filosofie geeft hierin de specifieke instrumenten om artsen, hulpverleners en samenleving te laten nadenken over de toestand van de menselijke natuur en diens verhouding tot de menselijke geest. Een humanistische benadering van dergelijke terminologieën vertrouwt dan ook op een proces waarin er veel meer aandacht is voor de waarden en belevingswereld van individuele patiënten.

Het doel van deze masterscriptie is te bepalen in welke mate psychiatrische of psychologische behandeling *noodzakelijk* is na het vaststellen van wanen en onwerkelijke ervaringen – vanuit moraalfilosofisch perspectief. In de praktijk wordt naar mijn aanvoelen soms te snel een diagnose en negatieve prognose gesteld, wat resulteert in een dualistische norm voor (ab)normaliteit. Daarnaast rust er nog steeds een sociaal stigma op de psychose. Deze scriptie stelt in vraag of een dergelijke norm voor normaliteit nodig dan wel wenselijk is. Kan men spreken over een onderscheid tussen werkelijkheid en waan wanneer een bepaalde situatie door mensen wordt ervaren als realiteit? Kan men de realiteit van een beleefde ervaring ontkennen als er door een individu dezelfde emotionele intensiteit wordt gekoppeld aan een onwerkelijke ervaring als aan een werkelijke? De thematiek van deze masterscriptie is zeer bewust gekozen omdat ze aanleunt bij mijn persoonlijke ervaringen. In dit werk wordt daarom aandacht geschonken aan volgende onderzoeksvragen: (1) Op welke wijze wordt de realiteit aan de mens kenbaar gemaakt? (2) Hoe worden onwerkelijke ervaringen en valse herinneringen gevormd? (3) Op welke wijzen fabuleert de geest een

(alternatieve) perceptie op de realiteit? (4) In welke mate hebben wanen een invloed op de vorming van de persoonlijke identiteit? (5) In welke zin is waan een onderdeel van de menselijke conditie? Ten slotte beoogt deze scriptie inzicht te krijgen in (6) welke visies op de behandeling van waanvoorstellingen leven binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze masterscriptie geeft antwoord op volgende hypothese: *Geloven in de realiteit van een mogelijke onwerkelijke ervaring (in het verleden) is op zichzelf geen pathologie.*

Het eerste hoofdstuk *De vergankelijke realiteit* is gericht op hoe kennis en werkelijkheid aan de mens kenbaar worden gemaakt. Hiervoor wordt de kennisleer van David Hume naast die van William James geplaatst. Hume zet de filosofische gedachten af tegen de waarneembare sensorische gedachten, een distinctie tussen indrukken en denkbeelden. Daarnaast stelt hij dat de rationele menselijke geest in staat is realiteit van fantasie te onderscheiden op basis van hun gevoel in intensiteit. James' *Stroom van het denken* verkondigt dat kennis een opeenvolging is van de realiteit die zintuiglijk wordt waargenomen. Onwerkelijke verschijningen bestaan op zichzelf, louter als inhoud van een hallucinatie. Het is volgens James echter door kennis van en eventuele tegenstrijdigheden met de externe wereld die het individu in staat stellen de eigen percepties te betwisten.

Het tweede hoofdstuk *De vorming van onwerkelijke ervaringen* gaat dieper in op de beïnvloeding van het geheugen. Het onderzoek van onder meer Elisabeth F. Loftus geeft essentieel bewijs voor het fenomeen van valse geheugenvorming. Mensen kunnen via suggestie geloven in gebeurtenissen die nooit werkelijk hebben plaatsgevonden waarbij pseudoherinneringen niet enkel zeer gedetailleerd worden beschreven, maar ook na debriefing worden vastgehouden. Over de bijkomende emotionele draagwijdte van valse herinneringen is, jammer genoeg, weinig bekend. Het zou boeiend zijn te onderzoeken of en hoe valse herinneringen zich op langere termijn zouden uiten in het gedrag en de gedachten van proefpersonen. Menig onderzoek suggereert dat veranderingen in (of gebrek aan) het geheugen belangrijke gevolgen kunnen hebben voor handelen en denken – de identiteit – van het individu.

Het derde hoofdstuk *Neurologische representaties van de werkelijkheid* handelt over de diverse vormen van waanvoorstellingen waaronder fantoomervaringen en onvrijwillige herinneringen. Descartes (1987, p. 90) beschreef in zijn *Meditaties* dat niet alleen het gezichtsvermogen, maar ook de inwendige zintuigen onbetrouwbaar kunnen zijn. De idee dat men pijn in geamputeerde ledenmaten kon voelen, dreef hem tot de gedachte dat hij er niet zeker van kon zijn dat een lidmaat werkelijk gekwetst was wanneer hij daarin pijn ervoer. Er bestaat verdeeldheid over het gegeven dat fantomen al dan niet pathologisch zijn of dat ze gezien moeten worden als deel van de werkelijkheid.

Hoofdstuk vier *Waan als onderdeel van de identiteit* conceptualiseert de vorming van zelf. Hume ontkent het bestaan van een metafysisch ego en stelt dat de illusie van 'het' zelf wordt toegeschreven aan snel opeenvolgende enkelvoudige indrukken. Gelijkende indrukken wekken de illusie van een ononderbroken zelf. Volgens James is men zich zowel in het *verleden* als het *huidige zelf* onmiskenbaar bewust van een fysiek lichaam dat aan het zelfbeeld wordt gekoppeld en voelt men daarnaast een innerlijk zelf - als een stroom van subjectief bewustzijn waarvan de onderdelen kunnen verschillen, maar worden samengevoegd door een gevoel van warmte, intensiteit en continuïteit. Ten slotte toont Oliver Sacks met enkele casussen aan de creatie van 'het' zelf berust op de persoonlijke (al dan niet gefabuleerde) beleving en interpretatie van de wereld.

Het vijfde hoofdstuk focust op de *Antropologische relevantie van hallucinaties*. Het onderzoek vanuit dit hoofdstuk toont aan dat de erkenning of aanvaarding van wanen zeer gekleurd wordt door antropologische en maatschappelijke overtuigingen ten aanzien van realiteit en zelf. Vanuit het aangevoerde bewijs kan men concluderen dat stigmatisering hoofdzakelijk een westers fenomeen is. Verder doet Jim van Os een relevant betoog over hoe men via een verouderd classificatiesysteem omgaat met psychose. Volgens hem is psychose niet enkel geneesbaar maar komen wanen veel vaker voor in de doorsnee bevolking dan men aanvankelijk zou denken.

Voor de vorming van het laatste hoofdstuk *Erkenning van de waan* sprak ik met Werner Peinen - hoofdverantwoordelijke van De Vallei in Zoersel, Manuel Morrens - psychiater verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Boechout en hoofddocent aan de faculteit geneeskunde van de Universiteit Antwerpen, en Bart Haerens - coördinator en oplossing- en systeemgericht psychotherapeut binnen VDIP

regio Antwerpen. Deze kwalitatieve casestudiebenadering op basis van persoonlijk afgenomen interviews diende te onderzoeken in welke mate waanbeelden in de praktijk worden erkend als reële ervaring van de patiënt, en hoe zorgpersoneel en familie hier concreet mee omgaan.

Deze masterscriptie doet besluiten dat waanzin niet noodzakelijk waanzinnig is. Analyse van de wetenschappelijke literatuur en de gesprekken met ervaringsdeskundigen geven aan dat geloven in de realiteit van een mogelijke onwerkelijke ervaring op zichzelf geen pathologie is. Er is iets fundamenteel mis met de samenleving die gebrand is op symptoombestrijding in plaats van de individuele zorgbehoeften van patiënten. De gegevens ondersteunen eveneens de opvatting dat farmacologische of psychologische behandeling niet in elke situatie preferabel is. Sensibilisering van de samenleving, normvervaging van begrippen zoals *normaliteit* en *abnormaliteit* en de erkenning van wanen als reële ervaring zouden de levenskwaliteit van het individu drastisch kunnen verbeteren. Filosofisch debat is onmisbaar in het humaniseren van de geestelijke gezondheidszorg.

Deze scriptie is geen ontologische verhandeling over het al dan niet bestaan van alternatieve werelden, noch wens ik te bepalen waar de grens ligt tussen droom en bewustzijn. Ondanks dat ik beduidend veel aandacht schenk aan de neurologische processen in de vorming van onwerkelijke ervaringen, verhef ik de geest niet boven de ervaringen van het lichaam. Vanuit humanistisch perspectief sluit ik mij persoonlijk aan bij de visie van Frans filosoof Maurice Merleau-Ponty (1989) die stelde dat men de dualiteit tussen concepten zoals *lichaam* en *geest* moet verenigen in een meer algemene conceptie van *mens*; een individu dat in de wereld staat, dat denkt, voelt, verlangt, wenst, enzovoorts, waarbij zowel lichamelijke als mentale attributen dit individu vormgeven. Naar mijn mening is waanzin daarom geen defect in het functioneren van de geest, geen abnormaliteit, maar de ervaring van een andere perceptie van de werkelijkheid. Volgens Fulford et al. (2003) is het in de moderne cultuur grotendeels vanzelfsprekend dat psychiatrie uit hetzelfde hout gesneden is als andere medische disciplines: dat een arts in de behandeling van de geest min of meer hetzelfde is als een nier- of hartspecialist. Een psychologische stoornis wordt echter niet gekenmerkt door een defect in het normaal biologisch functioneren. Bijvoorbeeld de wanen waaraan iemand kan lijden zijn

niet het gevolg van het niet-functioneren van hun denkprocessen. Ze worden gecategoriseerd als een stoornis omdat ze functioneren op een maatschappelijk onwenselijke manier. Een manier die volgens hen niet strookt met de menselijke rationaliteit. Ik stel de volgende vraag: wordt de norm van de objectieve werkelijkheid daarom slechts bepaald door de subjectieve ervaring van de grootste groep, of is het de intensiteit van de persoonlijke ervaring die realiteit benadert? En vervolgens: welke realiteit en op basis waarvan kan men een zintuiglijke beleving tot norm verheffen of als abnormaliteit bestempelen?

De hersenen zijn in staat tot het fabuleren van zeer gedetailleerde onwerkelijke ervaringen en valse herinneringen. Kan men spreken over een onderscheid tussen werkelijkheid en waan wanneer een bepaalde situatie door mensen wordt ervaren als realiteit? Kan men de realiteit van een beleefde ervaring ontkennen als er door een individu dezelfde emotionele intensiteit wordt gekoppeld aan een onwerkelijke ervaring als aan een werkelijke? De thematiek van deze masterscriptie is zeer bewust gekozen omdat ze aanleunt bij mijn eigen ervaringen. Black-outs en psychose hebben hun invloed gehad op mijn verleden en in de vorming van mijn toekomst. Enerzijds heb ik levendige en intense herinneringen aan situaties, personen en gevoelens uit mijn vroege adolescentie waarvan ik niet met zekerheid kan stellen dat ze ook werkelijk hebben plaatsgevonden. Anderzijds ontbreken herinneringen aan bepaalde gebeurtenissen die wel degelijk door mij geleefd werden, maar waaraan ik geen enkele emotionele connotatie noch relevantie toeken. Ik heb slechts weet van hun bestaan doordat anderen mij hierover vertellen. Door uitgebreide studie van de reeds bestaande literatuur tracht ik te achterhalen hoe men vanuit fenomenologisch, neurologisch, antropologisch en psychologisch perspectief betekenis geeft aan de vorming van de (vergankelijke) realiteit, valse herinneringen en onwerkelijke ervaringen of hallucinaties. Verder maak ik in deze masterthesis gebruik van een kwalitatieve casestudiebenadering op basis van persoonlijk afgenomen interviews om te onderzoeken in welke mate waanbeelden in de praktijk worden erkend als reële ervaring van de patiënt, en hoe zorgpersoneel en familie hier concreet mee omgaan.

HYPOTHESE • Geloven in de realiteit van een mogelijke onwerkelijke ervaring (in het verleden) is op zichzelf geen pathologie.

7 DE VERGANKELIJKE REALITEIT

7.1 HUMES EMPIRISCHE CONSTRUCTIE VAN DE GEEST

Hume (2007, p. 49) hanteert in zijn *Traktaat over de menselijk natuur* de kernbegrippen 'indruk' en 'denkbeeld'. Volgens Hume zijn indrukken een zintuiglijke impressie van de wereld. Daarnaast zijn denkbeelden (of ideeën) de mentale verwerking van deze indrukken. Dit onderscheid is kenmerkend voor Humes benadering van de werkelijkheid, waarin het empirisme de grondslag vormt voor zijn kennisleer. Hierin volgt Humes eerste principe "[...] dat al onze enkelvoudige denkbeelden in hun eerste verschijningsvorm afgeleid zijn van enkelvoudige indrukken, die daarmee overeenstemmen en die deze indrukken precies weergeven". Indrukken omvatten alle gewaarwordingen, hartstochten en emoties die zich door hun kracht en levendigheid onderscheiden van denkbeelden. Indrukken beroeren de menselijke geest, waarbij denkbeelden slechts een zwakke representatie zijn van de initiële indrukken. Hume (2007, p. 50) stelt dat voelen dan wel fundamenteel verschilt van het denken, alsnog is het in een aantal gevallen moeilijk indrukken van denkbeelden te onderscheiden; bijvoorbeeld wanneer men slaapt, koorts heeft, het verstand verloren heeft of wanneer men intense innerlijke emoties ondergaat. Hume (2007, p. 51) maakt vervolgens een indeling tussen 'enkelvoudige' en 'complexe' percepties. Hij poneert dat in regel enkelvoudige denkbeelden steeds exacte kopieën zijn van enkelvoudige indrukken: "Rood als denkbeeld dat wij ons in het donker vormen, en de indruk die ons oog treft in het zonlicht, verschillen slechts in intensiteit, niet in de soort ervaring." Complexe percepties op de werkelijkheid zijn volgens hem dan wel het product van enkelvoudige percepties, ze kunnen echter niet altijd een exacte kopie zijn van hun initiële indrukken. Hume (2007, p. 51) verduidelijkt met een voorbeeld: "Ik kan mij een voorstelling maken van een stad als *Nieuw Jeruzalem*, waarin de straten van goud zijn en de muren van robijn, hoewel ik zoiets nooit gezien heb. Ik heb *Parijs* bezocht, maar kan ik de garantie geven dat ik een denkbeeld van de stad kan vormen, dat een perfecte voorstelling zal geven van alle straten en huizen in hun werkelijke en juiste verhouding?" De kennisleer van Hume is weliswaar gestoeld op de grote samenhang tussen de corresponderende indrukken en denkbeelden. Wanneer iemands zintuiglijke vermogens beperkt zijn, bijvoorbeeld wanneer men blind of doof wordt geboren, zijn de oorspronkelijke

indrukken noch de daarmee corresponderende denkbeelden in de geest aanwezig. Een kind kan bijvoorbeeld geen denkbeeld oproepen van de kleur rood of oranje, van bitter of zoet, wanneer het deze niet heeft ervaren. Zo zal het zich nooit een juist denkbeeld kunnen vormen van de smaak van een ananas zonder deze ooit geproefd te hebben. Men kan deze objecten niet gewaarworden simpelweg door eraan te denken. Anderzijds worden zintuiglijke of geestelijke indrukken steeds gevolgd door een denkbeeld dat erop lijkt, maar zich veel zwakker in intensiteit; bijvoorbeeld de directe omgang met een dierbare tegenover het zich voor de geest halen van het beeld van die dierbare bij het bekijken van een foto. Dergelijke voorbeelden bewijzen dat denkbeelden afhankelijk zijn van indrukken en geven eveneens de volgorde aan van hun eerste verschijningsvorm; enkelvoudige indrukken hebben steeds voorrang boven de daarmee corresponderende denkbeelden.

Denkbeelden kunnen worden voortgebracht uit het geheugen of de verbeelding. Volgens Hume (2007, p. 55) zijn denkbeelden vanuit het geheugen veel levendiger dan die vanuit de verbeelding, maar de verbeelding bezit weliswaar een grote vrijheid om denkbeelden vorm te geven. Het geheugen bewaart hoofdzakelijk de volgorde van denkbeelden, waarbij herinnering aan plaatsen en personen tot op zekere hoogte de oorspronkelijke gedaante behoudt waarin indrukken zich hebben voorgedaan.

“Niets is vrijer dan de verbeelding van de mens, en hoewel ze gebonden is aan de oorspronkelijke voorraad ideeën, die de innerlijke en uiterlijke waarnemingsvermogens ons hebben verschaft, heeft zij een onbegrensd vermogen om deze ideeën te vermengen, samen te voegen, te scheiden en te splitsen in alle variaties van verzinzel en droom. Zij kan een keten van gebeurtenissen verzinnen, die net echt lijken, zij kan ze in een bepaalde tijd en streek plaatsen, ze als echt bestaand voorstellen en ze voorzien van alle omstandigheden die bij een historisch feit behoren, waarvan zij in de hoogste graad zeker is. [...] Zij kan ze ons in zekere zin met hun ware kleuren voor ogen stellen, precies alsof zij echt bestaan hebben.”

(Hume, 2002, pp. 83-85, oorspronkelijke nadruk)

De vrijheid van de verbeelding is evident wanneer men in acht houdt dat alle denkbeelden kopieën zijn van indrukken. De verbeelding kan in het denkproces makkelijk de overgang maken van een denkbeeld en een ander denkbeeld dat erop lijkt. Ze kan alle enkelvoudige denkbeelden scheiden en in eender welke vorm, door associatie, weer verenigen. Hume stelt echter uitdrukkelijk dat de verbeelding is beperkt binnen zeer nauwe grenzen. De geest is in staat om op bizarre manier beelden te fabriceren, zoals droombeelden en illusies, maar de gebruikte materialen blijven afgeleid van initiële indrukken. Volgens Hume (2002, p. 84) moet er een onderscheid worden gemaakt tussen fantasie en overtuiging. Dit verschil ligt in een voelen of innerlijk ervaren, wat bij de fantasie ontbreekt. Het voelen of innerlijk ervaren is niet afhankelijk van de menselijke wil noch kan ze naar believen worden opgeroepen. Ze moet, zoals alle andere innerlijke ervaringen, door de natuur worden opgewekt.

“Telkens wanneer een object present wordt gesteld aan het geheugen of de zintuigen, sleept het door de kracht van gewenning de verbeelding mee om dat object voor de geest te halen dat er meestal mee verbonden is, en deze voorstelling gaat gepaard met een gevoel van innerlijke ervaring, die verschilt van zweverige dromerijen van de fantasie. Hierin bestaat de heelaard van de overtuiging. Want daar er geen feitelijke samenhang bestaat, waarvan wij zo overtuigd zijn dat wij ons het tegengestelde niet kunnen voorstellen, zou er geen verschil bestaan tussen de voorstelling die wordt aanvaard en die welke wordt verworpen, wanneer er geen gevoel zou bestaan dat de een van de ander onderscheidt.”

(Hume, 2002, p. 84, oorspronkelijke nadruk)

De overtuiging is dus een innerlijke ervaring van de geest, waarin denkbeelden worden onderscheiden van verzinsels dan wel van fantasie. Ik concludeer hieruit dat, volgens Hume, overtuiging een idee is van de werkelijkheid zonder werkelijk te zijn. Ze blijft te onderscheiden van fantasie door de innerlijke ervaring of gevoelens die door gelijkenis ook klaarblijkelijk verlevendigt. Het volgende leid ik af uit Humes betoog; de menselijke geest is in staat tot het fabriceren van beelden (zoals dromen, kinderlijke illusies en hallucinaties), maar de rationele geest is voldoende in staat om waanbeeld van realiteit te onderscheiden.

7.2 JAMES STROOM VAN HET DENKEN

In tegenstelling tot Hume interpreteert William James het bewustzijn als een stroom van denken, gevoelens, herinneringen, ervaring en observaties, eerder dan een opeenvolging van ideeën. Het bewustzijn, zo stelt James (1950, p. 224), bestaat van bij de geboorte uit een krioelende veelheid aan objecten en relaties. Simpele sensaties zijn het directe resultaat van de directe aandacht die aan deze objecten en relaties gegeven worden. James spreekt van een stroom omwille van vijf af te leiden kenmerken binnen het denkproces. (1) Elke gedachte maakt deel uit van een persoonlijk bewustzijn. (2) Binnen elk persoonlijk bewustzijn zijn gedachten veranderlijk. (3) Binnen elk persoonlijk bewustzijn zijn zinnelijke gedachten ononderbroken. Wanneer men bijvoorbeeld wakker wordt na een nacht slapen ervaart men het eigen bewustzijn nog steeds hetzelfde als vlak voor het inslapen. (4) Het persoonlijk bewustzijn lijkt elk object onafhankelijk van zichzelf te behandelen. (5) Het persoonlijk bewustzijn *kies*t in welke objecten het is geïnteresseerd en welke anderen het zal verwerpen.

