



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Obsessies: behandeling met cognitieve therapie

Michel Reinders , Marc Hermans en Walter Arts *

samenvatting

Dit artikel gaat over de theorie en praktijk van de behandeling van patiënten met een obsessieve stoornis. Volgens de cognitieve theorie zijn het niet de intrusieve gedachten die het ongemak veroorzaken, maar de interpretatie van de intrusies. De interpretatie leidt tot angst en zet een proces in werking dat de intrusies versterkt. Er zijn verschillende therapieën voor obsessies, die kort besproken worden. We gaan uitgebreid in op de cognitieve therapie bij obsessies, alsmede misinterpretaties die een rol spelen, zoals een overmatig gevoel voor verantwoordelijkheid, de overschatting van de betekenis van gedachten, perfectionisme, de overschatting van de kans op en ernst van negatieve gevolgen. Er zijn veel voorbeelden van en suggesties over hoe men de behandeling kan uitvoeren. Ten slotte komen valkuilen aan bod.

Inleiding

Willem, een vijftigjarige man, heeft last van de gedachte dat hij met een mes zijn oog zal uitsteken. Aangezien hij aan een oog blind is, verontrust de gedachte hem in hoge mate. Wanneer hij in de keuken bezig is met een mes, probeert hij zo weinig mogelijk naar het mes te kijken. De spanning is haast ondraaglijk. Inmiddels is Willem aan zichzelf gaan twijfelen: betekenen de gedachten dat hij een onbewuste wens heeft om zichzelf wat aan te doen? En... kan hij zichzelf in de hand houden?

Iedereen heeft intrusieve gedachten. Het is een natuurlijk verschijnsel binnen de stroom van activiteiten die in de hersenen plaatsvinden (Clark & Purdon, 1995). Kenmerkend voor een intrusieve gedachte is dat deze zich opdringt aan de persoon. Niet bij iedereen neemt dit obsessieve vormen aan. Bij een obsessie hebben patiënten zodanig last van hun gedachten, dat deze gepaard gaan met angst en hun normale doen verstoren. Dit gaat verder dan overmatig piekeren. Patiënten proberen de obsessies te negeren, te onderdrukken of te neutraliseren (American Psychiatric Association, 1994).

Volgens Ladouceur en collega's (Ladouceur, Freeston, & Gagnon, 1996) kunnen obsessies verschillende thema's hebben: *agressie* (de angst om anderen, vaak een geliefd persoon, kwaad te doen), *religie* (de angst om godlasterende taal te denken), *seks* (de angst om van de eigen norm afwijkende seksuele voorkeuren te hebben), *somatiek* (angst om

* MICHEL REINDERS is psycholoog-psychotherapeut in de PAAZ van het Kennemer Gasthuis, locatie EG, Boerhaavelaan 22, 2035 RC Haarlem; e-mail: Reinders@kg.nl.
MARC HERMANS is klinisch psycholoog-psychotherapeut in de PAAZ van het Kennemer Gasthuis, locatie Zeeweg, IJmuiden en privé-praktijk: Hermans & Mokkenstorm, Kenaustraart 8 H, 2011 MX Haarlem; e-mail: psych@wanadoo.nl.
WALTER ARTS is klinisch psycholoog-psychotherapeut in de kliniek, polikliniek en consultatieve dienst van GGZ Delfland, locatie De Gravin, Delft; e-mail: W.Arts@GGZ-Delfland.nl

aids of andere ernstige aandoeningen te hebben), *besmetting* (de angst om besmet te zijn of anderen te besmetten) en *vergissingen* (schade berokkenen door nalatigheid).