De voornaamste voorwaarde voor het concept van een *stroom der gedachten* is dat elke gedachte deel uitmaakt van een persoonlijk bewustzijn. James (1950, p. 226) erkent dat hij hiermee op een filosofisch vraagstuk stuit, want onder welke betekenis moet men het (persoonlijk) bewustzijn definiëren? In een ruimte waarin verschillende mensen zich bevinden kunnen sommige gedachten onderling samenhangen, andere gedachten niet. Geen van deze individuele gedachten is in deze zin volledig onafhankelijk van de rest, net zo min als ze in elke situatie geheel collectief zouden zijn. Of in deze ruimte nu overall gedachten sluimeren, of niemand ook maar een gedachte heeft, men kan dit op geen enkele wijze verifiëren. De enige staat van bewustzijn die men van nature uit kan kennen is het persoonlijk bewustzijn, de eigen geest, het zelf. Geen enkele psychologische stroming kan of mag het bestaan van een persoonlijk bewustzijn in twijfel trekken. Vanuit welk onderwerp de gedachten dan ook neigen te verschijnen, moet de psychologie ze erkennen als onderdeel van het persoonlijk bewustzijn. James (1950, p. 227) zegt 'neigen te verschijnen' in plaats van 'verschijnen' omdat hij een onderscheid wil maken tussen het onderbewuste en het persoonlijke bewustzijn. Verdoken gevoelens en gedachten zijn onderdeel van een secundaire persoonlijkheid. Volgens P. Janet en H. Faure (1998, p. 362) zijn secundaire persoonlijkheden altijd een

vorm van abnormaliteit en het resultaat van een splitsing van een compleet (normaal) zelf. De ene persoonlijkheid schuilt in de schaduw terwijl de andere zich oppervlakkig manifesteert als de enige ware persoonlijkheid van het individu. De impact of grootte van de secundaire persoonlijkheid hangt af van het aantal gedachten die zich afsplitsen van het centrale bewustzijn, maar de vorm neigt enkel naar een personaliteit wanneer ze zich gedachten en herinneringen eigen maakt. James betoogt echter dat hoewel de secundaire persoonlijkheden het zwijgen worden opgelegd wanneer het normale zelf wenst te communiceren, ze alsnog een zekere entiteit vormen. De secundaire persoonlijkheid heeft herinneringen, kan spreken, schrijven, verzint een naam of accepteert de naam die hem of haar wordt voorgelegd; kortom ze zijn de titel *secundaire persoonlijkheid* waardig.

7.2.1 DE PERCEPTIE VAN REALITEIT

James (1970, p. 283) stelt dat een overtuiging of geloof eerder een emotionele toestand is dan een intellectuele activiteit. Hij haalt daarbij het verschil aan tussen een propositie of situatie veronderstellen (intellectuele activiteit) en overtuigd zijn in de werkelijkheid ervan. Wanneer de psychologische toestand van die overtuiging bestudeerd wordt, kan enkel geconcludeerd worden dat overtuiging een gevoel is dat moeilijk in woorden is te bevatten. James vergelijkt het met mentaal (actief) toestemming geven aan de realiteit van dat object, zodat er verder geen theoretische vragen bij hoeven te worden gesteld. Dit creëert een soort mentale rust waarbij het object in kwestie zo sterk in de geest verankerd wordt dat er geen ruimte is voor tegenstrijdige overtuigingen. Vanuit die vaste theoretische of intellectuele rust volgt praktische activiteit. Daarbij is het belangrijk op te merken dat ongeloof dezelfde mentale rust teweeg brengt: ongeloof in een object volgt namelijk uit het feit dat de realiteit van dit object niet te verenigen valt met de overtuiging in een ander object. De enige reden om niet in iets te geloven, is wanneer men reeds overtuigd is van het tegendeel.

Het tegenovergestelde van overtuiging is dus niet ongeloof, maar twijfel. In deze toestand is de geest onrustig. De emoties die twijfel veroorzaakt zijn volkomen verschillend van die van de overtuiging, maar beide emoties zijn zeer moeilijk onder woorden te brengen (James, 1970, p. 285). James (1970, p. 287) verduidelijkt aan de hand van een hypothese van een pasgeboren baby wiens geest leeg is en wacht op

nakende ervaringen. Stel, zo zegt hij, dat deze geest een visuele impressie heeft van een brandende kaars tegen een donkere achtergrond. De levendigheid van deze impressie is op zich niet van belang, maar ze omvat de enige kenniswereld voor deze onervaren geest. Veronderstel bovendien dat de kaars slechts een hallucinatie is en het origineel niet door de buitenwereld gekend is. Mag men er dan vanuit gaan dat deze hersenschim een existentiële werkelijkheid bevat? Waarom zou de geest, in dit geval, vermoeden dat de kaars niet echt is? Wanneer psychologen stellen dat de kaars geen deel uitmaakt van de realiteit stelt men iets zeer definitiefs; namelijk dat enkel de wereld die hen bekend is werkelijk is. De verschijning van de kaars behoort uitsluitend tot de individuele geest. Daarentegen kan men op een zekere manier stellen dat de kaars op zichzelf bestaat, want ze vormt alsnog de inhoud van een hallucinatie. De hallucinatie op zich echter, heeft geen kennis van de externe realiteit. Het is de kennis van externe feiten (de wereld los van de hallucinatie) die volgens psychologen de realiteit bepaalt. Niettemin is het binnen deze hypothese onmogelijk te weten dat de kaars niet echt is. De kaars is het absolute, want alle aandacht van de geest wordt door de kaars-illusie geabsorbeerd. Toegegeven, een illusie die in zulke mate bezit neemt van de geest zou een zeer sensationele levendigheid moeten bevatten (James, 1970, p. 288).

Men kan slechts vaststellen dat iets onwerkelijk is wanneer de initiële indrukken of gedachten worden tegengesproken. Elke gedachte die niet wordt betwist is noodzakelijkerwijs een vaste overtuiging en wordt geponeerd als absolute waarheid (James, 1970, p. 289). Zo'n betwisting is slechts mogelijk wanneer men stelt dat deze gedachten onverenigbaar zijn met de kennis die men bezit over de *buitenwereld*. Indien dit het geval is heeft het individu de keuze om zijn huidige interne overtuigingen en gedachten te behouden of zich te voegen naar hetgeen hij weet over de externe wereld. Indien het individu de kennis over de buitenwereld erkent worden zijn interne percepties tegengesproken. James (1970, p. 289) erkent weliswaar het bestaan van illusies; ze zijn mentale objecten die bestaan als mentale objecten, maar ze bevinden zich in een eigen ruimte waarin zij afzonderlijk worden weergegeven. Deze ruimte staat los van de realiteit of de *buitenwereld*. Wanneer men bijvoorbeeld droomt van een paard met vleugels interfereert ze niet met de werkelijkheid. Het paard, zijn vleugels en diens locatie zijn allemaal even reëel. Maar vanaf het punt dat iemand een paard in de stal aanduidt en stelt dat het ter plekke vleugels heeft ontsproten kan men het paard en

diens locatie identificeren; de realiteit is onverenigbaar met wat men beweert te zien. Het onderscheid tussen werkelijkheid en onwerkelijkheid, de psychologie ten aanzien van overtuiging, twijfel of ongeloof, is gestoeld op twee mentale toestanden. Ten eerste is de mens in staat om tegelijkertijd meerdere opvattingen te hebben over eenzelfde subject (bijvoorbeeld het innerlijke beeld van een kaars en het al dan niet bestaan van die kaars in de buitenwereld). Ten tweede, wanneer het individu deze percepties heeft moet men kiezen welke manier van denken men wil aanhouden en welke men negeert (James, 1970, p. 290). Deze keuze is dus afhankelijk van wat men reeds weet over de buitenwereld: wanneer men bijvoorbeeld het beeld heeft van een kaars op de tafel, maar men weet dat men geen kaarsen in huis heeft en dat niemand anders toegang heeft tot die tafel, zal men geneigd zijn het beeld van de kaars (en diens realiteit) te verwerpen.

Wat niet tot de werkelijkheid behoort wordt binnen de gangbare filosofische stromingen niet als verschijnsel erkent. Een ware filosoof echter zou dit wel moeten doen. Illusies bevatten realiteit, niet dezelfde als andere dingen, maar als objecten van de verbeelding, als fouten, als bewoners van een droomwereld, etc. Ze zijn op hun manier een onvervreemdbaar deel van het leven, een onmiskkenbaar kenmerk binnen het universum, een realiteit op zichzelf. De wereld die filosofen in beschouwing dienen te nemen is samengesteld uit de externe realiteit alsook interne fantasieën en illusies (James, 1970, p. 291). Volgens William James zijn er verschillende categorieën of subwerelden van zowel illusie als werkelijkheid. Elke denker besteedt voornamelijk aandacht aan objecten uit één bepaalde wereld die hij of zij als de wereld van ultieme realiteit beschouwt (James, 1970, pp. 293-306). Voor de meeste mensen zullen de rechtstreeks waarneembare dingen een bevoorrechte positie behouden en de kern bepalen van hun ultieme realiteit. Andere dingen, zoals wetenschappelijke ontwikkelingen, abstracte morele regels, overtuigingen uit de christelijke theologie, enzovoorts, zullen voor de ene persoon werkelijk zijn en voor andere niet. Over het algemeen zullen ook deze zaken als minder reëel worden beschouwt de waarneembare zaken. In het beste geval kan men slechts zeggen dat men van deze zaken even overtuigd is als van de rechtstreeks waarneembare (James, 1970, p. 294). Met andere woorden, iemand die gelooft in de christelijke god kan slechts zeggen dat hij even overtuigd is van het bestaan van die god als van de wind die hij voelt. Die god kan dus nooit als meer werkelijk worden beschouwd dan het onmiddellijk tastbare.

In dit alles toont zich de eeuwige partijdigheid van onze natuur, onze onvermijdelijke neiging tot het maken van keuzes. In de strikte en ultieme betekenis van het woord *bestaan*, bestaat alles wat gedacht kan worden in een zekere vorm. Of het nu toebehoort aan het mystieke, persoonlijke impressies, ruimtelijke krachten of intelligentie in het algemeen. Fouten, ficties, tribale overtuigingen, etc., maken - elk op hun respectievelijke plaats - deel uit van het universum. De meeste mensen kunnen dit echter niet zo zien. Deze objecten behoren dan wel tot een metafysische werkelijkheid, maar hun loutere bestaan is niet voldoende om deel uit te maken van de objectieve werkelijkheid. Men zoekt naar een meer praktische realiteit die invloed heeft op het dagdagelijkse leven. Daarom moeten de objecten van de geest niet alleen bestaan, maar moeten ze zowel interessant als belangrijk gevonden worden (James, 1970, p. 295).

In de relatieve en bovenal praktische zin, waarin werkelijkheid in contrast staat met onwerkelijkheid, en waarin iets als meer of minder werkelijk wordt beschouwd, betekent werkelijkheid hetgene dat de mens beïnvloedt in diens emotionele en actieve leven. Realiteit is datgene wat de mens prikkelt, aanspreekt en begeestert. Wat de mens niet prikkelt wordt genegeerd en gebrandmerkt als onwerkelijk. Volgens James (1970, p. 295) was Humes standpunt hieromtrent in essentie correct. Volgens Hume is overtuiging enkel een meer levendige, krachtige, stabiele voorstelling van een object dan wat de verbeelding ooit kan bereiken. De overtuiging is niet van dezelfde aard is van een lagere orde dan de ideeën, maar ze bestaat in haar verhouding tot de geest. Hume moet bekennen dat het onmogelijk is om het gevoel van overtuiging of diens wijze van conceptie uit te leggen, maar de term *overtuiging* is onder de doorsnee bevolking voldoende gekend.

8 DE VORMING VAN ONWERKELIJKE ERVARINGEN

8.1 LOFTUS VORMING VAN VALSE HERINNERINGEN

Als experimenteel psychologe is Elisabeth F. Loftus geobsedeerd door het menselijk geheugen. Haar vele studies hebben aangetoond dat ons geheugen door middel van suggestie kan worden verstoord. Na ontvangst van nieuwe misleidende informatie creëren mensen valse herinneringen over wat ze hebben ervaren (Loftus & Pickrell, 1995). Haar vroegste studies focusten op de nauwkeurigheid en reconstructie van

ongevallen of misdrijven in ooggetuigenverslagen. Het bleek dat de herinneringen geen nauwkeurige weergave van de feitelijke gebeurtenissen waren, maar eerder werden ze beïnvloed door ervaringen uit het verleden en manipulaties. Loftus liet bijvoorbeeld respondenten films van verkeersongevallen zien. De vraag *“how fast were the cars going when they smashed into each other?”* leidde tot meer getuigenissen waarin mensen ten onrechte beweerden dat ze gebroken glas op de beelden hadden gezien. De vraagstelling en bovenal het gebruik van het woord *“smashed”* leidde, in tegenstelling tot het gebruik van een meer neutraler woord *“hit”*, tot de vorming van valse herinneringen bij de ooggetuigen.

Daarnaast heeft Loftus tal van studies uitgevoerd die niet alleen laten zien dat herinneringen kunnen verstoord worden door suggestieve invloeden, maar ook door de inplanting van valse herinneringen. Het grootste deel van het experimentele onderzoek naar de vervormingen van het geheugen bestond uit opzettelijke pogingen om de herinnering van bepaalde beleefde ervaringen of situaties te veranderen. Loftus en Pickrell (1995) vroegen zich af of het ook mogelijk was om valse herinneringen te implementeren in het geheugen van testsubjecten. Ze wilden testsubjecten laten geloven dat ze als klein kind verdwaald waren geweest in een winkelcentrum, hoewel dit feit nooit werkelijk had plaatsgevonden.

8.1.1 LOST IN A SHOPPING MALL

Een van de eerste casestudies van een succesvolle inplanting van valse herinneringen in het geheugen was die bij een veertienjarige jongen genaamd Chris. Hij kreeg een beschrijving van drie ware gebeurtenissen uit zijn kindertijd. Zijn moeder en broer waren eveneens betrokken bij het experiment en hielpen bij de constructie van een valse herinnering. Chris werd opgedragen om vijf dagen herinneringen en gevoelens te beschrijven over de vier gebeurtenissen. Als hij zich geen detailinformatie kon herinneren werd hem gevraagd om “ik herinner me niets” te schrijven. De valse herinnering werd geïntroduceerd in een korte paragraaf. Chris zou toen hij vijf jaar was verloren zijn gelopen in het University City Shopping Mall in Washington, waar zijn familie regelmatig ging winkelen. De beschrijving stelde dat Chris huilde toen hij door een oudere man gevonden werd die hem terug herenigde met zijn familie. In de loop van de vijf dagen herinnerde Chris zich steeds meer over het incident. Hij herinnerde zich de

speelgoedwinkel waar hij verdwaald achterbleef. Hij herinnerde zich de oudere man als kalend, die een blauw flanellen hemd aan had en een bril droeg. Hij herinnerde zich ook de ongelukkige gevoelens bij het idee dat hij zijn familie nooit meer zou terugzien. Verder herinnerde hij zich ook de schrik dat zijn moeder hem zou uitschelden wanneer hij haar zou terugzien. Opvallend genoeg besprak Chris zijn herinnering zeer gedetailleerd. Na vijf dagen werd Chris opnieuw geïnterviewd. Hij moest een beoordeling geven van zijn herinneringen op een schaal van 1 (niet duidelijk) tot 10 (zeer duidelijk). De drie echte herinneringen evalueerde Chris met een 1, een 10 en een 5. De valse herinnering kreeg de tweede hoogste rating: een 8. Chris kreeg na de beoordeling te horen dat een van zijn herinneringen een valse herinnering was. Toen hij moest raden selecteerde hij een van de echte herinneringen. Toen men vertelde dat hij nooit verloren was gelopen in een winkelcentrum kon hij het nauwelijks geloven.

Recenter deden Loftus en Pickrell (1995) verschillende vergelijkbare vervolgonderzoeken naar de nauwkeurigheid van herinneringen en de cognitieve mechanismen die ten grondslag liggen aan de vorming van valse herinneringen. Ook aan deze vierentwintig proefpersonen werd gevraagd een vervolledigende beschrijving te noteren in een notitieboekje van vier gegeven herinneringen uit de kinderjaren. Familieleden voorzagen drie werkelijke ervaringen en een valse maar plausibele ervaring. Na ontvangst van dit boekje werden de proefpersonen gevraagd voor twee interviews. Deze vonden plaats op de universiteit of werden uitgevoerd via de telefoon. Aanvankelijk was men van plan tijdsintervallen te manipuleren tussen de ontvangst van het boekje en de twee volgende gesprekken, maar door de onbeschikbaarheid van de proefpersonen kon Loftus dit niet doen. Uiteindelijk werden proefpersonen een tot twee weken na ontvangst van het notitieboekje geïnterviewd. Een tweede gesprek volgde ongeveer een tot twee weken daarna. Zowel tijdens de eerste als tweede sessie werden de proefpersonen gevraagd een rating te geven van de helderheid van hun herinneringen op een schaal van 1 (niet duidelijk) tot 10 (zeer duidelijk). Analyse van de notitieboekjes toonde aan dat 68% van de proefpersonen kon de ware gebeurtenissen herinneren en 29% kon zich de valse gebeurtenis gedeeltelijk of volledig herinneren. De werkelijke gebeurtenissen werden doorgaans wel uitgebreider beschreven dan de valse. Tijdens het eerste interview bleven zeventien proefpersonen volhouden dat ze zich de valse gebeurtenis niet konden herinneren. De individuen die de

valse herinnering erkenden quoteerden hun werkelijke ervaringen gemiddeld een 6,3 tijdens zowel het eerste als tweede interview. Opvallend genoeg kreeg de helderheid voor de valse herinnering tijdens het eerste interview gemiddeld een 2,8 en tijdens het tweede interview een 3,6. Aan het einde van de tweede sessie werden de proefpersonen gevraagd welke van de gegeven ervaringen een valse zou kunnen zijn. Van de vierentwintig kozen negentien proefpersonen correct, de resterende vijf kozen een ware herinnering. Ondanks dat de meerderheid correct de valse herinnering koos, betekent dit volgens Loftus en Pickrell (1995) niet dat proefpersonen daarom niet misleid waren door de gegeven valse herinnering. Soms baseerden de proefpersonen hun keuze op het proces van eliminatie. Hoewel na de tweede sessie dus meer dan 20% van de proefpersonen overtuigd waren van de valse herinnering, wensden Loftus en Pickrell (1995) geen veralgemenende uitspraken te doen over het percentage mensen dat zou kunnen worden misleid door suggestie, of hoeveel mensen werkelijk vasthouden aan valse herinneringen. Ze geven enkel het existentieel bewijs voor het fenomeen van valse geheugenvorming. Hun bevindingen tonen aan dat mensen via suggestie kunnen geloven in gehele gebeurtenissen die nooit werkelijk hebben plaatsgevonden. Naast de succesvolle implementatie van valse herinnering tonen Loftus en Pickrell (1995) eveneens aan dat een aantal personen hun pseudoherinneringen enorm gedetailleerd kunnen beschrijven maar ook dat ze zich, zelfs na debriefing, hevig vastklampen aan deze valse herinneringen. Loftus en Pickrells (1995) onderzoek geeft ons echter niet de mogelijkheid om op betrouwbare wijze een onderscheid te maken tussen echte en valse herinneringen.

Menig criticus zal stellen dat de implementering van een valse herinnering zoals het verloren lopen in een supermarkt veel te algemeen is. Er zijn voldoende mensen die in hun kinderjaren wel eens ergens verloren zijn gelopen. De valse herinnering leunt te veel aan bij de realiteit. Thomas en Loftus (2002) onderzoeken de overtuigingskracht en de aansluitende gevolgen van verbeelding op het geheugen en meer specifiek de kracht van bizarre herinneringen. Ze verwijzen hiervoor naar het onderzoek van Pezdek, Finger en Hodge (1997). Zij veronderstellen dat gebeurtenissen slechts suggestief in het geheugen kunnen worden geïmplantéerd afhankelijk van de plausibiliteit van de gebeurtenissen. Om hun hypothese te testen gaven ze tien joodse en tien katholieke respondenten twee verhalen; een beschrijving van een joods ritueel en een beschrijving

van een katholiek ritueel. Het bleek dat niemand van de joodse respondenten het valse katholieke ritueel herinnerden, de zeven katholieken deden dit wel. Drie Joden en slechts één katholiek herinnerde zich de joodse valse gebeurtenis. Pezdek, Finger en Hodge (1997) concluderen hieruit dat meer ongebruikelijke informatie (zoals katholieken die joodse rituelen zouden bijwonen of vice versa), in tegenstelling tot meer plausibele valse herinneringen, minder verstoring in het geheugen veroorzaakt. Deze proefpersonen bezitten niet over de nodige achtergrondinformatie wat het aanzienlijk moeilijker maakt om een solide valse herinnering te genereren. Daarbij aansluitend blijkt uit diverse literatuur dat mensen ongewone gebeurtenissen of bizarre informatie beter onthouden. Het is opvallend dat wanneer men mensen gemengde lijsten met zowel alledaagse als bizarre gebeurtenissen voorlegt, men de bizarre gebeurtenissen langer zal onthouden. Het effect verdwijnt wel volledig wanneer men homogene lijsten van alledaagse dan wel van bizarre gebeurtenissen aan proefpersonen voorlegt: in dat geval wordt geen van de gebeurtenissen opvallend beter of langer herinnerd (McDaniel et al., 1995). De voornaamste reden hiervoor zou dus kunnen zijn dat de verstoring in een serieel geordende informatiestroom ervoor zorgt dat de gebeurtenis beter in het geheugen wordt opgenomen. Verder blijkt dat bizarre valse herinneringen echter minder vlot in het geheugen ingepland kunnen worden. Dat komt omdat ongewone gebeurtenissen of bizarre informatie meer tijd vereisen om te verwerken. Dat neemt echter niet weg dat bizarre valse herinneringen in sommige gevallen wel degelijk succesvol kunnen worden ingepland.

8.1.2 HET BELANG VAN VALSE HERINNERINGEN

Het is evident dat bepaalde herinneringen een (al dan niet diepe) indruk achterlaten op mensen. Stel dat men in het verleden door iemand werd beledigd, dan is de kans zeer groot dat men die persoon ook in de toekomst zal mijden. Loftus (2003) vraagt zich af of ook valse herinneringen eenzelfde indruk kunnen nalaten op het individu. Het lijkt erop dat dit het geval zou kunnen zijn, maar bijna alle onderzoeken naar valse herinneringen stoppen wanneer de betrokken proefpersonen het valse scenario accepteren. Af en toe zijn er pogingen geweest om de bijbehorende gevoelens te bestuderen. Soms blijft het slechts bij een overtuigd vals geloof in de pseudoherinnering, maar soms bevatten pseudoherinneringen emotionele (bv. angsten, woede of eenzaamheid) en zintuiglijke

details. Jammer genoeg is na de debriefing van de proefpersonen het onderzoek snel voorbij. Indien de debriefing zou worden uitgesteld, zou men kunnen zien of valse herinneringen ook het gedrag en de gedachten van individuen op de lange baan veranderen. Loftus (2003) verwijst hiervoor naar het werk van postdoctoraal onderzoeker Daniel Bernstein en zijn twee medestudenten Cara Laney en Erin Morris. Ze lieten proefpersonen geloven dat ze als kind ziek waren geworden van augurken of hardgekookte eieren. Enkele van de proefpersonen waren zodanig sterk overtuigd van de valse herinnering dat ze geen eieren of augurken aten tijdens een gezamenlijke picknick in het park. Dit experiment toont aan dat men mensen op een gemakkelijke manier zou kunnen manipuleren om bijvoorbeeld bepaalde voedingsmiddelen niet te eten. De relatief beperkte resultaten van dit onderzoek laten zien dat het veranderingen in het geheugen belangrijke gevolgen kunnen hebben op toekomstige gedachten of gedrag. Met andere woorden, wanneer het geheugen wordt gewijzigd verandert dit het individu.

8.2 NEUROLOGISCHE REPRESENTATIES VAN DE WERKELIJKHEID

Gedragwetenschappelijke neurologie focust sterk op beperkingen, zoals functionele stoornissen in het taalcentrum, geheugenstoornissen en beperkingen in handelen en perceptie. Hallucinaties zijn een intrigerend voorbeeld van perceptuele stoornissen. Wijlen Oliver Sacks, befaamd neuroloog, verdiepte zich in de belevingswereld van zijn patiënten. Sacks (2012, p.11) stelde in zijn boek *Hallucinaties* dat waanvoorstellingen, in tegenstelling tot amnesie of geheugenverlies, unieke 'positieve' fenomenen zijn omdat ze belevingen toevoegen aan de perceptuele ervaring van het individu. Hallucinaties bevatten een creatieve component vergelijkbaar met de verbeelding, dromen of fantasie. In tegenstelling tot deze andere uitingen van onze perceptie zijn hallucinaties uniek, een bijzondere categorie van het bewustzijn. Sacks behandelde hoofdzakelijk de diversiteit aan waanvoorstellingen binnen verschillende praktijksituaties. Om aan te tonen dat hallucinaties niet noodzakelijk geassocieerd moeten worden met een psychologische pathologie bespreekt Sacks enkele van de vormen die neurologische hallucinaties kunnen aannemen.

8.2.1 FANTOMEN

Eenheid van lichaam en geest is voor heel wat mensen een onweerlegbaar feit. Men gaat ervan uit dat het lichaam enkel aan zichzelf toebehoort en dat het bewustzijn zich in het hoofd bevindt. Men heeft lang gedacht dat het lichaamsbeeld een stabiel deel van het bewustzijn is en wordt gedragen door de continue proprioceptieve feedback van receptoren in gewrichten en spieren in de ledematen (Sacks, 2012, p.265). Betreffende de perceptie van het lichaam schonk Sacks aandacht aan zintuiglijke illusies zoals het fenomeen van fantoomervaringen. Binnen de verschillende types van fantomen blijven fysiek of fenomenaal verloren lichaamsdelen voortleven in een somatisch bewustzijn (Brugger, 2011). Dit is bijvoorbeeld het gevoel dat men nog steeds over een arm of been beschikt na amputatie. Ook Descartes (1987, p. 90) beschreef in zijn *Meditaties* dat niet alleen het gezichtsvermogen, maar ook de inwendige zintuigen onbetrouwbaar kunnen zijn. De idee dat men pijn in geamputeerde ledematen kon voelen, dreef hem tot de gedachte dat hij er niet zeker van kon zijn dat een lidmaat werkelijk gekwetst was wanneer hij daarin pijn ervoer. Met andere woorden, hij stelde zich de volgende vraag: in welke mate is de beleving van pijn werkelijk dan wel louter een hersenschim? Er bestaat dus mogelijk verdeeldheid over het gegeven dat fantomen al dan niet pathologisch zijn of dat ze gezien moeten worden als deel van de werkelijkheid. Fantoomledematen worden het meest ervaren na het fysieke verlies van een ledemaat, maar worden eveneens ervaren bij mensen die zonder ledematen geboren zijn en dus geen aangeboren representatie van een of meer ledematen hebben (Brugger, 2011).

In de tiende eeuw beschreven militairen dat ze de aanwezigheid van hun verloren ledematen voelden nadat ze hen in de strijd verloren waren. Naar analogie met de wederopstanding van het lichaam na de dood, ontstond de folklore dat dit het bewijs was voor de goddelijke opstanding van de ledematen (Price & Twombly, 1976). De medische kennis over fantoomledematen werd dan ook in de eerste plaats gebaseerd op oorlogservaringen. In de zestiende eeuw had Ambroise Paré (1510-1590), een kapper van opleiding, het geschopt tot succesvol militair chirurg. De Fransman, wiens verslagen in een compleet werk van tien volumes werd gebundeld, sprak over patiënten die pijn voelden in hun geamputeerde ledematen. "Het is een wonder en bijna ongeloofwaardig voor mensen die dit niet hebben meegemaakt." (Paré 1840, p. 221) De verslagen van

Paré blijven over het algemeen beschrijvend van aard en zetten niet aan tot discussie over het fenomeen zelf. Fantoomledematen verdwijnen zelfs voor meer dan drie eeuwen uit de medische literatuur. In 1872 werd door Amerikaans neuroloog Weir Mitchell, in *Injuries of Nerves*, een eerste gedetailleerde beschrijving van fantoomledematen in de medische literatuur gedocumenteerd. Mitchell werd geconfronteerd met de “zintuiglijke geest” van verloren ledematen in de loop van de Amerikaanse Burgeroorlog (Brugger, 2011). Hij introduceerde de term “fantoomledemaat”. De steeds groeiende interesse naar de studie van dit fenomeen kwam voort uit het feit dat vrijwel iedereen na amputatie van een been of arm fantoomledematen ervaart. Dit in tegenstelling tot mensen die hun gezichtsvermogen of gehoor zijn kwijtgeraakt bij wie slechts tien tot twintig procent last krijgt van auditieve of visuele hallucinaties. William James (1887) schreef in zijn werk *The consciousness of lost limbs* dat de beleving van fantomen na amputatie op zich niet verbazend is. De gebieden van de hersenen die gevoel en beweging reguleerden in de geamputeerde lichaamsdelen blijven immers actief. In conventionele boeken wordt veel nadruk gelegd op pijnlijke fantoomsensaties omdat patiënten deze met meer ernst rapporteren. Pijnloze fantoomledematen zoals de houding of gewicht van het lidmaat en bewegingsprikkels krijgen minder prioriteit (Brugger, 2011). Bovendien is de pijn in een fantoomlidmaat grotendeels resistent tegen behandeling; zowel psychotherapeutische manipulaties van de stomp en een breed scala aan farmacologische interventies. Geen enkele behandeling is effectief gebleken voor alle patiënten en wanneer ze wel werken blijft het effect beperkt of van voorbijgaande aard. Volgens Brugger (2011) werd in de medische literatuur onvoldoende rekening gehouden met de fenomenologische rijkdom van een fantoomervaring. De nauwe focus op pijn bij fantoomledematen is vergelijkbaar met de unilaterale of eenzijdige focus op kleur bij visuele hallucinaties. Helderheid, contrast, textuur, vorm en het optreden van specifieke visuele signalen zoals gezichten en plaatsen zijn even belangrijk in de studie van visuele hallucinaties. Tijdens de eerste helft van de twintigste eeuw broeide de prominente vraag of de oorsprong van fantoomledematen moest worden gezocht in de amputatiestomp of eerder op het niveau van de hersenen. Huidig onderzoek is vrijwel uitsluitend gericht op de cerebrale cortex. Veranderingen ter hoogte van de stomp gaan noodzakelijkerwijs gepaard met veranderingen in de hersenen (Brugger, 2011). Daarnaast mag men niet vergeten dat, voorafgaand aan de technologieën van vandaag,

de oorsprong van fantoomsensaties reeds door filosofische denkers zoals Descartes werd toegeschreven aan de kunde van menselijke geest (Finger & Huswit, 2003).

Menig onderzoek omtrent fantoomledematen focust sterk op sensaties ten gevolge van amputatie waarbij fantomen een sensomotorische herinnering zijn aan het gebruik van een verloren ledemaat. Lang werd aangenomen dat mensen die geboren werden zonder ledematen (tetra-Amelia of Amelia-syndroom) dergelijke fantoomsensaties niet konden ervaren, ondanks dat er zestig gerapporteerde gevallen waren van patiënten met Amelia-syndroom die fantoomledematen hadden (Brugger & Funk, 2007). Dit was ook de heersende mentaliteit wanneer een vierenveertigjarige vrouw met Amelia-syndroom beweerde dat ze haar gehele leven fantoomledenmaten had gevoeld. Een uitgebreid onderzoek werd gestart om de bewering te onderbouwen. Verschillende methoden zoals klinische observaties, gedragstesten en neurologisch onderzoek bevestigden corticale representaties van lichaamsdelen die zich nooit fysiek hadden ontwikkeld (Brugger & Funk, 2007). Even opmerkelijk was wanneer Matthew Botvinick en Jonathan Cohen in 1998 konden aantonen dat onder bepaalde voorwaarden een rubberen hand kon worden aanzien voor de eigen hand. De echte hand van de proefpersonen bleef uit het zicht terwijl een rubberen hand vlak voor hen op tafel werd gelegd. Om de *Rubberen Hand Illusie* te induceren streefde de onderzoeker synchroon de valse en echte hand waardoor de proefpersoon een overtuigende illusie ervaart, namelijk dat het levenloze voorwerp werkelijk is. De *Rubberen Hand Illusie* is het gevolg van een verstoring van de proprioceptieve, visuele en tactiele informatie (Tsakiris & Haggard, 2005) en illustreert ook de potentiële bruikbaarheid van illusies en hallucinaties in een klinische setting. Ook Lackner (1998) probeerde via vibraties fantoomsensaties in verschillende ledematen op te wekken. Zolang dat proefpersonen geblinddoekt bleven geloofden ze, door trillingen in de biceps, dat de voorarm verlengd was. Een intrigerende variant is een onderzoek waarbij participanten tijdens de vibraties hun neus moesten proberen aanraken. Proefpersonen rapporteerden een fantoomneus die tot dertig centimeter lang kon worden (Lackner, 1998). De Pinocchio-illusie biedt de mogelijkheid om de plasticiteit van het brein, en de individuele verschillen en gevoeligheden voor spontane perceptuele afwijkingen ten aanzien van het eigen lichaam, te begrijpen (Burrack & Brugger, 2005). Eveneens opmerkelijk is dat *Rubberen Hand Illusie* ook kan worden gerepliceerd met een volledige virtuele

driedimensionale arm en hand (Slater, 2003). De integratie van het menselijk brein in computers is een interessant nieuw gebied in de toegepaste neurowetenschappen. Het experiment van Slater (2003) toonde dat het bewustzijn van achttien van de eenentwintig mannelijke proefpersonen makkelijk kon worden losgekoppeld van het eigen lichaam. Het virtuele object werd ervaren als een deel van zelf. Dergelijke onderzoeken rond fantoomsensaties en manipulatie van proprioceptie doet bij mij de vraag rijzen of men de perceptie van zelf kan baseren op een humeaanse filosofie. De lichamelijke identiteit wordt vormgegeven aan de hand van het gecoördineerd functioneren van de zintuigen; proprioceptie, visuele en tactiele input. Echter wanneer dit proces wordt verstoord kunnen de onwrikbare lichamelijke zekerheden en de perceptie van zelf in een oogwenk verdwijnen.

8.2.2 FANTOOMLICHAAM OF DOPPELGÄNGER

Wanneer er schade is aan de hersenen worden fantoomledematen niet altijd erkend als delen van het eigen lichaam. Ofwel lijken de acties van de fantomen vreemd en vaak dreigend, ofwel worden de veranderende sensaties geïnterpreteerd als een teken dat de ledematen eigenlijk iemand anders toebehoren. Ook bij patiënten met hemiplegie of halfzijdige verlamming wordt de gevoelloze kant toegeschreven aan een andere entiteit (Vallar & Ronchi, 2009). Binnen deze context spreekt men van een fantoomlichaam waarbij men de sterke overtuiging heeft dat een andere persoon dicht in de buurt is. Niet alle soorten fantoomlichamen vallen onder de noemer autoscopische hallucinaties die zich in het visuele domein manifesteren, namelijk een buitenlichamelijke ervaring. Een type fantoomlichaam die niet wordt gevisualiseerd, de onzichtbare dubbelganger aan de rand van het gezichtsvermogen (Geiger, 2009). Men voelt de aanwezigheid van een schaduwfiguur die de eigen bewegingen imiteert en gedachten vertelt, maar ze wordt doorgaans niet ervaren als een tweede zelf of een projectie van zichzelf. Men heeft niet het gevoel dat men zich in een illusoir lichaam bevindt. Daarom vormde de onzichtbare dubbelganger een bron van inspiratie binnen de literaire kunst, folklore en etnologie (Brugger et al., 1997).

Een autoscopische hallucinatie is een visuele projectie van het eigen lichaam, vaak alleen van het bovenlichaam of het gezicht. Het waargenomen beeld is het spiegelbeeld van het individu, dit wil zeggen dat dingen die gedragen worden in de rechterhand worden

weergegeven in de linkerhand van de autoscopische dubbelganger (Brugger, 2002). Deze dubbelganger is een zuiver visueel fenomeen, zonder een eigen identiteit, verlangen of eigen wil. De buitenlichamelijke doppelgänger kan een hallucinatie zijn waarbij iemand uittreedt uit het eigen lichaam en in de ruimte zweeft. Deze ervaring van levitatie gaat voor veel mensen gepaard met een gelukkig gevoel en een serene kalmte (Sacks, 2012, p. 251). Men kan doorgaans nogal snel de eerste schrikreactie of angsten loslaten en genieten van de vrijheid die een dergelijke hallucinatie met zich meebrengt. Veel patiënten vinden het moeilijk te geloven dat de ervaring niet werkelijk is omdat alle zintuigen op scherp blijven staan. Enkele van Sacks' (2012, p. 251) patiënten raakten zo verslaafd aan de buitenlichamelijke ervaring dat ze onderdrukkende medicatie weigerden. Eén van hen probeerde de uittredingen door middel van slaapdeprivatie bewust op te wekken. Naast het aangenaam zweverige gevoel rapporteerden enkele van Sacks' patiënten ook een benauwd gevoel; hevige angst voor altijd in de oneindige ruimte te dwalen zonder zich terug bij hun eigen lichaam te kunnen voegen. Uittreding kan diverse oorzaken hebben zoals een aanval van hevige migraine, (experimentele) elektrische prikkeling van de cortex, middelengebruik of zelfopgewekte trance, bij hartstilstand, of wanneer de bloedtoevoer naar de hersenen wordt bemoeilijkt (Sacks, 2012, p. 252). De Oostenrijkse neuropsychiater Erich Menninger-Lechenthal (1898-1966) wijdde zijn onderzoek aan een zeer zeldzame vorm van autoscopie, namelijk heautoscopie, waarbij er wel degelijk interactie is tussen een individu en zijn dubbelganger. Heautoscopie betekent letterlijk "zichzelf zien". Het benadrukt de aanwezigheid van twee zelden. Deze dualiteit kan leiden tot complexe, doorgaans vijandige, interacties tussen een individu en haar dubbel (Brugger, 2007). De recente neurowetenschappelijke literatuur koppelt dergelijke ervaringen aan bepaalde delen van de hersenen en aan verschillende cerebrale pathologieën (Blanke et al., 2004). Bij heautoscopie springt het gevoel van zelf heen en weer en weet de persoon niet in welk lichaam hij zich op dat moment bevindt. Er kan dus verwarring ontstaan over wie het origineel is. Heautoscopie is een buitenlichamelijke ervaringen waarbij het zelf zich volledig identificeert met het illusoir lichaam in een buitenlichamelijke ruimte, waarbij de heautoscopische dubbelganger de identiteit van de ander steelt of bespot. Deze hallucinaties kunnen angsten en afschuw oproepen en in extreme gevallen aanzetten tot

impulsieve daden. Sacks verwijst hiervoor naar de paper uit 1994 van Brugger en zijn collega's:

“Het heautoscopische voorval vond vlak voor de opname plaats. De patiënt stopte met phenytoïne – een middel dat convulsies tegengaat -, dronk een paar glazen bier en bleef de hele volgende dag in bed. 's Avonds werd hij mompelend en verward aangetroffen onder een vrijwel volledig vernielde struik, onder het raam van zijn kamer op de tweede verdieping. De patiënt gaf de volgende verklaring voor wat er gebeurde: die ochtend was hij duizelig opgestaan. Toen hij zich omdraaide, zag hij zich nog in bed liggen. Hij werd boos op ‘een vent, die, dat wist ik, mij was en toch niet wilde opstaan, en dus het risico liep om te laat op zijn werk te komen’. Hij probeerde het lichaam in het bed wakker te laten worden, eerst door ertegen te schreeuwen en toen door herhaaldelijk op zijn alter ego te springen. Het lichaam reageerde niet. Pas toen begon de patiënt in verwarring te raken over zijn dubbel bestaan, en werd hij steeds banger doordat hij niet kon zeggen wie van de twee hij nu eigenlijk was. Enkele malen verplaatste zijn lichamelijke bewustzijn zich van de man die stond naar de man die nog steeds in bed lag. Als hij in bed lag, voelde hij zich klaarwakker, maar volledig verlamd, en was hij bang voor de ander, zichzelf, die hem er fysiek van langs gaf. Het enige wat hij wilde, was weer één persoon zijn, en toen hij uit het raam keek (daar zag hij nog steeds zijn lichaam op bed liggen) besloot hij plotseling naar buiten te springen ‘om het onverdraaglijke gevoel van in tweeën gedeeld te zijn op te laten houden’. Verder hoopte hij ‘dat deze wanhoopsdaad de man op het bed angst zou aanjagen en hem ertoe aan zou zetten om weer één met mij te worden’. Het volgende dat hij zich herinnerde, was dat hij met veel pijn bijkwam in het ziekenhuis.”

(Sacks, 2012, p. 261, oorspronkelijke nadruk)

Fantomervaringen zijn in zekere zin een virtuele werkelijkheid van het lichaam. Men is zich bewust van hun illusionair karakter, maar men is er eveneens van overtuigd dat ze werkelijk worden ervaren door het menselijk lichaam. Fantomen helpen ons erkennen dat het geenszins vanzelfsprekend is een lichaam te bezitten. Dit concept van zelf is grotendeels gebaseerd op fundamentele sensomotorische processen. De meeste

fantomledematen worden ervaren door mensen die gezond, wakker en nuchter zijn en worden vrijwel aanhoudend ervaren. Hallucinaties werden lang gehuld in mystiek en waren zelden het onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. De specifieke kenmerken van fantoomervaringen maken het mogelijk om nauwkeurig labonderzoek te verrichten. De demystificatie van de huidige concepten rond *het zelf* zal een van de belangrijkste toekomstperspectieven worden binnen de fantomologie om zo de kloof tussen de neurologie en de filosofie van de geest te overbruggen.

Een aantal filosofen geloven namelijk dat fantoomlichamen, geobserveerd vanuit een klinische of experimenteel geïnduceerde context, inzicht kunnen geven in de aard van de menselijke conditie (Metzinger, 2009). Een belangrijk trefwoord binnen filosofie is immers *belichaming*. Binnen de filosofie van de geest is de interesse in de lichamelijke fundamenteën van het zelfbewustzijn de afgelopen jaren dan ook sterk toegenomen. Neurologische kennis over dynamische representaties van het lichaam, waaronder fantoomlichamen, kunnen de definitie en fenomenologie van *belichaming* nuanceren. Verder kan rigoureuus en systematisch onderzoek naar buitenlichamelijke ervaringen paranormale overtuigingen afzwakken. De hedendaagse filosofische en wetenschappelijke discussies over de geest hebben zich ontwikkeld tot een quasi-zintuiglijke theorie over wat het betekent een geest te hebben. Diverse religies erkennen echter het bestaan van een ziel, een etherisch tweede lichaam dat de drager is voor hogere (verheven) mentale functies. Het bewuste brein is een *ontologische motor*; het creëert een model van werkelijkheid opgebouwd uit diverse veronderstellingen over wat bestaat en wat niet bestaat. Het lijkt aannemelijk dat meldingen over bepaalde paranormale gebeurtenissen oprecht worden beleefd, maar makkelijk verklaard kunnen worden als (buitenlichamelijke) hallucinaties (Metzinger & Gallese, 2003). Volgens Metzinger (2009) zijn uittredingen een duidelijk psychoneurologisch fenomeen. Bij iedere mens, ongeacht de cultuur, de religie of achtergrond, zijn de hersenstructuren aanwezig om het gevoel van uittreding (experimenteel) onder de juiste omstandigheden te genereren. Door het onderzoek naar de fenomenen die worden waargenomen bij uittredingshallucinaties kan men erachter komen welke structuren in de hersenen in dit proces worden aangesproken. Er is mogelijk een bepaald netwerk in de hersenen dat verantwoordelijk is voor het gevoel van zelf; Metzinger (2009) verwijst hiernaar als een *subtle body*. Het gevoel dat anderen het astraallichaam zullen noemen, waarbij we

onzelf van buitenaf zien is puur door de hersenen geproduceerd; namelijk een illusie van zelf (Metzinger, 2009).