In de jaren zeventig werkte Rachman in het Maudsley hospitaal in Londen. Daar legde hij het fundament voor de moderne inzichten rond de obsessieve-compulsieve stoornis; niet alleen door zijn eigen werk, maar ook door de mensen die hij daar opleidde, zoals David Clark en Paul Salkovskis. Samen met Hodgson constateerde Rachman dat patiënten met obsessies zich vaak kenmerken door een *tender conscience*. Daarmee bedoelden zij dat de obsessies haaks staan op de persoonlijkheid van de patiënt: juist alleraardigste mensen kunnen obsessies omtrent agressie krijgen en van nature agressieve lieden niet (Salkovskis, Shafran, Rachman, & Freeston, 1999). Klaarblijkelijk kunnen intrusieve gedachten tot obsessies verworden bij overgesocialiseerde personen met een groot gevoel voor verantwoordelijkheid (Salkovskis et al., 1999).

De cognitieve theorie van obsessies komt hierop neer: spontaan optredende intrusieve gedachten verworden tot obsessies doordat iemand catastrofale betekenis hecht aan het feit dat de intrusies optreden. Soms wordt vooral aan de mate waarin de intrusies optreden een catastrofale betekenis gehecht (Newt & Rachman, 2001). In tegenstelling tot wat de patiënt vaak denkt, is niet de intrusieve gedachte de boosdoener, maar de betekenis die hij eraan hecht. Aangezien de gedachten voor de patiënt bijna per definitie weerzinwekkend zijn, hecht hij er grote betekenis aan en raakt hij van slag. De patiënt zal pogen de intrusieve gedachten te onderdrukken of te vermijden, vaak met averechts resultaat. Wanneer een patiënt zijn intrusies op een negatieve manier interpreteert, breidt dit zich vaak uit als een olievlek. Negatieve interpretaties beperken zich niet alleen tot de gedachten, maar breiden zich uit tot karaktertrekken. Ernstige zelftwijfel is veelal het gevolg.

Een religieuze vrouw heeft voortdurend de gedachte 'God is dood'. Ze veroordeelt zichzelf voor deze zondige gedachte. Het is een slechte gedachte. Later vraagt ze zich af waarom zij die gedachte heeft en ze komt tot de conclusie dat zij een slechte gelovige is en zelfs een slecht mens, die iets van de duivel in zich heeft.

De cognitieve theorie voorspelt dat als de catastrofale interpretatie van de gedachten wordt gerelativeerd, de obsessies in kracht afnemen en zelfs geheel kunnen verdwijnen (Newt & Rachman, 2001). De behandeling is dan ook gericht op het heretiketteren van de catastrofale interpretaties.

De cognitieve theorie over de ontwikkeling van obsessieve stoornis gaat ervan uit dat patiënten in een vroeg stadium van hun leven kerncognities of misvattingen ontwikkelen, die hen kwetsbaar maken voor catastrofale interpretaties van intrusieve gedachten. Een overmatig gevoel van verantwoordelijkheid is een van de belangrijkste misvattingen die een rol spelen bij patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (Ladouceur, Léger, Rhéaume, & Dubé, 1996). Wanneer in een latere levensfase intrusies optreden, vaak na een cruciale ervaring, worden de kerncognities geactiveerd en ontwikkelt zich de stoornis (Salkovskis et al., 1999).

Altijd al wilde Frits, een jonge vent, dingen goed doen. Hij was bang dat hij iets zou vergeten en maakte veel notities om te voorkomen dat hij door slordigheid fouten zou maken. Vlak

nadat hij trouwde, nam dit sterk toe. Voor hem betekende het huwelijk een enorme toename van verantwoordelijkheid. Tot dan toe maakte Frits uitsluitend notities op zijn handen. Na het trouwen reikten de notities tot aan zijn ellebogen.

Dit artikel gaat in op de behandeling van obsessies bij patiënten met een dwangstoornis. Als eerste worden de processen besproken die ervoor zorgen dat de obsessies blijven bestaan. Daarna passeren de behandelingen voor obsessies de revue, zoals gedachtestop, blootstelling (exposure) en medicatie.

Een veelbelovende behandeling voor obsessies is cognitieve therapie. Daarbij ligt de nadruk op het veranderen van de interpretatie van de intrusieve gedachten. Veel patiënten hebben specifieke misvattingen over hun intrusies. Deze concentreren zich onder andere rond een overmatig verantwoordelijkheidsgevoel en perfectionisme. Het artikel beschrijft voorbeelden van uitdaagtechnieken en ten slotte komen valkuilen aan bod.