8.2.3 ONVRIJWILLIGE HERINNERINGEN

Sacks (2015, pp. 161-182) bespreekt in zijn boek *De man die zijn vrouw voor een hoed hield* hallucinaties die door het geheugen geïnspireerd worden. Herinneringen die patiënten kwellen of ontroeren. Mevrouw O'C. was zo goed als doof maar verder gezond en woonde in een bejaardentehuis wanneer ze bij Sacks in behandeling ging. Ze was op een ochtend opgestaan met auditieve hallucinaties: Ierse volksmuziek. Aanvankelijk voelde mevrouw O'C. enorme heimwee naar haar jeugdijaren in Ierland en genoot ze van de muziek die zich zeer duidelijk in haar hoofd en niet op de radio afspeelde. Ondanks de fijne associaties besloot ze alsnog enkele medici te spreken om de oorsprong van het geluid te achterhalen. Ze werd door een oorarts doorverwezen naar een psychiater, maar die concludeerde al snel dat ze niet gek was. Mensen met psychose of schizofrenie horen uitsluitend stemmen, geen muziek. De gesprekken met de artsen werden bemoeilijkt door haar doofheid, maar voornamelijk gedomineerd door de muziek die elk ander geluid verdrongen. Tegen de tijd dat men enkele dagen later elektroden gebruikte om een scan van haar hersenactiviteit te nemen (de zogenaamde elektro-encefalografie-techniek, of EEG) werd de muziek minder luid en bovenal minder overheersend. Ze hoorde flarden die lukraak opkwamen en even vluchtig weer verdwenen. De EEG registreerde pieken en steile golven in de temporale hersenkwabben. Een hersenscan toonde aan dat de plotselinge activering van de muzikale geheugensporen het gevolg waren van een beroerte. De muziek nam af naarmate de gevolgen van de beroerte afnamen. Ondanks de opluchting van mevrouw O'C. dat haar gezondheid was hersteld, voelde ze toch een zekere teleurstelling. Haar ervaring had een zeer krachtige en diep nostalgische inhoud, als een deur die haar toegang had gegeven tot een verloren en vergeten verleden. Mevrouw O'C. getuigt: "Ik weet dat u er bent, dokter Sacks. Ik weet dat ik een oudere vrouw ben met een beroerte en dat ik in een bejaardentehuis zit, maar ik voel dat ik weer een kind in Ierland ben – ik voel de armen van mijn moeder, ik zie haar, ik hoor haar stem" (Sacks, 2015, p. 167).

Men kan zich afvragen of deze hallucinaties zich volkomen toevallig aan de patiënt tonen of ze onbewust door patiënten worden gekozen. Enkele van Sacks' patiënten die muziek

hoorden hadden dit als zeer storend ervaren. De muziek hield niet alleen aan, maar werd ook steeds erger. De muziek werd vooral ergerlijk omdat slechts enkele nummers elkaar repetitief afwisselden. Deze innerlijke muziek wordt door neurologen vooral in verband gebracht met functievermindering van de auditieve (temporale) hersenkwabben en is een vorm van muzikale epilepsie. De muziek was het luidst wanneer patiënten wakker werden en nam af wanneer er meer andere zintuiglijke stimuli door de hersenen werden opgenomen. Muzikale epilepsie lijkt een onverenigbaar fenomeen; muziek is doordrongen van betekenis en gevoel, daartegenover dringt een epileptische episode zich op grove wijze aan de persoon op. De zeer gedetailleerde geestelijke toestanden, de levendige hallucinaties en melodieën die als overtuigend reëel worden ervaren door epileptici, kunnen door lichte elektrische prikkeling opgewekt worden. Hughlings Jackson beschreef deze episodes zelfs als een *verdubbeling van het bewustzijn* (Jackson & Taylor, 1931). In tegenstelling tot andere hallucinaties zijn ze geen gefabriceerde fantasieën, maar een gereproduceerde werkelijkheid die wordt vergezeld door de emoties die vasthingen aan de oorspronkelijke ervaringen. Een aantal patiënten zijn de hallucinaties liever kwijt dan rijk, maar in het geval van Mevrouw O’C. was de nostalgische behoefte dieper geworteld doordat ze haar vader nooit gekend en haar moeder verloren had toen ze vijf jaar was. Haar hallucinaties waren veel dieper, mysterieuzer en emotioneler geladen van aard en bleken een psychologisch nut te hebben. Ze wees elke behandeling met anticonvulsiva af (een middel bij de behandeling van epilepsie die de zenuwmembranen neutraliseert), omdat ze nood had aan de verloren herinnering van bemoederd te worden, van liefde en zorg. Tijdens de toevallen ervoer mevrouw O’C. een ongekend geluk en sereniteit. Ze beschouwde haar ziekte als een proces van genezing. Sacks (2015, p. 181, oorspronkelijke nadruk) bespreekt ervaringshallucinaties:

“Ervaring is niet mogelijk tenzij die beeldend is georganiseerd; handelen is niet mogelijk tenzij dit beeldend is georganiseerd. ‘Het verslag in de hersenen’ van alles – al het levende – moet beeldend zijn. [...] De uiteindelijke vorm van cerebrale representatie moet ‘kunst’ zijn, althans ‘kunst’ toelaten – ingenieuze landschappen en melodieën van ervaring en handelen. Hetzelfde geldt voor de reconstructie hiervan, als de registraties van de hersenen beschadigd of uitgeschakeld zijn, zoals bij amnesieën, agnosieën, apraxieën.”

Om het nut van hallucinatoire herinneringen verder te duiden verwijst Sacks (2015, p. 175) naar het werk *A Collection of Moments* van Esther Salaman (1970) over hoe armzalig en zonder basis het leven is zonder de kostbare herinneringen aan de kindertijd. Salaman beschrijft in haar boek een hele reeks onvrijwillige herinneringen die zich aan haar hebben opgedrongen en de diepe vreugde en het gevoel van werkelijkheid dat ze krijgt bij de terugwinning van haar verloren verleden. “*We zijn allen verbannen uit ons verleden, en als balling is het nodig dat we ons dit weer toe-eigenen,*” schrijft ze.

9 WAAN ALS ONDERDEEL VAN DE IDENTITEIT

9.1 HUME OVER PERSOONLIJKE IDENTITEIT

Hume (2007, pp. 256-257) begint zijn betoog over de persoonlijke identiteit door te stellen dat men onmogelijk enig besef van *zelf* kan hebben. De idee dat men het bestaan en het voortbestaan van zelf kan voelen, en bijgevolg zeker kan zijn van de eenvoud van persoonlijke identiteit, is volgens hem foutief:

“Iedere indruk geeft aanleiding tot een werkelijk denkbeeld. Maar een zelf of persoonlijkheid is geen indruk, maar iets waaraan een menigte indrukken geacht wordt te refereren. Als een of andere indruk het denkbeeld van het zelf veroorzaakt, dan moet die indruk altijd dezelfde blijven, gedurende ons hele leven, omdat het zelf geacht wordt zo te bestaan. Maar er is geen constante onveranderlijke indruk. Pijn en genot, verdriet en vreugde, hartstochten en gewaarwordingen volgen elkaar op en bestaan nooit tegelijkertijd. Het denkbeeld van het zelf kan daarom nooit van deze of andere indrukken zijn afgeleid, en dus bestaat er geen denkbeeld van het zelf. [...] Wanneer ik voor mijzelf sprekend diep nadenk over wat ik *mijzelf* noem, stuit ik altijd op de een of andere concrete perceptie van hitte of kou, van licht of donker, liefde of haat en pijn of genot. Ik kan *mijzelf* nooit vangen zonder een perceptie, en kan nooit iets waarnemen behalve de perceptie.”

(Hume, 2007, p. 256, oorspronkelijke nadruk)

Volgens Hume (2007, p. 257) heeft de mens de neiging om vast te houden aan een onveranderlijk en ononderbroken beeld van het bestaan van zelf, simpelweg omdat men identiteit toeschrijft aan opeenvolgende percepties. Men kan zich een denkbeeld vormen van een object dat in alle eenvoud hetzelfde blijft in een bepaalde periode, alsook kan men zich een denkbeeld vormen van objecten die duidelijk van elkaar verschillen. Men raakt echter verward doordat de vorming van ononderbroken objecten alsook de vorming van opeenvolgende (door nauwe betrekking verbonden) objecten vrijwel hetzelfde gevoel geven. Hoewel men zich doorgaans bewust is van deze vergissing, construeert men het bestaan van zintuiglijke percepties om onderbrekingen tussen objecten weg te werken. Opeenvolgende objecten worden door een psychologisch mechanisme verbonden door gelijkenis, nabijheid en oorzakelijkheid. “Zo komen we uit tot een notie van een *ziel*, een *zelf*, en een *substantie* om veranderingen te maskeren” (Hume, 2007, p. 258). Het menselijke geheugen is volgens Hume (2007, p. 264) datgene wat de mens vertrouwd maakt met vloeiende opeenvolgende percepties. Gelijkende herinneringen wekken de indruk van een ononderbroken zelf; bijgevolg is het menselijk geheugen de bron van persoonlijke identiteit. Slechts het geheugen kan een notie van causaliteit voortbrengen door actief verloren herinneringen te koppelen aan de huidige identiteit:

“Volgens deze zienswijze *veroorzaakt* de herinnering dus niet zozeer de persoonlijke identiteit, maar *ontdekt* ze deze, door ons te tonen wat het oorzakelijke verband is tussen onze verschillende percepties.”

(Hume, 2007, p. 264, oorspronkelijke nadruk)

De persoonlijke identiteit die Hume in zijn *Traktaat over de menselijke natuur* beschrijft heeft een zeer sceptische inslag. Waar andere metafysici dan mogen beweren dat ze over een onafgebroken *zelf* beschikken, stelt Hume (2007, p. 257) vast dat de persoonlijke identiteit niets anders is dan een (toevallige) bundeling van percepties die elkaar met ongelooflijke snelheid opvolgen. Ze wekken de illusie in een staat van continue golvende beweging te zijn. Wanneer percepties echter (voor een korte of langere termijn) afwezig zijn (zoals in diepe slaap) wanneer men niet meer in staat is te denken, voelen, zien, liefhebben of haten, dan kan men waarlijk stellen dat het *zelf* alsook de *persoonlijke identiteit* niet meer bestaat.

9.2 JAMES OVER HET GEVOEL VAN IDENTITEIT

James (1950, pp. 330-331) stelt dat de gedachten die dagelijks worden ervaren niet willekeurig vanuit het niets voortkomen. Ze lijken allen te behoren tot (of eigendom te zijn van) één specifieke denker. De eigen gedachten bevatten een soort warmte, eigenheid of intimiteit, terwijl de niet-eigen gedachten eerder afstandelijk en koud aanvoelen. Enerzijds stelt hij dat gedachten een gelijkenis lijken te hebben en dus in zekere zin hetzelfde aanvoelen. Betreffende deze gelijkheid maakt James (1950, p. 331) een onderscheid tussen *objectieve synthese* en *subjectieve synthese*, waarbij *subjectieve synthese* slaat op het al dan niet mentaal gelijkstellen van objecten of gedachten, bijvoorbeeld “deze pen is vandaag hetzelfde als gisteren” of “ik ben niet gelijk aan deze pen”. *Objectieve synthese*, is het werkelijk gelijk (of ongelijk) zijn van deze dingen. Alsnog kunnen dingen die objectief geheel verschillend zijn – James hanteert hiervoor de terminologie *afzonderlijke werelden* – toch subjectief verbonden worden wanneer men over deze twee dingen nadenkt, ook al is het maar om te besluiten dat ze niet hetzelfde zijn. James vervolgt dat het gevoel van warmte of eigenheid niet slechts *subjectieve synthese* van de gedachte aan ‘het’ zelf is, maar dat de gedachten doordrongen zijn van dit gevoel, en dat het gevoel voortkomt uit de dingen waarover nagedacht wordt (bijvoorbeeld gedachten van ‘het’ zelf nu en ‘het’ zelf gisteren). Ongeacht of dit gevoel van persoonlijke identiteit ook betekent dat de onderliggende identiteit steeds (objectief, feitelijk) dezelfde is, moet een psycholoog volgens James erkennen dat dit gevoel bestaat en is het aan die psycholoog om te onderzoeken of de gedachte *ik ben vandaag hetzelfde zelf als gisteren* juist of fout is.

Net zoals het feit dat er op dit moment een beeld wordt gevormd van het huidige zelf, staat het voor James (1950, pp. 332-334) vast dat er zich in het verleden eveneens gedachten van ‘het’ zelf hebben voorgedaan. De vraag die hem bezig houdt is wat het bewustzijn precies overtuigt dat het ene zelf dezelfde is als de andere. Volgens James is er enerzijds een lichamelijke dimensie aan verbonden: men is zich heel de tijd onmiskenbaar bewust van de aanwezigheid van een fysiek lichaam dat aan het zelfbeeld wordt gekoppeld. Tegelijkertijd voelt men een, moeilijker te beschrijven, *innerlijk zelf*. Het is een gevoel van ‘het’ zelf – wat sommigen relateren aan spiritualisme – die ofwel te vinden is in puur fysiologische reacties (bijvoorbeeld chemische reacties in de

hersenen), ofwel in de activiteit van het denken op zich. Dit gevoel van 'het' zelf bevat eveneens warmte en intimiteit, omdat ze zich uit in subtiele veranderingen in het lichaam, zoals een licht versnelde hartslag of verandering van de ademhaling. Elke gedachte aan het *huidige zelf* (*the present self*) zal dus ofwel deze reactie teweeg brengen, ofwel gekoppeld zijn aan de gewaarwording van het volledige lichaam op dat moment. James (1950, p. 333) stelt dat men diens *huidige zelf* nooit zal kunnen realiseren zonder één van deze twee dingen, of beiden tegelijkertijd, te voelen. Elk ander feit dat één van deze gevoelens (of beiden) oproept in het bewustzijn, zal dus onvermijdelijk ervaren worden met dezelfde warmte en intensiteit als het *huidige zelf*, inclusief elk *verleden zelf* (*the distant self*). Van alle verleden versies van 'het' zelf, zal men elk zelf dat dergelijke gevoelens van warmte teweeg brengt associëren met het *huidige zelf*. James (1950, p. 334) illustreert dit met de herder die zijn eigen kudde runderen herkend door een brandmerk. Het gevoel van warmte en intensiteit (oftewel de subtiele gewaarwording van het lichaam) vormt het brandmerk van 'het' zelf, waardoor het zelf de gedachten herkend die aan haar toebehoren.

Naast warmte, het 'brandmerk' van 'het' zelf, vormt continuïteit een tweede essentieel aspect om verschillende gedachten te koppelen aan *eenzelfde zelf* (James, 1950, p. 334). Wanneer men terugdenkt aan ervaringen uit het verleden kan men het gevoel van warmte, die toenmalige ervaringen teweegbrachten, uren vasthouden. Bovendien voelt men aan dat het *verleden zelf* (*the distant self*) continue, ononderbroken, in het *huidige zelf* (*the present self*) overvloeit. Zelfs wanneer het onderbroken wordt zal 'het' zelf voortgezet worden ervaren; wanneer men bijvoorbeeld 's morgens wakker wordt voelt men zich nog steeds dezelfde persoon als voor het slapengaan, ondanks dat de ervaring van dat 'het' zelf gedurende meerdere uren onderbroken is geweest. James (1950, p. 340) concludeert hieruit dat naast warmte (en intimiteit) deze continuïteit hetgene is die de mens doet geloven in het bestaan van een *onveranderlijk zelf*. De ervaren continuïteit zorgt voor een schijnbare algemene ononderbrokenheid. Eerder dan een metafysische eenheid van 'het' zelf, stelt James (1950, p. 335) dat de ervaring van ononderbrokenheid evengoed kan beschouwd worden als een opeenvolging van een ononderbroken stroom van *verschillende zelden*. Wanneer associatie en continuïteit ontbreken, verliest men eveneens het gevoel van een eigen zelf. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer men schaamtelijke anekdotes hoort over de eigen kindertijd, maar daar

helemaal geen gevoel van schaamte mee associeert (James, 1950, p. 336). 'Het' zelf van toen is zo lang geleden dat men zich de oorspronkelijke gevoelens niet meer kan herinneren (eventueel wel de gebeurtenissen of uitspraken). Men kan een herinnering moeilijk aan voorgaande of volgende ervaringen koppelen als deze zijn continuïteit verliezen. In dat geval lijkt het *verleden zelf (the distant self)* een complete vreemde. Volgens James zijn er meerdere pathologieën bekend waarbij mensen dan wel hun herinneringen behouden, maar hun lichamelijke en geestelijke gewoontes plots verliezen, waarna ze zich niet meer kunnen vereenzelvigen met de persoon die ze daarvoor waren. Op dezelfde manier herinnert men zich soms dingen die zo vaag zijn dat men eraan twijfelt of ze werkelijk hebben plaatsgevonden dan wel ingebeeld zijn.

"The sense of our own personal identity, then, is exactly like any one of our other perceptions of sameness among phenomena. It is a conclusion grounded either on the resemblance in a fundamental respect, or on the continuity before the mind, of the phenomena compared."

(James, 1950, p.334, oorspronkelijke nadruk)

Volgens James (1950, p. 336) bestaat de enig werkelijke en verifieerbare persoonlijke identiteit dan ook uit een opeenvolging van verschillende ervaringen die een continuüm van voornamelijk lichamelijke gevoelens teweeg brengen. Hij beschrijft het als een *stroom van subjectief bewustzijn* waarvan de onderdelen kunnen verschillen, maar worden samengevoegd door warmte, intensiteit, continuïteit en associatie. Wanneer deze eigenschappen verdwijnen, verdwijnt daarmee ook de persoonlijke identiteit.

9.3 SACKS OVER DE CREATIE VAN ZELF

Sacks bespreekt in *De man die zijn vrouw voor een hoed hield* (2015, pp. 136-149) de casus van meneer Thompson die in Sacks een tiental verschillende figuren herkende. Meneer Thompson was gepensioneerd kruidenier, opgenomen in een neurologische ziekenhuis, maar oogde niet verward. Hij sprak in vijf minuten Sacks aan als een vroegere kameraad, dan weer als de koosjere slager of een automonteur. Thompson was voortdurend gedesoriënteerd en vlogen van amnesie teisterden zijn geheugen, maar hij fabriceerde de ene gissing vlot na de andere. Voor hem waren deze snelvuurgissingen geen fantasieën, maar interpretaties van de wereld – een schimmenspel. Voor de

mensen rondom hem leek zijn wereld vervuld van absurditeit, maar Thompsons eigen geest leefde in een zeer stabiele en werkelijke wereld. Van de vele boeiende verhalen die Thompson vertelde kon men afleiden dat hij een zeer avontuurlijk leven had gehad. Het leek alsof hij meer had beleefd dan in één mensenleven mogelijk was. Sacks (2015, p. 138) stelt dat Thompsons levendige verhalen meer zijn dan fantasie, namelijk een kwestie zijn van identiteit. Ongeacht of de situaties uit zijn vele vertellingen werkelijk hebben plaatsgevonden, ze maken deel uit van hemzelf. Men is steeds bezig met een wereld en een zelf te creëren die de plaats innemen van dat wat mogelijk lang vergeten is. Sacks verwijst naar een vergelijkbare case van een Korsakovpatiënt. Het syndroom van Korsakov is een permanente geheugenstoornis waarbij patiënten doorgaans geen nieuwe informatie kunnen opslaan. Opmerkelijk is de afwezigheid van ziekte-inzicht; patiënten vergeten namelijk dat ze gediagnostiseerd zijn (Kopelman, 1995). Sacks (2015, p. 138) omschrijft zijn Korsakovpatiënt als een individu dat verzonken is in een toestand van blijvende verlorenheid. Het geheugen bepaalt een mensenleven, want wat is men zonder het geheugen dat verbanden, rede, gevoelens en zelfs handelingen mede heeft bepaald? Kan men spreken van bestaan wanneer er een gebrek is aan geheugen of continuïteit? Het verleden is namelijk de verankering van een individu in de tijd, waarbij een innerlijk verhaal of levensgeschiedenis de zin van diens bestaan bepaalt. Volgens Sacks (2015), p. 139) bestaat de identiteit uit de unieke biografieën die mensen in vertellingen naar voren brengen. Bij hersenbeschadiging of geheugenstoornissen is het bijvoorbeeld niet ongevoerd dat patiënten confabuleren. Korsakovpatiënten, alsook meneer Thompson, hebben de vrijheid om met volstrekt willekeurige en soms geniale verhalen een identiteit te scheppen om de leegtes op te vullen. Volgens Sacks (2015, p. 139) zijn patiënten genoodzaakt om zichzelf en hun wereld voortdurend creëren omdat hun behoefte aan een innerlijk verhaal zo groot is. Men moet zichzelf bezitten en zo nodig opnieuw bezitten om zijn identiteit te handhaven. Men zou kunnen stellen dat de verzinsels de leegtes in het geheugen oplappen, maar nooit de werkelijkheid zullen kunnen vervangen. De dieptes van meneer Thompsons realiteit en identiteit zijn mogelijk reeds verloren, maar is dit feitelijk relevant; vraag ik mij af? De identiteitsdelirium en gecreëerde wereld zorgen ervoor dat hij zich ontspant. Het gevoel van zijn werkelijkheid lijkt voldoende.

10 ANTROPOLOGISCHE RELEVANTIE VAN HALLUCINATIES

Tot de achttiende eeuw werden de gehallucineerde stemmen toegeschreven aan bovennatuurlijke invloeden en werd het horen van deze stemmen niet gezien als een pathologisch verschijnsel (Sacks, 2012, pp. 64-67). Vanaf de negentiende eeuw was bekend dat bij mensen zonder een psychologische pathologie hallucinaties kunnen voorkomen. Oliver Sacks analyseerde patiënten zonder psychiatrische voorgeschiedenis. Opvallend genoeg werd de meerderheid van deze mensen aanvankelijk antipsychotica voorgeschreven en werden zij opgenomen in psychiatrische centra. Sacks verwees naar David Rosenhan, een psycholoog van Standford University. Rosenhan (1973) duidde dat het vertonen van slechts één symptoom, zoals ‘stemmen horen’ – een voorbeeld van een hallucinatie – voldoende was om (in dit geval) de categorische diagnose schizofrenie te krijgen. Beavan, Read and Cartwright (2011) beweren dat ook, afhankelijk van hoe de onderzoeksvragen werden gesteld, 10% - 15% van de doorsnee bevolking aangaf dat ze hallucinaties hadden beleefd. Volgens hun studie komen hallucinaties zelfs nog vaker voor bij degenen die geliefden hebben verloren. Maar liefst 80% meldde dat ze de overleden partner hadden gezien, gehoord of diens aanwezigheid hadden gevoeld. De meest voorkomende auditieve hallucinaties zijn diegene waarbij men stemmen internaliseert. In plaats van de stem aan een externe entiteit toe te schrijven hoort men de eigen stem of de stem van een vreemde maar beseft men ook dat deze uit zichzelf voortkomt. Het is dan ook evident dat ‘stemmen horen’ geen indicatie hoeft te zijn van een psychotisch ziektebeeld, maar toch wordt het symptoom tot op de dag van vandaag door het grote publiek met waanzin geassocieerd.

10.1 EEN BEVOORRECHTE STAAT VAN BEWUSTZIJN

Sacks (2012) vervolgt dat in bepaalde culturen hallucineren gezien wordt als een bevoorrechte staat van bewustzijn, hetgeen wordt nagestreefd via spirituele extase, meditatie of drogerende middelen. Laroi et al. (2014) bevestigen de visie van Sacks. De etnografische benadering van hallucinaties is volgens hen essentieel om te begrijpen hoe leden van een bepaalde samenleving ongewone zintuiglijke gebeurtenissen betekenis geven; hetzij maatschappelijk convenabel of als symptomen van ziekte. Zij stellen dat de erkenning van hallucinaties wordt beïnvloed door de culturele beschouwing van realiteit. Bijvoorbeeld, de Cashinahua, Siona en Schuar volkeren uit het Amazonegebied

gebruiken het hallucinogene middel ayahuasca om tot spirituele extase te komen. De drie stammen geven echter op een andere manier betekenis aan de ervaring. De Cashinahua beschouwen de ervaring puur als hallucinatie. De Siona geloven dat de hallucinatie hen toegang biedt tot een alternatieve realiteit. De Schuar leven in de overtuiging dat elke menselijke ervaring een hallucinatie is.

Laroi et al. (2014) poneren verder dat ongewone zintuiglijke ervaringen een ontegensprekelijke cultureel-antropologische relevantie hebben binnen fundamentele spirituele ervaringen; de brandende struik van Mozes, Arjuna's visioen van Krishna, de verlichting van Boeddha onder de bodhiboom, e.d. Ook het onderzoek van Bourguignon (1970) bevestigt dit. In 62% van de 488 door Bourguignon onderzochte culturen speelden hallucinaties een belangrijke rol in de gewone rituele praktijken. Deze hallucinaties werden positief gewaardeerd als onderdeel van lokale overtuigingen en culturele gewoonten. Deze ervaringen werden volgens Bourguignon, op enkele uitzonderingen zoals de mirakels van Lourdes e.d. na, zelden opgenomen in historische archieven. Het spreekt voor zich dat spirituele hallucinaties moeten aansluiten bij de heersende mentaliteit en lokale verwachtingen van een bepaalde samenleving en dit binnen een specifieke periode. Het vermogen om te spreken met de doden werd in de 19^{de} eeuw meer aanvaardbaar voor gewone christenen omdat het spiritisme steeds meer tot een volksbeweging behoorde. Ook bij de Bororo, een inheemse Braziliaanse stam, wordt een sjamaan pas erkent vanaf hij droomt te vliegen en stemmen hoort wanneer hij alleen in het bos wandelt. Laroi et al. (2014) concluderen hieruit dat in samenlevingen waar bovennatuurlijke hallucinaties gekoesterd worden een expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen waanzin en wanen die wijzen op contact met de spirituele wereld. Wanneer de hallucinatie overeenkomt met de culturele verwachting wordt de ongebruikelijke sensorische beleving sneller aanvaard en niet toegeschreven aan een psychologische pathologie.

10.1.1 STIGMATISERING EN VARIATIE IN CONNOTATIE

Laroi et al. (2014) verwijzen naar het onderzoek van Al-Issa die suggereert dat de Europees-Amerikaanse cultuur het aantal rapporteringen van hallucinaties bewust dempt. De westerse cultuur streeft ernaar realiteit van illusie te onderscheiden. Wanneer individuen niet in staat zijn dergelijk onderscheid te maken worden ze

doorgaans bestempeld als mensen die 'geen vat hebben op de realiteit' en worden hun wanen als pathologisch omschreven. Ook Sacks (2012) besluit in zijn boek *Hallucinaties* dat de moderne westerse wereld hallucinaties stigmatiseert als een symptoom van een psychologische pathologie. In contrast betoogt Al-Issa dat veel niet-westerse samenlevingen geen dergelijke rigide distinctie tussen realiteit en illusie wensen te maken. Men zou hieruit kunnen concluderen dat hallucinaties gemakkelijker en sneller worden gerapporteerd buiten de westerse samenleving. Epidemiologische studies lijken deze conclusie ook te ondersteunen. Johns (2002) heeft aangetoond dat meldingen van hallucinaties schommelden binnen de algemene populatie van het Verenigde Koninkrijk afhankelijk van de verschillende deelnemende etnische groepen. In deze studie werden 5196 respondenten uit etnische minderheden (bv. met een Caribische achtergrond) en 2867 blanke Britse respondenten gescreend. Mensen met een Caribische afkomst rapporteerden 2,5 maal meer hallucinaties in vergelijking met de blanke deelnemers.

Zowel de antropologie als psychologie besluiten dat hallucinaties binnen het kader van een ernstige psychotische stoornis in zekere mate worden gevormd door lokale verwachtingen en betekenisgeving. Voornamelijk de inhoud van hallucinaties wordt beïnvloed door de lokale cultuur. Zo zal men binnen Afrikaanse stamgemeenschappen eerder hallucineren over voorouderverering en christenen zullen eerder hallucineren over Jezus, Maria of Satan. Laroi et al. (2014) verwijzen hiervoor naar een onderzoek van Mitchell en Vierkant die hallucinaties vergeleken van patiënten opgenomen in 1930 en patiënten opgenomen in 1980 binnen hetzelfde ziekenhuis in Oost-Texas. Ze vonden dat de hallucinaties bij patiënten opgenomen in 1930 hoofdzakelijk een intense verlangen weerspiegelden naar voeding en goederen die hun waren ontvallen tijdens The Great Depression. Patiënten opgenomen rond 1980 hallucineerden over nieuwe technologische hulpmiddelen die gangbaar waren in die periode. Meer opvallend waren de interne stemmen bij patiënten in 1930 voornamelijk goedaardig of godsdienstig van aard, waar de stemmen bij patiënten in 1980 eerder destructief waren. De auteurs suggereerden dat de negatieve commando's van de latere periode het gevolg waren van een algemeen vijandige omgeving. Laroi et al. (2014) vergeleken de fenomenologie van waanbeelden bij mensen uit San Mateo, Californië, Accra, Ghana, Chennai en Zuid-India. Ze interviewden in elke instelling 20 mensen met schizofrenie die in detail werden bevraagd over de beleving van het horen van stemmen en hun relatie tot deze stemmen.

Amerikanen gaven aan dat ze hun stemmen haatten. Opmerkelijk genoeg waren ze zich bewust van hun diagnostisch label en konden ze de criteria voor schizofrenie reciteren. Voor hen was de externe stem puur een symptoom van krankzinnigheid en werd de stem niet als een andere entiteit erkent. Patiënten in Chennai en Accra, daarentegen, maakten geen gebruik van een diagnostisch label. De respondenten ervoeren het horen van stemmen niet als iets slecht. In Accra meldde de helft van de patiënten dat de externe stem de stem van God was. Het horen van God vonden ze een positieve ervaring. Echter in Chennai hoorden patiënten over het algemeen de stemmen van levende of overleden familieleden die hen huishoudelijke klusjes opdroegen. Het horen van stemmen in deze context werd meestal gezien als irritant of onaangenaam, maar niet bedreigend of hatelijk zoals bij de Amerikaanse patiënten. De bevindingen van Laroi et al. (2014) suggereren dat hallucinaties algemeen minder onaangenaam worden ervaren door niet-westerse bevolking.

Daarnaast hebben antropologen en psychologen aangetoond dat familieleden zeer verschillend reageren op hallucinaties van hun naasten. Zo ondervond Jenkins (1988) dat Mexicaans-Amerikaanse gezinnen doorgaans meelevend en tolerant reageerden op de ervaring van wanen bij familieleden, waarbij Europees-Amerikaanse gezinnen veel meer vijandigheid vertoonden. Zuid-Aziatische families lijken eveneens meer beheerst in hun reactie dan de Europees-Amerikaanse gezinnen. Mensen met psychose in Zuid-Azië lijken zich vaker terug te trekken uit de samenleving. Weliswaar worden de wanen door familieleden binnen deze cultuur vaker toegeschreven aan een religieuze beleving; meditatieve onthechting is niet ongebruikelijk binnen het hindoeïsme.

Laroi et al. (2014) concluderen dat het vrijwel ontegensprekelijk is dat een ongewone zintuiglijke ervaringen diep gevormd worden door lokale patronen en de culturele fundamentele karakter van realiteit en het begrip van zelf. De beleving van wanen maakt onderdeel uit van de zoektocht naar het begrijpen van menselijke processen. De onderliggende mechanismen en maatschappelijke factoren bepalen mee of hallucinatoire ervaringen zich verder zullen ontwikkelen tot een depressieve stemming. Wanneer psychotische patiënten hun hallucinaties als goedaardig ervaren, gesteund binnen een tolerante gemeenschap, is het mogelijk dat het horen van stemmen minder schadelijke gevolgen zal hebben voor het individu. Sterker nog, onderzoek van Hopper

et al. (2007) heeft aangetoond dat wanneer patiënten worden gestimuleerd om te communiceren met hun stemmen ze minder angst en stress ervaren. Een beperking veroorzaakt door hallucinatoire stemmen kan verkleind worden door de culturele organisatie van de werkplaats. Bijvoorbeeld mensen die leven in culturen waar er meer flexibiliteit mogelijk is ten aanzien van de werktijden, werkplaats, e.d. zijn minder beperkt dan zij die leven in een rigide samenleving.

Volgens Laroi et al. (2014) is het horen van stemmen bovenal een persoonlijk proces dat diepgaand wordt beïnvloed door culturele connotaties. Ze hekelen daarom dat er binnen de etnografische en klinische literatuur dominante patronen worden toegekend aan waanvoorstellingen, ondanks het groeiende bewijs dat cultuur de vorm van de inhoud, de persoonlijke betekenis en de symptomen beïnvloed. Laroi et al. (2014) concluderen dat de prevalentie van hallucinaties bij de niet-klinische bevolking zelden op diepgaande wijze wordt onderzocht. Onderzoek naar waanbeelden gebeurt, net zoals het meeste experimentele werk binnen de psychologie en neurowetenschappen, hoofdzakelijk door wetenschappers en bij respondenten die leven in een westerse, geïndustrialiseerde, democratische samenleving. Dit beperkt de wetenschappelijke en klinische kennis van interculturele ervaring, interpretatie en waardering van hallucinaties.

10.2 WAANZIN IS MENSELIJK

Menig criticus, waaronder Jim van Os (2014) neemt het verouderd classificatiesysteem van de DSM (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) zwaar op de korrel. Hierin worden symptoomgroepen geclusterd tot categorieën, stoornissen en psychologische ziektebeelden zonder rekening te houden met menselijke variatie, achterliggende context en zonder informatie over het beloop van de aandoeningen of de verdere zorgbehoeften van patiënten. Ook de nieuwe DSM-V heeft geen oog voor het onderzoek naar de mogelijk onderliggende neurobiologische dimensies van psychische aandoeningen. Jim van Os (Maastricht University, 2014) stelt dat de DSM mensen reduceert tot etiketten waarin stereotypering, bijvoorbeeld bij borderline of schizofrenie, niet vreemd zijn. Volgens van Os (2014) loopt de geestelijke gezondheidszorg en de samenleving hopeloos achter op de wetenschap. Iedereen binnen de klinische gezondheidszorg is geneigd te denken dat het psychotisch fenotype is afgeleid van klinische observaties van individuen gescheiden van de algemene

bevolking, een dichotomie tussen normaliteit en abnormaliteit. Vanuit epidemiologisch perspectief, zo stellen Johns en van Os (2001) liggen de zaken toch ietwat anders. Het is niet zo dat iemand van nature mentaal gezond of ongezond is. Individuen worden naargelang hun mentale toestand geadviseerd om tot behandeling over te gaan, maar dit wil niet zeggen dat deze individuen daarom ook per definitie psychisch ziek zijn. Johns en van Os (2001) maken een vergelijking met bloeddruk en glucose. Om behandeling mogelijk te maken stelt de medische wereld een schaal met grenswaarden op (van gezond tot ongezond) en worden termen zoals hypertensie en diabetes ingevoerd. Echter zal voor sommigen een bloeddruk van 180 over 100 perfect normaal en voor anderen ongezond zijn. Dergelijke termen, normen en schalen zijn noodzakelijk om te kunnen behandelen, maar zijn geen indicatie van een duidelijke dichotomie tussen normaliteit en abnormaliteit.

Het stellen van een diagnose is, volgens van Os, Bijl en Ravelli (2000) sterk afhankelijk van de manier waarop eigenschappen worden gemeten. Een eerste benadering meet dezelfde symptomen bij de algemene bevolking zoals ze worden waargenomen bij patiënten met psychotische stoornissen. Binnen deze benadering gaat men ervan uit dat symptomen van psychose zoals waanideeën en hallucinaties niet noodzakelijk geassocieerd moeten worden met een pathologie. Dan zijn de symptomen afhankelijk van onder meer comorbiditeit en persoonlijke of socio-culturele factoren zoals ziektegedrag en maatschappelijke tolerantie. Uitgaande van deze benadering is het denkbaar dat de prevalentie van de symptomen die men normaliter toeschrijft aan psychose veel hoger liggen dan de diagnose klinische psychose. De tweede en meer gangbare benadering veronderstelt dat een reeks sub-stoornissen bestaan waarin de expressie van symptomen verzwakt tot uiting komen, namelijk het spectrum van de schizotypen. Binnen de schizotypen bespreekt men een reeks symptomen die meer genormaliseerd zijn, die zich ook los van een psychologisch ziektebeeld kunnen voordoen, maar blijft men ook criteria stellen zoals het hebben van een genetische band met iemand die schizofrenie heeft. Het is moeilijk om de prevalentie van symptomen binnen het schizoïde spectrum te onderzoeken omdat ze onderhevig zijn aan tal van variabelen. Mensen met de diagnose schizotype vertonen symptomen zoals verwarring, uiterlijk dat afwijkt van de maatschappelijke norm, verwaarlozing, magisch denken, isolement en angstgevoelens. Toegegeven, deze symptomen passen binnen een heel

gamma van mentale aandoeningen. De verdeling van de door variabelen gedefinieerde schizotypes is moeilijk te interpreteren door de afwezigheid van een duidelijke etiologie. Daarom is het interessanter om de prevalentie van de psychotische symptomen bij de algemene bevolking te onderzoeken.

Jim van Os zal zich concentreren op de prevalentie van courante waanvoorstellingen zoals paranoïde waan, betrekkingswaan en psychotische neigingen bij de gemiddelde burgerbevolking. Een aantal studies leveren consistente resultaten dat hallucinatoire ervaringen bij een aanzienlijk deel van de normale bevolking voorkomen. Posey en Losch (1983) ondervroegen 375 studenten waarvan 71% meldde dat ze af en toe korte hallucinatoire ervaringen in het verleden hadden gehad: 39% van deze studenten stelde dat ze hun eigen gedachten hardop uitgesproken konden horen. Ook Barrett en Etheridge (1992) deden een steekproef bij 586 studenten waarvan tussen de 30% en 40% toegaf dat ze hallucinaties hadden gehad. Bijna de helft van deze studenten gaf aan dat deze ervaringen zich eens per maand voordeden. In onderzoek naar volwassenen en hallucinaties is het contrast groter. De cijfers draaien rond de 10% van de volwassen bevolking die ooit een vorm van waan hebben ervaren (Johns en van Os, 2001). Deze 10% komt zelden in contact met mentale hulpverlening. Van Os haalt onder meer de US National Comorbidity Survey aan waarin ongeveer 28% van de mensen psychosegerelateerde screeningsvragen bevestigen. Opvallend genoeg stellen clinici bij slechts 0,7% van de algemene bevolking een concrete diagnose (Kendler, 1996). Eaton et al. (1991) konden uit hun diagnostisch onderzoek concluderen dat ongeveer 2% van de doorsnee bevolking bizarre wanen rapporteerden. Paranoïde wanen en wanen over het hebben van speciale gaven had een prevalentie van 4-8%. Ook is de fascinatie naar auditieve hallucinaties, zoals het horen van stemmen in neutrale witte ruis of *white noise* groot. In het onderzoek van Catalan et al. (2014) werden vierenvijftig psychotische patiënten en honderdvijftig mentaal 'gezonde' proefpersonen via een experimenteel paradigma beoordeeld. Men zag dat bijna de helft van de psychiatrische patiënten (44%), maar ook een kwart van de 'gezonde' proefpersonen (24%) stemmen meenden te horen in de witte ruis. Van Os, Bijl en Ravelli (2000) analyseerden de Nederlandse *Mental Health Survey and Incidence Study*, een prospectieve studie over een periode van drie jaar. Er werd een getrapte steekproef gebruikt voor het selecteren van negentig gemeenten, het selecteren van de huishoudens en tenslotte voor het selecteren van

individuen tussen de leeftijd van achttien en vierenzestig jaar binnen elk huishouden. Psychiatrisch opgenomen patiënten kwamen niet in aanmerking voor een interview omdat de prevalentie van schizofrenie bij de algemene bevolking uitzonderlijk laag is 0,1% tot maximaal 0,4%. De geselecteerde huishoudens werden door de minister van Volksgezondheid uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. 7076 personen werden geïnterviewd waarvan 44% via een schriftelijke vragenlijst met hoofzakelijk een diagnostische determinatie van klinische psychose. Men kon concluderen dat 4,2% van de bevolking waanervaringen of hallucinaties in de loop van hun leven hadden gehad en dat 17,5% tegemoetkwam aan de symptoomgroep van de psychopathologie. Slechts 2% van 1237 personen kregen de DSM-diagnose niet-affectieve psychose. Deze bevindingen suggereren volgens van Os, Bijl en Ravelli (2000) dat het fenotype psychose vijftig keer (17,5% gedeeld door de schizofrene prevalentie van 0,4%) vaker voorkomt bij het grote publiek dan initieel werd gedacht. Volgens van Os (Maastricht University, 2014) wijzen deze resultaten erop dat waanzin zeer menselijk is.

Er zijn een aantal schalen ontwikkeld om psychotische kenmerken te meten. Enerzijds spreekt men over een positieve dimensie; namelijk de afwijkende overtuigingen of (audiovisuele) wanen. Uit bovenstaande resultaten kan men dan ook afleiden dat deze symptomen voorkomen bij de algemene bevolking (Johns en van Os, 2001). Anderzijds zijn het de culturele context ten aanzien van psychotische ervaringen, de bezorgdheid en eventuele angsten bij het individu of diens omgeving die vorm geven aan de negatieve dimensie van psychose. Symptomen variëren in termen van frequentie, de mate van overtuiging, de nood aan zorg, hun invloed op het gedrag, angsten en secundaire (socio-culturele) factoren, comorbide symptoomdimensies, indringendheid, cognitieve stoornis, e.d. die allen van cruciaal belang kunnen zijn in de vorming van de ziekte en voor het ontwerp van een zorgplan. In dit verband stelde Strauss (1969) een aantal criteria voor het definiëren van klinische psychose: (i) de mate van overtuiging in de objectieve realiteit van de eigen ongewone ervaringen, (ii) de mate waarin culturele stimuli de ervaring hebben gevoed, en (iii) de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan de ongewone ervaringen. Echter het onderzoek van van Os, Bijl en Ravelli (2000) suggereert dat de onwaarschijnlijkheid van de onwerkelijke ervaringen en de mate van overtuiging in onwerkelijke ervaringen niet gerelateerd hoeven te zijn met een klinische pathologie. Daarentegen zijn de culturele context, de mate van bezorgdheid en de

gewaarwording van stress en angsten belangrijke factoren in de ontwikkeling van ziektegedrag (Peters, et al., 1999). Maar zelfs binnen het spectrum is er variatie tussen twee personen van hetzelfde niveau in de klinische psychopathologie; het ene individu kan beter omgaan met de ontwikkeling van ziektegedrag terwijl de andere beperkingen ondervindt en een grotere zorgbehoefte heeft. Van Os, Bijl en Ravelli (2000) merken dat vroege detectie en interventie van psychose steeds meer de norm wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het probleem bij vroegtijdige interventie is dat de prevalentie van psychotische neigingen van voorbijgaande of niet-klinische aard vele malen hoger is dan oorspronkelijk gedacht. In de algemene bevolking zijn psychotische stoornissen zeldzaam en ontwikkelen individuen niet altijd ziekte- of hulpzoekend gedrag. Op het niveau van de geestelijke gezondheidszorg is de prevalentie hoger en het zoeken naar hulp de norm. Zo is het risico op stigmatisering groter omdat zorgverleners slechts een kleine selectie van mensen met wanen te zien krijgen (Hanssen et al., 2003). Daarbij vergemakkelijkt de erkenning van schizofrenie als pathologie, binnen het categorisch systeem van de DSM, de versmelting van de persoonlijkheid van het individu met zijn of haar ziekte. Dit blijkt uit het woordgebruik van *“de schizofrene”* of *“de schizofrene patiënt”* in de medische literatuur.