Factoren die obsessies instandhouden

Als een patiënt een catastrofale betekenis toekent aan een intrusieve gedachte, treden mechanismen in werking die het pathologische proces versterken. Ten eerste proberen patiënten de angst die hun *gedachten* oproepen te *neutraliseren*. Dwanghandelingen kunnen deze functie hebben. Bij sommige patiënten met obsessies vinden neutralisaties uitsluitend in hun gedachten plaats; er zijn geen zichtbare handelingen. Dat kan in de vorm zijn van positief denken, bidden, logisch argumenteren, oproepen van een positieve gedachte om de negatieve teniet te doen, herkauwen van een gebeurtenis, stop zeggen en afleiding zoeken. Vaak zijn dwanggedachte en neutralisatie zo nauw verweven met elkaar dat het niet eenvoudig is om ze uit elkaar te houden.

Een voorbeeld is een patiënt die de gedachte had dat een vreemde agressief tegen hem kon worden. Als hij dit dacht, moest hij een bepaald aantal maal opnieuw deze gedachte denken om zich beter te voelen. Dit leidde tot een keten van gedachten en neutralisaties die verschillend van functie, maar gelijk van inhoud waren. (Salkovskis, Forrester, & Richards, 1998)

Patiënten met obsessies proberen vaak ook hun *gedachten te onderdrukken*. Het onderdrukken van gedachten leidt juist tot een toename van de frequentie van die gedachten (Wegner, 1989).

Ten derde zoeken zij soms *geruststelling bij anderen*. Vaak proberen patiënten familieleden en ook hun therapeut geruststellingen te ontlokken.

Els leefde in de angst dat mensen die belangrijk voor haar waren (met name haar oma), narigheid zou overkomen omdat zij daarover dacht. Als zij angstig werd, vroeg ze aan haar echtgenoot of het wel goed zou zijn met oma. Als hij daarop bevestigend beantwoordde, stelde dit haar even gerust.

Ten slotte *vermijden* zij situaties die bij hen de obsessies oproepen (Salkovskis et al., 1999). De obsessies kunnen geassocieerd worden met voorwerpen (bijv. messen) waarbij het zien van de voorwerpen de obsessie oproept.

Een jongedame in opleiding voor kapster heeft de angst om met een schaar of een mes iemand te beschadigen. Ze heeft zich ziek gemeld, zodat ze geen scharen meer hoeft te hanteren. Tijdschriften kijkt ze niet meer in, uit angst daarin afbeeldingen van scharen te treffen. Ze durft ook niet in etalages van bepaalde winkels te kijken, eveneens uit angst daar messen of scharen te zien.

Uit schaamte *verzwijgen* sommige patiënten hun obsessies. Ontoegankelijkheid bemoeilijkt de therapie en de mogelijkheid om misinterpretaties te corrigeren (Newt & Rachman, 2001). Vaak helpt het deze patiënten als de therapeut hen uitlegt dat de dwangklachten niets impliceren over hun persoonlijkheid.

Door *selectieve aandacht* besteden patiënten veel aandacht aan dingen die met hun obsessie te maken hebben. Iemand die bang is een ander kwaad te doen, kan zijn eigen levensgeschiedenis gaan uitpluizen op eerdere tekenen van agressie. Ook kan een patiënt met de angst om iemand met een mes te beschadigen, overal (in etalages, tijdschriften) messen ontwaren. Ook kan er overmatige aandacht zijn voor de inhoud van de geest -- het scannen op ongewenste gedachten.

Een laatste mechanisme dat de obsessies instandhoudt of versterkt, heeft te maken met het gegeven dat intrusies tot emotionele onrust leiden. Een toename van spanning doet ook de intrusies toenemen. Verder is bekend dat mensen die onder spanning staan of depressief zijn, meer last hebben van intrusieve gedachten (Salkovskis, 1989).