Mensen met schizofrenie of psychose krijgen een zeer dreigende prognose, namelijk het vooruitzicht dat hun wanen hun leven blijvend zullen domineren als men zich niet laat behandelen met psychofarmaca. Van Os (Maastricht University, 2014) stelt dat dit pessimisme geen wetenschappelijke basis heeft. Psychose heeft meestal geen biomedische, maar een geestelijke oorzaak waarvan vier van de vijf mensen met psychose kunnen herstellen. Inzicht in het ziektebeeld en intensieve (gedrags)therapie kan de kern van het probleem oplossen, mits patiënten deze boodschap te horen krijgen. Daarom is vroegtijdige interventie voor personen met psychotische symptomen slechts te bepleiten wanneer men een psychologische in plaats van een farmacologische behandeling vooropstelt. Vooral de laatste verhoogt het risico op onomkeerbare en stigmatiserende bijwerkingen, vooral bij jonge mensen. De medische wereld alsook de doorsnee bevolking heeft de neiging om mensen met psychose af te schrijven als hersengestoorden. Wanneer men echter psychose zou kunnen benaderen als menselijke variatie, een eigenschap zoals bloeddruk of IQ, angst of depressie, die fluctueert, dan hoeft men mensen niet meer te excluderen (Maastricht University, 2014). De erkenning

van psychose als een zeer menselijke eigenschap heeft ook tot gevolg dat men de rol van sociale factoren erkent in de totstandkoming van een psychologische pathologie. Het is reeds lang geweten er een sterke genetische invloed is op de vorming van psychose bij patiënten, maar nu is tevens aangetoond dat (sociale) omgevingsfactoren psychose sterk beïnvloeden (van Os, Kenis & Rutten, 2010). Opgroeien in een verstedelijkt gebied, opgroeien in een minderheidsgroep en het ontwikkelen van trauma in de jonge kinderjaren kunnen de kans op psychose aanzienlijk vergroten. Deze drie risicofactoren of psychologische toestanden kunnen omschreven worden als chronische ervaringen van exclusie, discriminatie en vernedering. Wanneer men accepteert dat psychose een vorm is van menselijke variatie en naast een genetische ook een sociale aandoening is, dan zou men tot een ideaal van zorg moeten komen die evolueert van het gebruikelijke *sickcare*-model naar een veel meer wenselijk *healthcare*-model (Maastricht University, 2014). Volgens van Os is dit een essentieel verschil, omdat men zich binnen het eerste model uitsluitend zal focussen op de ziekte, de beperkingen van patiënten waarbij behandeling louter symptoomreductie is. Herstel staat niet automatisch centraal in de behandeling van mensen met psychose. Ook behandelingen die aantoonbaar werken zoals intensieve begeleiding binnen een opleiding of werksituatie zijn onvoldoende beschikbaar. Doordat mensen met psychose weinig intensieve begeleiding krijgen blijven ze hangen in een leeg bestaan tot ze een vroegtijdige dood sterven, want naar schatting duurt hun leven een vijfde korter dan dat van de gemiddelde mens (van Os, et al., 2015). Uit onderzoek blijkt dat 49% van de ondervraagde schizofrene patiënten het meeste last hebben met de diagnose an sich, 47% vindt het moeilijk om contact met vrienden te behouden na diagnostisering en 43% voelt zich ongemakkelijk door de manier waarop familie hen gaat behandelen na het stellen van de diagnose (Maastricht University, 2014).

Vroeger was het binnen de cardiologie belangrijk om een scan of foto te maken van eventuele verstoppingen in de kransslagaders waarop men diagnostiek kon baseren. Intussen vindt men het veel belangrijker om het uithoudingsvermogen van patiënten op een hometrainer te testen. De structurele pathologie wordt vervangen door een functionele diagnose. Een ander voorbeeld is dat van ambulante bloeddrukmeting en monitoring. Een bloeddrukmanchet registreert 24 uur de variaties in de bloeddruk in het dagelijks leven van patiënten en de reactie van deze bloeddruk op stress, sport en

slaap. Van Os (Maastricht University, 2014) gelooft dat deze vormen van diagnostiek geschikt zijn voor de psychiatrie. Een scan van het brein zegt niets over de kwaliteiten van een individu en louter de diagnose schizofrenie zegt niets over de zorgbehoeften van een individu. Zelfs bij schizofrenie is gecoördineerde zelfmonitoring mogelijk zolang er sprake is van psychose als een vorm van menselijke variatie. De mogelijkheid om in het dagelijks leven te kunnen blijven functioneren heeft een positieve invloed op herstel. Zelf-kwantificatie technologie zoals PsyMate monitort het psychische leven, de emoties en gedachten van patiënten. Behandeling met psychofarmaca en antidepressiva blijkt veel effectiever en vermindert de kans op recidief wanneer patiënten daarnaast ook gerichte feedback krijgen over relevante patronen in hun emoties en gedrag dat ze zelf monitoren in hun dagelijks leven (Kramer et al., 2014). De mentale gezondheidszorg zou volgens van Os (Maastricht University, 2014) niet enkel moeten focussen op het symptomatisch of maatschappelijk herstel, maar ook op het persoonlijk herstel; namelijk heeft de patiënt het gevoel van een zinvol bestaan? Mensen met een psychotisch syndroom moeten toegang krijgen tot ervaringsdeskundigen die hen vanaf het eerste moment hoop en toekomstperspectieven bieden. Met de juiste hulp en een gerichtheid op de terugkeer naar de eigen omgeving, begeleiding in opleidingen en werksituaties kunnen mensen met psychose de draad terug oppakken of zelfs compleet genezen (van Os, et al., 2015).

11 ERKENNING VAN DE WAAN

Het kwalitatief onderzoek binnen deze masterthesis gaat in op de meningen, wensen en achterliggende motieven van een specifieke doelgroep. Het geeft namelijk de mogelijkheid om een beeld te krijgen van wat er leeft onder de geïnterviewden. Ik exploreer in welke zin waan (op zichzelf) pathologisch is, in hoeverre ze wordt gezien als een reële ervaring van het individu, in welke mate hulpverleners ingaan op of meegaan met waan, wat de algemene reacties zijn bij directe steunfiguren zoals vrienden en familieleden, en ten slotte in welke mate waan onderdeel uitmaakt van de persoonlijke identiteit. Tijdens een reflectief moment aan het einde van elk interview merkte ik dat de respondenten de interdisciplinaire bevraging konden waarderen. Het diepte-interview leidde ertoe dat ook zij vanop een afstand de eigen discipline konden evalueren en zich konden verdiepen in een meer filosofisch debat.

11.1 HET VERVAGEN VAN DE NORM TE CONFORMEREN

Binnen deze context sprak ik met Werner Peinen, hoofdverantwoordelijke voor de afdeling *De Vallei* binnen het *Psychiatrisch Centrum Bethanië* te Zoersel. *De Vallei* herbergt binnen de cluster langdurige zorg ongeveer veertig patiënten met een overwegend psychotisch ziektebeeld waaronder paranoïde stoornis, schizofrenie, bipolaire stoornis, enzovoort. Peinen (2016) stelt dat de diagnose psychose een bepaalde manier is van afwijkend in het leven staan, een verbroken connectie van wat men als persoon denkt en gewaarwordt tegenover de realiteit. Het contact met de werkelijkheid is tot op zekere hoogte vervreemd en het ziekte-inzicht van de patiënt is in de meeste gevallen nagenoeg afwezig. De patiënt is volledig verstrikt in een systeem waarbij de waanbeelden innerlijke constructies zijn van de feitelijke wereld die hem toelaten te functioneren in een verwarrende omgeving. De waan heeft betekenis en wordt een onderdeel van de identiteit van de patiënt. Peinen (2016) zegt dan ook nadrukkelijk dat het al te eenvoudig is te stellen dat de waan slechts een symptoom is van een psychologische pathologie die moet bestreden worden. Hij geeft hierbij het voorbeeld van een patiënt die een waansysteem heeft ontwikkeld waarin hij bedrijfsleider is van een wereldwijd verspreide multinational. Het zorgpersoneel dient in zekere mate mee te stappen in zijn systeem om hem te confronteren met gedrag dat ze wensen te veranderen zoals het verbod te roken op de kamer. De patiënt zal vervolgens het probleem ‘roken op de kamer’ voorleggen aan zijn raad van beheer. Peinen (2016) vervolgt “het moment dat dit systeem wordt aangevallen en bijgevolg afbrokkelt dan weet de patiënt van geen hout pijlen te maken.”

Peinen (2016) concludeert dat er iets fundamenteel verkeerd is in de maatschappij die focust op dingen die mensen niet kunnen, de overlast van symptomen en toch krampachtig probeert afwijkend gedrag te normaliseren door middel van behandeling of afzondering. Omgaan met iemand die schizofreen is, vraagt om aanpassing van diens medemens, omdat er een aantal situaties zijn die voor de patiënt minder evident zijn [...]. Afwijkend gedrag wordt doorgaans veroordeeld waardoor in de praktijk heel wat familieleden contact verbreken. Volgens Peinen moet de samenleving loskomen van de gedachte dat alles voorspelbaar moet zijn en de familie van de betrokkene afhelfen van de drang om te corrigeren. Door de waan te willen corrigeren veroorzaak je feitelijk

enkel frustratie, vergroot je angsten en bevordert je stress bij de patiënt. Volgens Peinen zou het inderdaad humaner zijn zou de waan erkend worden door familie en samenleving: “Als de omgeving beter zou kunnen omgaan met patiënten door hen minder als bedreiging of abnormaal te ervaren, dan zouden deze mensen langer of zelfs permanent opgevangen kunnen worden door naasten.” Het moment waarop de patiënt kan voelen dat hij binnen zijn intieme kring zijn eigenheid kan bewaren en zijn ziektebeeld daarin een plaats krijgt, neemt men een interne strijd weg.

11.2 REHABILITATIE EN RESOCIALISATIE VOORBIJ DE SYMPTOMEN

Om nog meer specifiek de omgang met waanvoorstellingen en hallucinaties in de praktijk te onderzoeken sprak ik met ervaringsdeskundige dokter Manuel Morrens, psychiater verbonden aan het *Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen* te Boechout en hoofddocent aan de faculteit geneeskunde van de Universiteit Antwerpen. Volgens Morrens (2016) onderscheidt de waan zich van realistisch denken, per definitie omdat waan een gedachtegang is die patiënten vormen die duidelijk afwijkt van het aanvaard denken en waar ondanks elk bewijs van het tegendeel toch aan vastgehouden wordt. Binnen de definitie vinden we wel een bepaald spectrum. Je hebt mensen die paranoïde aangelegd zijn en dit gaat van vrij matige levensvisies “*mensen zijn niet te vertrouwen*” tot uitgesproken waanvoorstellingen “*ik vertrouw mijn buurman niet, want volgens mij heeft hij afluisterapparatuur in mijn woning verstoppt*”. Wanen zijn een symptoom van een psychotische pathologie en vallen binnen een symptoomcluster van hallucinaties, gedesoriënteerd denken en gedrag. Psychose valt onder een symptoomcluster van verscheidene pathologieën waaronder schizo-affectieve stoornis, enzovoort. Een waanstoornis is binnen de psychiatrie een diagnostische entiteit. Morrens (2016) stelt eveneens dat hij als hulpverlener binnen deze sector een bias heeft. Binnen de psychiatrie behandelt men mensen die door hun wanen problematisch gedrag vertonen. Dat creëert de perceptie dat waan een duidelijke psychiatrische problematiek is, maar er is uiteraard een breder spectrum. Er zijn mensen die wat aparte ideatie hebben, die afgezien van hun vreemde ideeën perfect functioneren, maar die worden zelden opgenomen op een crisisafdeling. De waan wordt echter problematisch wanneer men duidelijk schade berokkenen aan de integriteit van zichzelf, bijvoorbeeld: “*ik heb het gevoel dat er een chip in mijn nek zit en ik moet die eruit snijden*”, of aan de integriteit van

anderen. Het is een diagnostisch criterium dat iemand opgenomen moet worden wanneer er last wordt ervaren ofwel op sociaal vlak, beroepsvlak, enzovoort. Dat is vooral problematisch wanneer de patiënt geen ziekte-inzicht heeft. Er zijn patiënten die stellen dat zij de enige zijn die de wereld juist ervaren en dat de rest van de wereld in een illusie leeft.

Morrens (2016) geeft vaak erkenning aan de lijdensdruk die kan worden ervaren door patiënten met waanvoorstellingen. Patiënten beleven wanen zeer intens en voor hen maken ze onderdeel uit van hun realiteit. Door deze belevingen steevast te ontkennen creëert men een defensieve houding, waarbij patiënten hulp minder zullen toelaten. Daarnaast zorgt ontkenning voor meer stressbeleving, desoriëntatie en angsten. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld zegt: *“ik geloof dat de duivel demonen heeft gestuurd om mijn familieleden te bezetten zodanig dat ze mij leed veroorzaken”* dan kan men dit individu ervan proberen te overtuigen dat demonen niet bestaan ofwel kan men stellen dat het inderdaad angstaanjagend moet zijn om deze gedachten te hebben. De erkenning van die waangedachten zorgt inderdaad voor een humanistische vorm van zorgverlening, met als enige kanttekening dat men natuurlijk niet volledig blind kan meegaan in de waan. Morrens (2016) probeert steeds het evenwicht te bewaren tussen enerzijds het benoemen van de (eventueel onaangename) gevoelens die een waanbeleving met zich meebrengt en anderzijds de bekrachtiging van de patiënten hun beeld op de wereld, want dit is contraproductief. Bepaalde waaninhouden worden gevoed door de identiteit en leergeschiedenis van het individu, waar diens interesses liggen of waar een persoon op botst. Iemand met een grote erkenningsdrang en megalomane wanen zal zich bijvoorbeeld voorstellen een significante functie uit te oefenen binnen de samenleving terwijl dit werkelijk niet zo is. Andersom, stelt Morrens (2016) is het bijna uitgesloten dat wanen de persoonlijkheid van het individu zullen beïnvloeden. De identiteit van de persoon wordt, volgens hem, op driejarige leeftijd vastgelegd. Als we de persoonlijkheid echter gaan bekijken als louter een uiting van gedrag, interpersoonlijke beleving en sociaal contact, dan zullen de wanen verandering teweegbrengen. Het hangt er natuurlijk ook vanaf hoe rigide de wanen zijn. Kortstondige wanen, bijvoorbeeld na middelengebruik, zullen een kleinere impact hebben dan iemand wiens wanen al meer dan dertig jaar diens denken voeden. Morrens (2016) ziet het meer vanuit de tegenovergestelde richting, zonder te willen zeggen dat

men uit wanen per definitie dingen kan te weten komen over de patiënt. Dat is de valkuil die vanuit de psychodynamische en psychoanalytische gemeenschap wordt gemaakt: het idee dat mensen die psychose ten volle moeten doormaken omdat dit bepaalde innerlijke zelfgenezingsprocessen zijn.

Wanneer men spreekt over een duidelijk afgelijnde psychose dan is medicamenteuze behandeling noodzakelijk. De wetenschappelijke evidentie stelt ontegensprekelijk dat medicatie bij patiënten helpt, maar men moet uiteraard per patiënt een afweging maken van wat men qua gevolgen de patiënt zou kunnen aandoen. Antipsychotica is veelal geen onschuldige medicatie en kan veel nevenwerkingen geven, zoals gewicht bijkomen, concentratieproblemen, e.d. geven. Een andere behandelvorm is intensieve gedragstherapie, maar volgens Morrens (2016) bevindt men zich dan in een nicheveld. Veel afgestudeerden wensen geen loopbaan op te nemen als gedragstherapeut(e) gespecialiseerd in de behandeling van psychose. Ook psychiaters willen niet de tijd nemen voor dergelijke intensieve gedragstherapieën. Wanneer men alsnog op consultatie wil gaan bij een ervaringsdeskundige belanden patiënten op maandenlange wachtlijsten en krijgen ze mogelijk maar een kwartier per sessie per maand de tijd om “intensief” behandeld te worden. Deze sessies kosten een aanzienlijk bedrag en worden niet door de overheid terugbetaald. Maatschappelijk is daar dan een fundamenteel probleem en dan is het uiteraard gemakkelijk om bij medicamenteuze behandeling te blijven. Maar dan nog betwijfelt Morrens (2016) of men met intensieve behandeling dezelfde effecten zal verkrijgen als met die van medicatie. Het is een generatiefenomeen; psychiaters van vijftig plus zullen eerder geneigd zijn om psychose meteen medicinaal te onderdrukken terwijl bij de huidige generatie de tendens groeit om meer vanuit het functioneren van de patiënt te behandelen. Wanneer een dame bijvoorbeeld geluk ervaart door het horen van de stem van Jezus zonder dat haar waangedachten schade toebrengen aan anderen, is het dan noodzakelijk om dat geluk te belemmeren?

Een waansysteem kan voor het individu wel nodig zijn om te functioneren binnen een bepaalde setting, maar dat is altijd dubbel. Morrens (2016) gebruikt het voorbeeld van de dame die stemmen hoort en deze toeschrijft aan de troostende stem van God en hemelse engelen, maar die verder haar kamer niet verlaat. Haar ervaring is uiteraard rijker dan wanneer zij op haar eentje in die kamer zou zitten en geen troostende

stemmen zou horen. Daarnaast heeft Morrens een patiënt op de afdeling die zich verlicht en de zuiverste ziel op aarde voelt, die zichzelf daardoor ook gelukkig voelt, maar die verder compleet niet zou kunnen functioneren binnen de maatschappij. Morrens kan enkel speculeren of deze dame en man ook effectief hun kamer zouden verlaten als de waanbeelden zouden verdwijnen. De beleving van wanen is, volgens hem, een mes dat aan twee kanten snijdt. Aan de ene kant kan het troost en steun bieden, maar aan de andere kant zorgt het ervoor dat patiënten mogelijk niet meer in de samenleving kunnen functioneren en dat zij meer zorg nodig hebben. Zo is er ook steeds meer sterk suggestief wetenschappelijk bewijs dat zolang een psychose woedt men cognitieve functies verliest. De student die psychotisch is, is binnen tien jaar niet meer in staat om een omelet te bakken. Op hersenscans is duidelijk te zien dat er na een bepaalde periode steeds meer neurologisch weefsel verloren gaat en dat is ook de reden dat men op agressieve behandeling aanstuurt. Dit zijn elementen die het debat over het al dan niet behandelen van waanvoorstellingen beïnvloeden. De psychiatrie leunt, meer dan de meeste andere medische disciplines, aan bij de humanistische wetenschappen waardoor men zich sneller de vraag zal stellen hoe progressief of agressief men wanen moet behandelen.

Verder stelt Morrens (2016) dat wanneer samenlevingen (bepaalde) wanen zou erkennen men per definitie niet meer kan spreken van wanen. Als iemand beweert dat er ooit een mens over water heeft kunnen lopen en water in wijn kon veranderen, zou men kunnen zeggen dat dit waanachtig denken is. Echter is het in onze cultuur aanvaard om die gedachte over de figuur van Jezus te hebben, dat is religie. Elke religievorm zou men in zeker zin kunnen beschouwen als waandenken, maar dit zijn aanvaarde denkstijlen en dus per definitie geen waan. De waan wordt onderscheiden van werkelijkheid wanneer ze niet binnen de maatschappelijke norm valt. De inhoud van wanen kunnen cultureel gekleurd worden, maar de waan op zichzelf maakt geen onderdeel uit van cultuur. Wanneer een man van Afrikaanse origine bijvoorbeeld een spirituele waan heeft over een steen of berg en deze waan wordt algemeen door familie en de stam erkent dan spreken we niet meer over waangedachten.