Behandeling van obsessies

Exposure en responspreventie en cognitieve therapie zijn effectieve behandelingen voor de obsessieve-compulsieve stoornis (Cottraux et al., 2001; Hohagen et al., 1998; Kobak, Greist, Jefferson, Kazlenick, & Henk, 1998; Van Balkom et al., 1994, 1998; Van Oppen et al., 1995). Het is de vraag in hoeverre deze vormen van therapie ook effectief zijn bij patiënten die uitsluitend last hebben van obsessies. Het enige onderzoek naar het effect van gedragstherapie bij patiënten met louter obsessies is te vinden in het proefschrift van Freeston uit 1994 (zie Salkovskis et al., 1998). Freeston vergeleek het effect van een behandeling met cognitieve technieken (*re-appraisal training*) en habituatietraining met een wachtlijstcontrolegroep. De therapiegroep verbeterde aanzienlijk; een verbetering die bij follow-up na zes maanden gehandhaafd bleef (zie ook Freeston et al., 1997).

Ondanks dit positieve resultaat bestaat de indruk dat patiënten met louter obsessies moeilijker te behandelen zijn dan dwangpatiënten met zichtbare dwanghandelingen (Salkovskis et al., 1998). Uit een Duitse studie blijkt dat patiënten met obsessies slechter reageren op een behandeling die voornamelijk uit exposure bestaat dan patiënten die ook dwangrituelen uitvoeren. Overigens verbetert het resultaat van de behandeling voor patiënten met alleen obsessies door toevoeging van fluvoxamine (Hohagen et al., 1998). De beschrijving van de gedragstherapie in het artikel van Hohagen et al. is zo

summier dat het niet duidelijk wordt waarom de exposure in het geval van obsessieve patiënten slechter werkt. Ook in de discussie wagen zij zich niet aan speculaties hierover.

Een andere studie vond geen verschil in behandelingsresultaat tussen patiënten met alleen dwanggedachten en patiënten met voornamelijk dwanghandelingen (Arts, Hoogduin, Schaap, & De Haan, 1993). Beide groepen patiënten werden behandeld met exposure en responspreventie.

In de literatuur worden diverse behandelingen voor obsessies beschreven: *Gedachtestop* is een oudere techniek met de bedoeling de patiënt meer controle te laten ervaren over de intrusieve gedachten. De techniek kan stapsgewijs worden toegepast. De patiënt roept de intrusieve gedachten op, waarop de therapeut hard 'Stop!' zegt. De volgende stap is dat de patiënt zelf 'Stop!' roept, eerst hardop en later alleen in gedachten. De techniek is thans omstreden. Op basis van de bevindingen van Wegner (1989) is te beredeneren dat het onderdrukken van gedachten averechts zou kunnen werken. Intrusies nemen vaak toe in frequentie als men probeert deze te onderdrukken. Rachman (1997) beschouwt gedachtestop als een ineffectieve interventie, omdat de onderliggende assumpties niet gecorrigeerd worden.

Bij *exposure* gaat men ervan uit dat de neutralisaties het de patiënt onmogelijk maken te wennen aan zijn nare gedachten. Hij vermijdt de vervelende gedachten. Door de confrontatie aan te gaan met die gedachten, krijgt de patiënt de gelegenheid te wennen aan zijn intrusies, zodat hij uiteindelijk minder angstig wordt (Salkovskis et al., 1998). Belangrijk is een goede uitleg van de behandeling. De indirecte variant van exposure is die waarbij de patiënt zich blootstelt aan situaties die normaliter de obsessies oproepen. Directer is rechtstreekse blootstelling aan de obsessies zelf. De intrusieve gedachte kan op een bandje opgenomen en keer op keer worden afgespeeld. Belangrijk is om een goed onderscheid te maken tussen de intrusieve gedachten en de neutralisaties zodat alleen de intrusies opgenomen worden. De patiënt luistert net zo vaak naar het bandje tot het angstniveau is gedaald. Dat hoeft niet in één keer te gebeuren. Voorts is essentieel dat er ook *responspreventie* wordt nagestreefd. De patiënt mag tijdens en na de oefeningen niet neutraliseren. Dit is vaak moeilijk te controleren, zeker bij patiënten die vooral langs cognitieve weg neutraliseren.