Morrens (2016) besluit dat patiënten erbij gebaat zouden zijn moesten ze langer of permanent bij familieleden en vrienden kunnen blijven. Als clinicus werkt hij op een

gesloten afdeling waar patiënten vrijwel uitsluitend door gedwongen opname terechtkomen. Hij is ervan overtuigd dat het hulpverleningscircuit met een lacune zit. Ofwel kunnen patiënten slechts één maal per maand op consultatie, ofwel komen ze terecht in permanente opname. Binnen de psychiatrische discipline leeft het idee achter het koninklijk besluit van artikel 107 steeds meer, namelijk de tendens tot uitbouw van een breder zorgnetwerk binnen de geestelijke gezondheidszorg. Concreet moet de psychiatrische expertise gestimuleerd worden en dient men ziekenhuisbedden af te bouwen. De investering voor deze bedden blijft men behouden en zou geïnvesteerd moeten worden in ambulante teams. Dit kan gaan van functie 2-A teams die dagelijks aan huis komen tot de 2-B teams die af en toe visiteren en hun huisbezoeken afbouwen. Dit zijn teams die in de thuissetting meer ondersteuning en informatie kunnen bieden aan patiënten en familieleden. Morrens (2016) geeft kritiek op zijn eigen discipline; ondanks dat er veranderingen zijn, wordt er vaak te weinig aandacht aan familieleden geschonken. In de behandeling heeft dit voor een stuk te maken de beperkte middelen. Men krijgt het soms amper rond om een deftig behandelingsprogramma aan patiënten aan te bieden, daartegenover staat wel dat familieleden patiënten na de behandeling moeten opvangen. Denk bijvoorbeeld aan patiënten die dermate aangetast zijn dat ze niet meer zelfstandig kunnen leven. Er is wel degelijk de ruimte om van de zorg een meer maatschappelijk gegeven te maken, maar men moet ook begrijpen dat er vanuit de samenleving veel stigma bestaat rond psychose. Het is tegenwoordig meer aanvaard om er openlijk voor uit te komen dat men met depressie kampt, gediagnostiseerd is met ADHD of autisme, maar manie, psychose of schizofrenie blijft sterk gestigmatiseerd. Wanneer mensen zich kunnen relateren met een bepaalde aandoening is aanvaarding niet zo ver weg, maar dat men waanbeelden zou beleven staat te ver van hun eigen beeld op de werkelijkheid. In humanistisch perspectief is het belangrijk om voorbij de wanen en de symptomen te kijken en meer in de stroom van de positieve psychiatrie mensen te begeleiden en te investeren in eigenschappen die wel functioneren. Morrens (2016) denkt dat men in die rehabilitatie en resocialisatiegedachte mensen in hun eigenheid en in hun eigen omgeving moet erkennen. Bijvoorbeeld, dat men onder andere familieleden moet helpen en verder moet denken dan *“de drempel van het ziekenhuis”*.

11.3 WE MOETEN BUITEN DE LIJNTJES KLEUREN

Voor een laatste interview contacteerde ik Bart Haerens, coördinator en oplossing- en systeemgericht psychotherapeut binnen VDIP, wat staat voor *Vroege Detectie en Interventie Psychose* regio Antwerpen. VDIP is ontstaan vanuit het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie om het suïciderisico bij jongeren in te dijken. Na enkele jaren leek het zinvol VDIP te verruimen naar een bredere doelgroep. Binnen het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg is VDIP regio Antwerpen het meest gekend voor zijn expertise betreffende psychose en ontluikende psychose. 60% tot 70% van de jongeren en jongvolwassenen tussen de leeftijd van zestien en zesendertig jaar worden, doorgaans door een bezorgde omgeving, aangemeld met een (beginnende) psychotische problematiek. Daarnaast vangt men jongeren op met ernstige depressieve klachten, mensen met een traumatisch verleden of een persoonlijkheidsproblematiek. In de praktijk merkt men echter een grote comorbiditeit tussen deze problematieken. VDIP Antwerpen focust overwegend op psychose waarbij hun hoofdopdracht bestaat uit de opstart van hulp, stabiliseren en doorverwijzing naar de juiste instanties voor vervolgbehandeling indien hulp op langere termijn nodig is. Doorverwijzing kan van residentiële opname tot ambulante hulp gaan. VDIP Antwerpen consulteert regelmatig met een ervaringsdeskundige die zelf psychose heeft doorgemaakt. Als vrijwilliger heeft hij de werking van het centrum mee uitgebouwd, woont hij teamvergaderingen bij en kan hij aansluiten in cliëntcontacten. Daarnaast zijn er het team vier psychologen, een logistiek medewerker, een contextueel therapeute en een psychiater werkzaam. Ieder van hen heeft een eigen therapeutische achtergrond, maar er wordt voornamelijk met een brede aanpak behandeld. Haerens (2016) acht het belangrijk dat therapeuten uit het eigen denkkader treden om naar de specifieke zorgbehoeften te kijken van elk individu om zo diens leven terug op de rails te krijgen.

Volgens Haerens (2016) wordt waan pathologisch wanneer het de dagelijkse activiteiten en het functioneren van jongeren sterk gaat beïnvloeden. Iemand kan reeds lange tijd vreemde gewaarwordingen hebben, vreemde lichaamssensaties en zelfs stemmen horen, maar dit hoeft niet noodzakelijk een reden te zijn tot interventie en behandeling. Wanneer symptomen zich verder uitbreiden en wanneer iemand bijvoorbeeld afhaakt van school en er veel conflict en onrust met de omgeving ontstaan,

dan kan men spreken van waan als pathologie. Er is wat wetenschappelijke evidentie (De Haan en Bottelier, 1999) van de *Duur van de Onbehandelde Psychose* of DOP-periode, waarbij vroegtijdige detectie en behandeling een gunstiger effect heeft op zowel korte als langere termijn. In de praktijk, zo stelt Haerens (2016), is het echter niet altijd even evident om aan vroege detectie te doen wanneer de eerste signalen zich aandienen. Binnen VDIP Antwerpen worden jongeren door een bezorgde omgeving met zeer veel alarmbellen aangemeld en is men in zo'n vroeg stadium dan ook sneller geneigd om te behandelen, om in te grijpen, om zo toekomstige problemen al een hoofd te bieden. Maar lang niet iedereen die wordt aangemeld heeft (medicamenteuze) behandeling nodig. Haerens (2016) werkte zelf op een opnameafdeling van een psychiatrie en merkt dat psychose niet enkel heel snel als pathologisch wordt ervaren, maar ook dat er vroeg in het proces medicamenteuze behandeling wordt opgestart om symptomen te reduceren. Wanneer positieve symptomen (de waanbeelden) zijn geëlimineerd is men medisch ontslagklaar, maar wordt er ook niet meer gefocust op de nazorg. Deze wijze van behandeling is volgens Haerens (2016) niet altijd even betekenisvol. Er wordt volgens hem ook snel medicatie opgestart vanuit de veronderstelling dat er pas na medicamenteuze behandeling de ruimte ontstaat voor gesprekstherapie (waarop deze veronderstelling dan ook moge gebaseerd zijn). Daarnaast merkt Haerens (2016) dat heel wat psychologen en psychotherapeuten uit hun comfortzone worden getrokken wanneer er bij mensen psychotische symptomen ontwikkelen. Het is opmerkelijk dat wanneer men in een databank van psychiaters en psychotherapeuten zoekt naar ervaringsdeskundigen psychose dan gaat men ineens van duizend naar twintig zoekresultaten. Het psychotisch symptoom wordt gezien als onvoorspelbaar en als iets dat zich in agressie kan uiten. Haerens (2016) betuigt echter dat hij in al zijn jaren als zorgverlener nog nooit met agressie is geconfronteerd. Bepaalde aandoeningen, waaronder depressie, ADHD of autisme worden steeds meer bespreekbaar omdat ook de "zogenaamd succesvolle leden van de maatschappij" ervoor uitkomen dat ze psychisch kwetsbaar zijn. Daartegenover hebben mensen een verkeerd beeld van psychose en schizofrenie en worden ze sneller gecategoriseerd tot krankzinnigheid. Vooral in media worden geestelijke toestanden zoals schizofrenie gelinkt aan extreme toestanden zoals een dubbele persoonlijkheid of agressie.

Binnen vrijwel alle VDIP-teams is men daarom sterke aanhanger van de visie van Jim van Os, de *'schizofrenie bestaat niet'*-beweging en de herstelbeweging. VDIP verwijst patiënten dan ook regelmatig door naar Psychosenet (2016), een sensibiliserende website die nuchtere, betrouwbare en hoopvolle informatie aanbiedt over psychose, manie en depressie. Andere websites geven eerder een negatief en definitief beeld van psychose en koppelen deze al snel aan schizofrenie. De diagnose schizofrenie wordt binnen VDIP eigenlijk nooit gesteld. In de medische en wetenschappelijke wereld is er enige discussie over de leeftijd waarop men schizofrenie kan diagnosticeren, maar Haerens (2016) gelooft er nogal sterk in dat de diagnose schizofrenie bij jongvolwassen niet gesteld kan worden. Volgens hem kan men pas van schizofrenie spreken wanneer er meerdere psychotische episodes elkaar opvolgen en wanneer mensen niet meer tot een maatschappelijk herstel kunnen komen tussen deze episodes door. Dit maakt heel veel verschil uit voor de manier waarop men over patiënten spreekt tijdens vergaderingen. De distinctie in het taalgebruik tussen 'de psychoot' of 'iemand met een psychose' bepaalt mede de mogelijkheden binnen een therapie en zelfs de kans op herstel. Haerens (2016) en zijn team geloven heel sterk dat mensen van psychose kunnen herstellen en dat mensen die psychose doormaken gesterkt uit deze ervaring kunnen komen. Daarom probeert men, wanneer mensen bij VDIP Antwerpen worden aangemeld, op een niet-problematiserende manier te werken. In de gesprekken met patiënten wordt geen ziektefocus gelegd, maar wordt eerder gekeken naar welke zorgbehoeften voorkomen bij patiënten zelf. Meestal is dit dan een vraag naar begeleiding van alledaagse activiteiten of de vraag naar het creëren van rust. Doorheen deze behandelperiode kan men als zorgverlener dan zien of er iets pathologisch in ontwikkeling is. Zelfs als er geen pathologie in ontwikkeling is dan heeft de patiënt alsnog baat gehad bij de therapeutische ondersteuning zonder dat men een psychopathologische of medicamenteuze behandeling is gestart. Want dit is het mogelijke gevaar van vroege detectie; dat patiënten van bij het begin vasthangen aan medicatie en psychopathologische therapie vasthangen. De herstelbeweging is een niche die zich aan het uitbreiden is, maar ze wordt geenszins algemeen aangehangen door de geestelijke gezondheidszorg. In de setting van een crisisopname is er agressie wanneer mensen geïsoleerd worden. Het is een menselijk instinct, wanneer men zich in het nauw gedreven voelt of wanneer bijvoorbeeld zeven agenten op iemand afspringen, om zich te

verdedigen. Volgens Haerens (2016) is dit geen uiting van de pathologie, maar een zeer menselijke reactie. Uitzonderlijk is er agressie vanuit pathologie, maar dit wordt in literatuur en media veralgemeent waardoor mensen angst ontwikkelen voor mensen met psychose. Of andersom durven mensen zich niet uiten over hun psychose of zelfs niet over hun herstel na psychose.

Ook bij familieleden is er een focus op genezing en daarmee gaat de neiging gepaard om snel tot behandeling over te gaan. Deze neiging wordt gevoed door de angst dat hun geliefden eeuwig in een psychiatrische instelling zouden moeten verblijven. Familie kan druk zetten op verschillende therapieën en farmacologische behandeling omdat er ergens de onmogelijke verwachting is om de zoon of dochter “van vroeger” terug te krijgen. Daarom is het volgens Haerens (2016) ook belangrijk om in de mate van het mogelijke familie, hechte vrienden of andere steunfiguren maximaal in gesprekken te betrekken. Via psycho-educatieve gesprekken kan men zich beter laten informeren over wat psychose eigenlijk is, en zo ook aangeven dat behandeling tijd vraagt. Zorgverleners benadrukken dat men niet te snel moet wanhopen of panikeren. Wanneer waan naar een pathologie evolueert is het betekenisvol om een signaleringsplan op te stellen met familie en andere steunfiguren zodanig dat men jongeren alsnog vroegtijdig kan ondersteunen zonder dat men moet overgaan tot crisisopname. Haerens (2016) gelooft er sterk in dat steunfiguren een veel grotere invloed op jongeren kunnen hebben dan eender welke zorgverlener. Hoe langer jongeren met psychose dan ook in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven, omwringt en begeleidt door familieleden hoe gunstiger hun toekomstmogelijkheden. Een zorgverlener ziet zijn patiënt soms slechts één uurtje per week terwijl een vertrouwenspersoon of familielid lange tijd of jarenlang een ondersteunende rol kan bieden. Haerens (2016) gebruikt hiervoor het voorbeeld van een jongen die een psychose had doorgemaakt en zijn beste vriend naar consultaties meebracht. Zijn beste vriend was bereid om mee te oefenen in de muziekschool waar de jongen ging repeteren, om samen de bus te nemen, enzovoorts.

Haerens erkent de waan als een reële ervaring van de patiënt en stelt dat er, voor het individu alleszins, een zeer dunne grens is tussen een waan en een werkelijke ervaring. Haerens (2016) verduidelijkt met een voorbeeld: “Zo heb ik een jongen in begeleiding die een bepaalde waangedachte heeft ontwikkeld waarbij hij de opdracht, een missie,

heeft om jonge meisjes te beschermen. Hij is zestien jaar en het meisje dat hij wil beschermen is elf en woont een paar straten verder dan hem. Vanuit een zeer traumatische kindertijd, het ontsporen van zijn zus en het verlies van zijn moeder op zeer jonge leeftijd, heeft hij de gedachte ontwikkeld om jonge meisjes te behouden van drugs, alcohol en alle andere mogelijke risico's die zich anno 2015 voordoen. Hij is natuurlijk heel erg in de problemen geraakt met de school, de politie en de papa van het meisje die alles zeer bevreemdend vond en een klacht heeft ingediend wegens stalking. De jongen ervaart zijn waan als werkelijkheid. Naar zijn aanvoelen is zijn handelen iets wat hij moet doen om zijn leven zin en betekenis te geven. Als een Atlas die de wereld op zijn rug draagt wilt hij de rest van wereld dragen om zo ook de zorgen van mensen weg te nemen, wat een heel zware opdracht is." Daarnaast is er binnen VDIP Antwerpen een man in behandeling die alle terreuraanslagen, die zich over de gehele wereld voordoen, al een jaar op voorhand kon voorspellen. Bij hem heeft zich een duidelijke pathologische evolutie voorgedaan, waarbij paranoïde gevoelens steeds vaker de bovenhand namen. Zo had een Marokkaanse tramchauffeur, volgens hem, bommen onder de tramlijnen verstoppt. Een vrouw met een hoofddoek die een brood kocht in Colruyt had connecties met IS. Los van deze valse verbanden kon de man van te voren goed aangeven welke specifieke dreigingen er afkwamen op Europa. Haerens (2016) en zijn team vonden dit zeer opvallend en eveneens beangstigend omdat deze patiënt het bij het rechte eind had.

Haerens (2016) vervolgt met de casus van een Afrikaanse dakloze dame in Antwerpen die leeft in de overtuiging dat ze een zeer bekende manager is in de modewereld. Ondanks dat de realiteit anders is, houdt deze waangedachte haar overeind. In werkelijkheid is zij een dakloze vrouw die tot het einde van haar dagen van een OCMW-uitkering zal moeten leven, die zeer weinig kansen of mogelijkheden zal krijgen. Tal van hulpverleners binnen het welzijnswerk proberen haar ervan te overtuigen dat haar waanbeeld gebaseerd is op een foute perceptie van de realiteit. Echter hoe harder men haar hiervan probeert te overtuigen, hoe meer afstand ze neemt van deze mensen. Binnen elk opvangcentrum voor vrouwen wordt ze geweigerd omwille van haar ernstige psychiatrische problematiek waar ze ook niet wenst aan te werken. Menig zorgverlener denkt aan gedwongen opname, maar Haerens (2016) betwijfelt dit noodzakelijk is. De vrouw vormt geen gevaar voor zichzelf, noch voor haar omgeving, wandelt wat rond in de modebuurt van Antwerpen en is in haar eigen beleving gelukkig. De ontwikkeling van

haar waan is ook zeer begrijpelijk, stelt Haerens (2016). Ze werd geadopteerd vanuit Rwanda en stond als jonge vrouw op het punt om door te breken in de Antwerpse modewereld. Voor ze doorgroeide naar een managementfunctie is ze met haar zus naar haar thuisland gereis om haar familie te zoeken, waar ze enkel het graf van haar heeft gevonden. Deze ervaring heeft zo'n sterke impact op haar leven gehad dat er zich een psychopathologie heeft ontwikkeld. Acht jaar later leeft zij onbehandeld in deze waan voort. Binnen het team van VDIP Antwerpen heerst er verdeeldheid over de te volgen richting. Bij een aantal heerst de mentaliteit dat haar situatie moet geproblematiseerd worden wil men een (medicamenteuze) behandeling kunnen opstarten om symptomen te reduceren. Anderen, waaronder Haerens (2016), zullen beargumenteren dat wanneer haar waan wordt weggenomen slechts een depressieve dakloze vrouw overblijft.

Tegen waanbeelden ingaan brengt een zeer negatief effect met zich mee waarbij weerstand kan ontstaan tussen hulpverlener en patiënt. In dat geval, stelt Haerens (2016), gaat men als hulpverlener "van een kale reis terugkomen". In zekere mate moet men meegaan in de waan van patiënten om zo tot een gemeenschappelijk draagvlak te komen. Alsnog zal men eerder erkennen dat de patiënt diens waan op intense wijze beleeft en op een bepaalde wijze naar diens omgeving kijkt, dan feitelijk bevestigen dat deze perceptie ook door de hulpverlener wordt gedeeld. In het voorbeeld van de jongen die het jonge meisje wilde beschermen zal Haerens (2016) de waan positief connoteren. De beschermopdracht die de patiënt heeft komt voort uit een buitengewoon zorgende intentie. Meegaan in de waan helpt enerzijds deze intentie te begrijpen en anderzijds wordt het zo makkelijker om de intentie om te buigen tot een praktische toepassing naar de zorg voor zichzelf bijvoorbeeld. Wanneer ik vraag of de waan de identiteit van mensen beïnvloedt stelt Haerens (2016) dat waangedachten het individu ongetwijfeld zullen vormgeven en mede bepalen hoe hij of zij verder in het leven zal staan. Haerens verwijst hiervoor wederom naar de casus van de jongen die het elfjarig meisje wenste te beschermen. Diens waangedachten hebben vier jaar lang deel uitgemaakt van zijn leven en identiteitsvorming, van diens verleden en realiteit. Deze waan gaat ook een normen- en waardenbeeld ontwikkelen en mogelijk een basis vormen voor de persoon die men wenst te zijn. Door zijn zorgzame kwaliteiten verder te ontwikkelen naar niet-zichzelf-ondermijnende manier draagt de waan eigenlijk bij tot zijn toekomst. Men komt op een punt dat door erkenning van zijn waan, de positieve bekrachtiging van zijn intenties en

de constructieve begeleiding, er ruimte wordt gecreëerd in het hoofd van de patiënt waardoor de waan op zichzelf ook steeds meer op de achtergrond komt te staan.

Heel concreet moeten er volgens Haerens (2016) op microniveau meer projecten zoals bijvoorbeeld Rode Neuzen Dag op poten worden gezet om psychose uit te taboesfeer te halen. Er zijn heel goede initiatieven aan de gang en worden er vele lezingen gegeven door psychiaters uit de herstelbeweging, maar dergelijke initiatieven bereiken natuurlijk ook maar een zeer specifiek publiek. “Ik luister heel erg graag naar wat Brenda Froyen te zeggen heeft,” stelt Haerens (2016), “maar ik ben dan ook heel erg geïnteresseerd in haar betoog. Ze gaat niet de mensen bereiken die niet diezelfde interesse delen.” Op macroniveau moet men zich mogelijk de vraag beginnen stellen wat normaliteit dan wel inhoudt en wie ooit deze definiëring heeft opgelegd? De psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen zijn talrijk en mensen verblijven ook lange tijd in deze centra omdat ze naar maatschappelijke norm “buiten de lijntjes kleuren”, maar is dit ook werkelijk zo? Volgens Haerens (2016) wordt het woord inclusie zeer snel in de mond genomen, maar zelden in de praktijk toegepast. Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg staat nog niet op punt. Het is hallucinant dat 95% van het budget voor geestelijke gezondheidszorg wordt geïnvesteerd in psychiatrische ziekenhuizen, waarnaast slechts 5% voor de ambulante sector wordt uitgetrokken. De ambulante zorg kampen met gigantische wachtlijsten van zes maanden tot een jaar. Men moet zich daarbij voorstellen dat de emmer al een tijdje overloopt bij iemand die hulpzoekend is. Om vervolgens nog een jaar te wachten tot wanneer aan deze hulpbehoefte wordt voldaan is niet ideaal noch wenselijk. Het doel van hulpverlening is niet zo zeer de waan (al dan niet) wegnemen, maar het verhogen van levenskwaliteit.

Er zijn uiteraard wanen die individuen kwellen of schaden en dan moet behandeling, in welke vorm dan ook, mogelijk zijn om levenskwaliteit te garanderen. Onschuldige wanen kunnen en mogen op zichzelf bestaan. Natuurlijk, zo stelt Haerens (2016), de mensen die in hulpverlening terechtkomen zijn mensen waarbij hoofdzakelijk hun omgeving denk dat de waan storend of problematisch is. Het is vaak door de paniek van de directe omgeving dat angsten, wantrouwen en stress bij mensen met psychose floreren. Haerens (2016) concludeert dan ook dat de sensibilisering van de samenleving, waarbij iemand die ‘bizar’ overkomt niet meteen wordt gepathologiseerd, zeer

betekenisvol zal zijn voor de levenskwaliteit van iemand met psychose. Vertrekken vanuit erkenning en inclusie, in plaats van isolatie, zou de visie op zowel pathologie als de geestelijke gezondheidszorg positief veranderen.