Medicatie. Het effect van de behandeling van dwangklachten met antidepressiva is goed onderbouwd (Van Balkom et al., 1994; Kobak et al., 1998). De onderzoekers maken over het algemeen geen onderscheid tussen patiënten met louter obsessies en patiënten met dwanghandelingen. Over de effecten bij patiënten met louter obsessies is weinig bekend, behalve de eerder geciteerde studie van Hohagen et al. waaruit bleek dat de toevoeging van fluvoxamine aan een behandeling met gedragstherapie tot verdere verbetering leidde (Hohagen et al., 1998).

Cognitieve Therapie

De cognitieve benadering heeft een nieuwe impuls gegeven aan de in de praktijk meestal moeizame behandeling van obsessies. Deze behandeling wordt hierna uitvoerig besproken. De cognitieve therapie bestaat uit de stappen:

- uitleg van het model en overeenstemming over de behandeldoelen;

- analyse van de cognities door *downward arrowing* (neerwaartse pijl);
- uitdagen van misinterpretaties volgens de methode van de cognitieve-gedragstherapie.

Uitleg van het cognitieve model

De eerste stap is uitleg geven van het cognitieve model en samen met de patiënt overeenstemming bereiken over het doel van de therapie. Vaak is het doel van de patiënt om geen dwanggedachten meer te hebben. Salkovskis et al. (1998) benadrukken dat dit een onrealistisch doel is. Wanneer de patiënt vasthoudt aan de eis dat hij de obsessieve gedachten moet uitbannen, kan een experiment gedaan worden waarin geïllustreerd wordt dat het onderdrukken van een gedachte deze gedachte juist oproept (Wegner, 1989). De patiënt zal moeten begrijpen dat hij van slag raakt door de *waarde* die hij aan intrusieve gedachten hecht. De uitleg van het model is een cognitieve herstructurering op zich. De therapie richt zich op het verminderen van het gepieker over de obsessies en is niet gericht op het versterken van de vruchteloze pogingen van de patiënt om de obsessies kwijt te raken.

Downward arrowing (neerwaartse pijl)

In de techniek van de downward arrowing is het de bedoeling de conclusies die de patiënt trekt stap voor stap in kaart te brengen. Patiënten komen vaak met een brokkelig verhaal, waarin hiaten zitten. Dan is het moeilijk om te ontwaren welke cognities zij er op nahouden.

Menno vertelt dat hij een rotmiddag had omdat hij voortdurend gehinderd werd door de gedachte zijn cheffin in elkaar te slaan. Bij doorvragen komt het volgende verhaal naar voren: na zijn werk drinkt Menno aan de bar een biertje. Zijn cheffin kapittelt hem daarover. Menno vertelt dat zij haar ondergeschikten vaak op een nare manier behandelt en dat meer mensen een hekel aan haar hebben. Op de vraag waarom hij het zo vervelend vindt dat hij haar (in gedachten) in elkaar wil slaan, antwoordt hij: 'Het is niet normaal dat je zulke gedachten hebt.' Hij is bang dat hij agressieve tendensen in zich heeft en dat hij zichzelf niet kan beheersen. Hij is bang dat hij op elk moment iemand kan aanvliegen. Zijn gedachtegang is in het schema uitgetekend. Elke stap in het schema leent zich voor cognitieve uitdaagtechnieken of cognitieve experimenten.



Figuur 1 Downward arrowing

Uitdagen van misinterpretaties

Zodra duidelijk is op welke wijze de patiënt de intrusies interpreteert, kan deze interpretatie kritisch worden bekeken. Dit gebeurt meestal door middel van de 'socratische dialoog': de behandelaar stelt zodanige vragen dat de patiënt gaat twijfelen aan de juistheid van zijn interpretatie. Dit kritisch onderzoek naar de houdbaarheid van de interpretatie kan, afhankelijk van de mogelijkheden van de patiënt, meer of minder directief gebeuren. Daarna wordt gezocht naar een alternatieve verklaring, een reëlere kijk. Dit proces staat bekend als 'uitdagen'.