12 DISCUSSIE

Wanneer waanbeelden of onwerkelijke ervaringen als normale perceptie worden beschouwd, wat sluit dan uit dat elke waarneming op illusie zou kunnen berusten? De mens kan op talloze wijzen zintuiglijk bedrogen worden, maar wat ik tot kern van deze masterscriptie wil maken is niet zo zeer de metafysica van het werkelijke noch van hallucinaties, maar het existentiële belang in de ervaring van *een werkelijkheid*. Volgens zowel David Hume als William James is de werkelijkheid kenbaar door een zintuiglijk proces. Volgens Hume omvatten indrukken alle gewaarwordingen, hartstochten en emoties die zich door hun kracht en levendigheid van denkbeelden onderscheiden. Hume stelt dat in een aantal gevallen het echter moeilijk is om een dergelijk onderscheid scherp af te lijnen, bijvoorbeeld wanneer iemand droomt, delier heeft door hoge koorts, waanbeelden ervaart of innerlijke intense emoties ondergaat. Het is de vrijheid en het onbegrensd vermogen van de verbeelding om ideeën te vermengen of te splitsen van waaruit wanen, droombeelden of illusies ontstaan. Ook James erkent het metafysisch bestaan van onwerkelijke ervaringen, maar dan wel louter als de inhoud van een hallucinatie. Volgens James is betwisting van de eigen innerlijke percepties slechts mogelijk wanneer de eigen overtuigingen onverenigbaar zijn met de kennis die men bezit over de externe realiteit. Beide filosofen maken een duidelijk onderscheid tussen waanzin en werkelijkheid gebaseerd op de rationele vermogens van het individu.

Ik wil niet betwisten dat de zintuigen mogelijk het enige middel zijn om de (externe) wereld(en) te kennen, maar de bestudering van de bovenstaande literatuur bewijst dat de zintuigen gemanipuleerd kunnen worden door verstoring van proprioceptieve, visuele en tactiele informatie. Men moet zich hierbij de vraag stellen of de mens die door diens zintuiglijk begrensd waarnemingsgebied het recht heeft een definitieve maatstaf te stellen voor een objectieve werkelijkheid? Verder, door aan te nemen dat de mens op basis van rationele vermogens in staat moet zijn om waanbeeld van werkelijkheid te scheiden, stelt men iets zeer definitiefs. Mensen die ooit waanbeelden intens en levendig hebben ervaren waarvan ze de werkelijkheid nooit in vraag hebben gesteld, zijn dan per

definitie niet in staat tot rationeel denken. Wanneer wanen zich subtiel aan het individu voordoen binnen een plausibel scenario is het zeer moeilijk om realiteit van waan te onderscheiden. Wanneer men bijvoorbeeld door een straat loopt en meerdere voetgangers passeert die er in werkelijkheid niet zijn zal men deze perceptie niet in vraag stellen. Wat ikzelf betoog is dat zelfs als wat men ervaart afwijkt van de werkelijkheid van iemand anders, het voor het individu alsnog realiteit is door de intensiteit en emotionaliteit waarmee de ervaring gepaard gaat. Realiteit is naar mijn mening net datgene wat de mens prikkelt en begeestert, wat invloed heeft op de vorming van een persoonlijke identiteit die zich uit in het gedrag en denkbeelden. Bijgevolg stel ik een alternatieve invulling van het begrip 'werkelijkheid' voor, waarbij er ruimte moet zijn voor meerdere individuele werkelijkheden. Men zou moeten afstappen van *de* werkelijkheid, aangezien een objectieve, universele werkelijkheid volgens mij niet bestaat (of op zijn minst niet kenbaar is). De ervaring van *de* werkelijkheid wordt op zeer unieke en eigen manier, waardoor men dus eerder zou moeten spreken van *een* werkelijkheid.

Daarom acht ik antropologisch en psychologisch onderzoek van Laroï et al. en van Os bijzonder zinvol omdat het laat zien dat het pessimisme ten aanzien van wanen op onvoldoende bewijsgrond berust. Wanneer men onwerkelijk ervaringen erkent als deel van de menselijke conditie, erkent men daarmee dat (bijvoorbeeld) psychose een sociale aandoening is. Uit mijn gesprekken met ervaringsdeskundigen concludeer ik dat waan op zichzelf geen onderdeel uitmaakt van een psychiatrische pathologie. Het is pas wanneer een individu niet meer lijkt te functioneren binnen de structuren van de samenleving dat men tot behandeling zou moeten overgaan. In dat geval is de waan, naar mijn mening, meer een organisatorisch probleem dan een psychiatrische stoornis. Sensibilisering en flexibiliteit van de samenleving zouden hiervoor een oplossing kunnen bieden: burens die helpen het vuil buiten te zetten, het inhuren van een poetsdienst, en dergelijke. Investeren in concrete toepassingen zoals ambulante zorg en sensibiliseringsprogramma's voor steunfiguren vergroten de kans op rehabilitatie en resocialisatie en kunnen het welbevinden van patiënten vergroten. De humanist en utilitarist in mij pleit ervoor dat de geestelijke gezondheidszorg zich meer op de levenskwaliteit van individuen met waanervaringen moet toelagen.

13 CONCLUSIE

Het doel van deze scriptie was te bepalen in hoeverre psychiatrische of psychologische behandeling *noodzakelijk* is ter garantie van de levenskwaliteit van individuen na het vaststellen van wanen en onwerkelijke ervaringen, dit vanuit een moraalfilosofisch perspectief. Hierbij werd aandacht geschonken aan volgende onderzoeksvragen: (1) Op welke wijze wordt de realiteit aan de mens kenbaar gemaakt? (2) Hoe worden onwerkelijke ervaringen en valse herinneringen gevormd? (3) Op welke wijze fabuleert de geest een (alternatieve) perceptie op de realiteit? (4) In welke mate hebben wanen een invloed op de vorming van de persoonlijke identiteit? (5) In welke zin is waan een onderdeel van de menselijke conditie? (6) Welke visies op de behandeling van waanvoorstellingen leven binnen de geestelijke gezondheidszorg? Deze masterscriptie geeft op deze wijze antwoord op volgende hypothese: *Geloven in de realiteit van een mogelijk onwerkelijke ervaring (in het verleden) is op zichzelf geen pathologie.*

Om te bepalen hoe kennis van de werkelijkheid aan de mens kenbaar wordt gemaakt, werd de kennisleer van David Hume naast die van William James geplaatst. Beide auteurs komen tegemoet aan de visie dat het zintuiglijk ervaren van de wereld mogelijk het enige middel is om de werkelijkheid te kennen. Echter gezien de subtiliteit, plausibiliteit en emotionele geladenheid van bepaalde onwerkelijke ervaringen is het alsnog moeilijk te bepalen of men kan spreken van een duidelijk scheidingslijn tussen waan en werkelijkheid. Vervolgens voert Elisabeth F. Loftus het bewijs aan voor het fenomeen van valse geheugenvorming. Suggestie kan mensen doen geloven in situaties die nooit werkelijk hebben plaatsgevonden. Daarnaast becommentarieert Descartes de onbetrouwbaarheid van de inwendige zintuigen op basis van de pijn die wordt ervaren in geamputeerde ledematen. Waanvoorstellingen waaronder fantomen en onvrijwillige herinneringen worden door eenzelfde neurologisch proces vormgegeven als werkelijke ervaringen. Doordat de geest zintuiglijk in diens waarnemingsgebied begrenst en manipuleerbaar is, kan men het bestaan van een universele en objectieve werkelijkheid betwisten.

Hume ontkent het bestaan van een metafysisch zelf; snel opeenvolgende enkelvoudige indrukken creëren de illusie van een ononderbroken zelf. Ook James onderschrijft deze visie. Volgens hem ervaart men zowel in het *verleden zelf* als het *huidige zelf* een

somatisch bewustzijn en daarnaast een psychisch bewustzijn - een *stroom van subjectief bewustzijn* dat niet kan bestaan zonder gevoelens van warmte, intensiteit en continuïteit. Wanneer men echter persoonlijke identiteit erkent als datgene wat zich uit in menselijk gedrag, denkbeelden en keuzevorming dan kan men, op basis van de afgenomen interviews en de casussen besproken door Oliver Sacks, besluiten dat wanen de persoonlijke identiteit kunnen beïnvloeden.

Het onderzoek in deze scriptie toonde aan dat erkenning of aanvaarding van waan als vorm van menselijke variatie en als reële beleving van het individu, gekleurd wordt door antropologische en maatschappelijke convicties. Hieruit kon men concluderen dat stigmatisering hoofdzakelijk een westers fenomeen is. Uit de gesprekken met experts bleek dat erkenning van de waan als reële ervaring van het individu dit stigma ten aanzien van (ab)normaliteit zou kunnen verkleinen. Erkenning van meerdere potentiële 'werkelijkheden' beïnvloedt het psychologisch jargon ten aanzien van schizofrenie en psychose, en heeft een mogelijk positieve invloed op de bijklink of ondertoon van de prognose. Door de focus op symptoombestrijding te verleggen naar de individuele (zorg)behoeften van patiënten zou men de levenskwaliteit van individuen met waanervaringen drastisch kunnen verbeteren.

Deze masterscriptie doet besluiten dat waanzin niet noodzakelijk waanzinnig is. Analyse van de wetenschappelijke literatuur en de gesprekken met ervaringsdeskundigen gaf aan dat geloven in de realiteit van een mogelijk onwerkelijke ervaring op zichzelf geen pathologie is. Waanzin is niet te versmaden en moet niet worden gevreesd. Spiritueel geïnspireerde wanen, verlichte wanen of wanen waarbij men denkt een hogere positie in te vervullen dan werkelijk het geval is, kunnen immers geluk voortbrengen. Daarom betwist ik de absolute *noodzakelijkheid* om bij elke vorm van waan tot medicamenteuze behandeling of intensieve gedragstherapie over te gaan. Ik merk dat in de praktijk een gemoedelijke stroom op gang komt die aanleunt bij mijn persoonlijke visie; een stroom die momenteel nog zeer langzaam beweegt, maar wordt ondersteund door een jonge generatie psychologen en therapeuten. Wil deze stroom floreren, dan dient het filosofisch debat over menselijke waardigheid de dualistische norm voor (ab)normaliteit te doorbreken.

14 NAWOORD

De filosofie van de werkelijkheid en de mystiek van waan hebben mij altijd geïntrigeerd. Deze masterscriptie vormde de perfecte opportuniteit om mezelf hier verder in te verdiepen. Bij aanvang van het academiejaar werd mij geadviseerd om gelijktijdig met het verkennen van de literatuur een eerste draft te schrijven. Ondanks dat ik deze methodiek een tijdje heb proberen toe te passen, heb ik het in de afgelopen jaren altijd comfortabeler gevonden om eerst de literatuur te begrijpen. Deze aanpak heeft me in het verleden steeds geholpen om mezelf te laten inspireren alsook om een minder oppervlakkig inzicht te krijgen in een bepaalde thematiek. Omwille van deze benadering en de daarmee gepaard gaande maandenlange gijzeling van boeken vrees ik verbanning van elke bibliotheek in Antwerpen. Bijgevolg door het schrijfproces naar een latere periode te verplaatsen heb ik voldoende momenten van stress ervaren. Mezelf kennende heeft dit mogelijk op een positieve manier bijgedragen aan het eindproduct. Ik presteer het beste onder druk. Na bestudering van de bestaande literatuur heb ik een mailing rondgestuurd naar en persoonlijk contact opgenomen met ervaringsdeskundigen werkzaam binnen de geestelijke gezondheidszorg. Omdat interdisciplinair onderzoek tussen filosofie, psychologie en psychiatrie tamelijk beperkt blijft, leek het mij zeer zinvol om een aantal interviews te verwerken in deze masterthesis.

Ondanks mijn enthousiasme ten aanzien van de potentiële kruisbestuiving tussen filosofie en psychologie, heb ik toch voor heel wat gesloten deuren gestaan. Een aantal groepspraktijken en privé hulpverleners stonden niet te springen om het filosofisch debat aan te gaan. De meerderheid van deze mensen hadden een te drukke agenda of waren niet bereid de tijd vrij te maken om mij te woord te staan. Als ik op dit proces terugblik had ik naast kwalitatief ook kwantitatief onderzoek willen verrichten om te peilen in welke mate waanbeelden op macroniveau worden erkent als reële ervaring van patiënten (zowel binnen de geestelijke gezondheidszorg alsook door steunfiguren en derden in de samenleving). Dergelijke combinatie had de validiteit van het onderzoek en de wetenschappelijke meerwaarde van mijn claim kunnen vergroten. Volgens mij is er momenteel onvoldoende filosofische draagkracht in het debat over levenskwaliteit en menswaardige behandeling van patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Ik kan enkel hopen dat deze masterscriptie hiertoe kan bijdragen.

15 REFERENTIELIJST

- Barrett, T. & Etheridge, J. (1992). Verbal hallucinations in normals, I: People who hear 'voices'. *Applied Cognitive Psychology*, 6(5), pp.379-387.
- Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health*, 20(3), pp.281-292.
- Blanke, O., Landis, T., Spinelli, L., & Seeck, M. (2004). Out-of-body experience and autoscopia of neurological origin. *Brain*, 127, 243–258.
- Botvinick, M., & Cohen, J. (1998). Rubber hands “feel” touch that eyes see. *Nature*, 391, 756. Brasil-Neto, J.P., Cohen, L.G., Pascual-Leone, A., Jabir, F.K., Wall, R.T., Hallett, M. (1992). *Neurology*, 42, 1302–1306.
- Bourguignon, E. (1970) Hallucinations and trance: an anthropologist's perspective. In: Keup W, ed. *Origins and Mechanisms of Hallucinations*. New York: Plenum, pp. 83-90.
- Brugger, P., Agosti, R., Regard, M., Wieser, H. & Landis, T. (1994). Heautoscopy, epilepsy, and suicide. *Journal of Neurology, Neurology and psychiatry*, 57, pp.838-839.
- Brugger, P. (2002). Reflective mirrors: Perspective transformation in autoscopic phenomena. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7, 179–194.
- Brugger, P. & Funk, M. (2007). Out on a limb. Neglect and confabulation in the study of aplastic phantoms. In Tall tales about the brain. Things we think we know about the mind, but ain't so. Bewerkt door S. Della Sala. London: Wiley, pp. 348–368.
- Brugger, P. (2011). Phantom Limb, Phantom Body, Phantom Self: A Phenomenology of “Body Hallucinations”. *Hallucinations*, pp.203-218.
- Brugger, P., Regard, M. & Landis, T. (1997). Illusory reduplication of one's own body: Phenomenology and classification of autoscopic phenomena. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2, 19–38.
- Burrack, A. & Brugger, P. (2005). Individual differences in susceptibility to experimentally induced phantom sensations. *Body Image*, 2/3, 307-313.

- Catalan, A., Simons, C., Bustamante, S., Drukker, M., Madrazo, A., de Artaza, M., Gorostiza, I., van Os, J. & Gonzalez-Torres, M. (2014). Novel Evidence That Attributing Affectively Salient Signal to Random Noise Is Associated with Psychosis. *PLoS ONE*, 9(7), p.e102520.
- De Haan, L. & Bottelier, M. (1999). 'Duur Onbehandelde Psychose' en het beloop van schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41(4), pp.239-243.
- Descartes, R. & Dooren, W. (1987). *Meditaties*. Meppel: Boom.
- Eaton, W., Romanoski, A., Athony, J. & Nestadt, G. (1991). Screening for Psychosis in the General Population with a Self-Report Interview. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), pp.689-693.
- Finger, S. & Hustwit, M.P. (2003). Five early accounts of phantom limb in context: Paré, Descartes, Lemos, Bell, en Mitchell. *Neurosurgery*, 52, 675-686.
- Fulford, B., Morris, K., Sadler, J. & Stanghellini, G. (2003). Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry. In: *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*, 1st ed. Oxford: Oxford University Press, pp.1-41.
- Geiger, J. (2009). *The third man factor*. Toronto: Penguin.
- Haerens, B. (2016). Geïnterviewd door Kelly Vermeiren, 13 april 2016.
- Hanssen, M., Bijl, R., Vollebergh, W. & van Os, J. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(5), pp.369-377.
- Hopper, K. (2007). *Recovery from schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press.
- Hume, D. (2002). *Het menselijk inzicht*. (vert. Kuin, J.) Amsterdam: Boom.
- Hume, D. (2007). *Traktaat over de menselijke natuur*. (vert. Holthoon, F.) Amsterdam: Boom.
- Jackson, J. & Taylor, J. (1931). *Selected writings of John Hughlings Jackson*. London: Hodder & Stoughton.

- James, W. (1887). The consciousness of lost limbs. *Proceedings of the American Society for Psychological Research*, 1(3), pp.249-258.
- James, W. (1950). *The principles of psychology. Volume One*. New York: Dover Publications.
- James, W. (1970). *The principles of psychology. Volume two*. New York: Dover Publications.
- Janet, P. & Faure, H. (1998). *L'automatisme psychologique*. Paris: O. Jacob.
- Jenkins, J. (1988). Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: A cross-cultural comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. *Social Science & Medicine*, 26(12), pp.1233-1243.
- Johns, L. (2002). Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *The British Journal of Psychiatry*, 180(2), pp.174-178.
- Johns, L. & van Os, J. (2001). THE CONTINUITY OF PSYCHOTIC EXPERIENCES IN THE GENERAL POPULATION. *Clinical Psychology Review*, 21(8), pp.1125-1141.
- Kendler, K. (1996). Lifetime Prevalence, Demographic Risk Factors, and Diagnostic Validity of Nonaffective Psychosis as Assessed in a US Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*, 53(11), p.1022.
- Kopelman, M. (1995). The Korsakoff syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 166(2), pp.154-173.
- Kramer, I., Simons, C., Hartmann, J., Menne-Lothmann, C., Viechtbauer, W., Peeters, F., Schruers, K., van Bemmelen, A., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., van Os, J. & Wichers, M. (2014). A therapeutic application of the experience sampling method in the treatment of depression: a randomized controlled trial. *World Psychiatry*, 13(1), pp.68-77.
- Lackner, J.R. (1988). Some proprioceptive influences on the perceptual representation of body shape and orientation. *Brain*, 111, pp.281-297.

- Laroi, F., Luhrmann, T., Bell, V., Christian, W., Deshpande, S., Fernyhough, C., Jenkins, J. & Woods, A. (2014). Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl 4), pp.S213-S220.
- Loftus, E. & Pickrell, J. (1995). The Formation of False Memories. *Psychiatric Annals*, 25(12), pp.720-725.
- Loftus, E. (2003). Make-Believe Memories. *American Psychologist*, 58(11), pp.864-873.
- Maastricht University, (2014). *Waanzin is menselijk: de Paradox van Psychoses - Prof. dr. Jim van Os, hoogleraar psychiatrie*. [video] Beschikbaar via: <https://www.youtube.com/watch?v=pQ-pbIhVPJo> [Bekeken op 19 maart 2016].
- McDaniel, M., Einstein, G., DeLosh, E., May, C. & Brady, P. (1995). The bizarreness effect: It's not surprising, it's complex. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21(2), pp.422-435.
- Merleau-Ponty, M. (1989). *Phenomenology of Perception* (vert. C. Smith, en ed. door F. Williams and D. Gurrière). London: Routledge.
- Metzinger, T. & Gallese, V. (2003). The emergence of a shared action ontology: Building blocks for a theory. *Consciousness and Cognition*, 12(4), pp.549-571.
- Metzinger, T. (2009). Why are out-of-body experiences interesting for philosophers? The theoretical relevance of OBE research. *Cortex*, 45, 256–258.
- Mitchell, W. (1872). *Injuries of Nerves*. Philadelphia: J.P. Lippencott.
- Morrens, M. (2016) Geïnterviewd door Kelly Vermeiren, 15 maart.
- Paré, A. (1840). *Oeuvres complètes d' Ambroise Paré*. Vol. II. verwerkt door J.F. Malgaigne. Paris: Baillière (originele publicatie in 1551).
- Peinen, W. (2016). Geïnterviewd door Kelly Vermeiren, 5 februari 2016.
- Peters, E., Joseph, S. & Garety, P. (1999). Measurement of Delusional Ideation in the Normal Population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), pp.553-576.

- Pezdek, K., Finger, K. & Hodge, D. (1997). Planting False Childhood Memories: The Role of Event Plausibility. *Psychological Science*, 8(6), pp.437-441.
- Posey, T. & Losch, M. (1983). Auditory Hallucinations of Hearing Voices in 375 Normal Subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 3(2), pp.99-113.
- Price, D. & Twombly, N. (1978). *The Phantom limb phenomenon*. Washington: Georgetown University Press.
- PsychoseNet. (2016). *PsychoseNet: dé website over psychose, stemming en herstel*. [online] Beschikbaar via: <https://www.psychosenet.nl/> [Bekeken op 13 apr. 2016].
- Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), pp.250-258.
- Sacks, O. (2012). *Hallucinaties*. (vert. P. Ruiter) Amsterdam: De Bezige Bij.
- Sacks, O. (2015). *De man die zijn vrouw voor een hoed hield*. (vert: P. Moll-Huber) Amsterdam: De Bezige Bij.
- Salaman, E. (1970). *A collection of moments*. London: Longman.
- Slater, M. (2008). Towards a digital body: The virtual arm illusion. *Frontiers in Human Neuroscience*, 2.
- Strauss, J. (1969). Hallucinations and Delusions as Points on Continua Function. *Arch Gen Psychiatry*, 21(5), p.581.
- Thomas, A. & Loftus, E. (2002). Creating bizarre false memories through imagination. *Memory & Cognition*, 30(3), pp.423-431.
- Tsakiris, M. & Haggard, P. (2005). The rubber hand illusion revisited: visuotactile integration and self-attribution. *Journal of Experimental Psychology - Human Perception and Performance*, 31, pp.80-91.
- Vallar, G. & Ronchi, R. (2009). Somatoparaphrenia: a body delusion. A review of the neuropsychological literature. *Experimental Brain Research*, 192, pp.533-551.
- Van Os, J., Bijl, R. & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population?. *Schizophrenia Research*, 41(1), p.8.

Van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), pp.203-212.

Van Os, J. (2014). *Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Van Os J, Boevink W, Van der Gaag RJ, et al. (2015) Laten we de diagnose schizofrenie vergeten [Let's forget about the diagnosis of schizophrenia]. NRC Handelsblad 7 maart.