Misinterpretaties spelen een centrale rol bij de ontwikkeling van een obsessieve stoornis. Freeston, Rhéaume en Ladouceur (1996) destilleren uit het overvloedige onderzoek hiernaar vijf soorten misvattingen. Hun categorieën overlappen elkaar en zeker de laatste drie spelen ook een rol bij andere angststoornissen. Hierna komen de belangrijkste misvattingen en voorbeelden van uitdaagtechnieken aan bod. Uiteraard zijn er andere manieren om de cognities uit te dagen. Het boek van Bögels en Van Open (1999) geeft daarvan goede voorbeelden.

Een overmatig gevoel voor verantwoordelijkheid

Patiënten met obsessies voelen zich erg verantwoordelijk voor de consequenties van hun gedachten (Rachman, 1992). Voorbeelden van een overmatig verantwoordelijkheidsgevoel zijn redeneringen als: 'Wanneer je onheil niet voorkomt, ben je net zo schuldig als degene die het onheil heeft veroorzaakt'; en 'Invloed is

verantwoordelijkheid'. Ook al heeft een patiënt slechts marginale invloed, toch voelt hij zich volledig verantwoordelijk, zoals uit het volgende voorbeeld blijkt.

Een jongeman, wiens moeder borstkanker heeft gehad, voelt zich schuldig als hij ruzie maakt met zijn moeder. Hij denkt dat de ruzies die hij veroorzaakt, spanningen geven en een slechte uitwerking hebben op de gezondheid van zijn moeder. Hij is bang dat hij op deze manier een recidief van de kanker veroorzaakt. Om dit te bezweren moet hij allerlei dingen denken, net zolang totdat het naar zijn idee weer goed is. Niet alleen is dit een overmatig verantwoordelijkheidsgevoel, ook overschat de jongeman het belang van gedachten waarbij hij een magische, helende kracht aan zijn gedachten toekent. Beide gedachten worden met hem besproken. Ten eerste wordt gekeken naar het aandeel van de moeder in de ruzies. De jongeman vertelt dat zijn moeder zich snel druk maakt en geen mens is die het rustig aandoet. Zijzelf veroorzaakt veel spanningen. Ook in de ruzies speelt zij een rol. Vervolgens wordt de rol van ontspanning in de preventie van kanker besproken. De jongeman erkent dat ontspanning geen hoofdrol speelt in het voorkomen van kanker.

Een aantal auteurs vindt overmatige verantwoordelijkheid de belangrijkste en meest voorkomende misinterpretatie bij obsessies (Ladouceur et al., 1996; Salkovskis, 1985). Het concept van overmatige verantwoordelijkheid verklaart waarom de dwangklachten soms (tijdelijk) verdwijnen wanneer een patiënt wordt opgenomen. De patiënt voelt zich in het ziekenhuis niet verantwoordelijk. Ook verklaart het waarom in bepaalde overgangsfases (van studie naar werk of van vrijgezel naar getrouwd) dwangsymptomen toenemen. De patiënt heeft het gevoel dat bij een dergelijke overgang de verantwoordelijkheid toeneemt.

In een experimentele behandeling richtten Ladouceur en zijn collega's zich uitsluitend op het relativeren van het overmatig verantwoordelijkheidsgevoel. Vermindering van het overmatig verantwoordelijkheidsgevoel deed ook de dwangklachten verminderen (Ladouceur et al., 1996).

Overschatting van de betekenis van gedachten

Voorbeelden van overschatting zijn:

- 'Het feit dat gedachten aanwezig zijn, betekent dat ze van belang zijn';
- 'Tussen denken en doen zit geen verschil; denken leidt onherroepelijk tot doen' (*thought-action fusion*);
- 'Denken over een onacceptabele daad is net zo slecht als de daad uitvoeren';
- 'Iets slechts denken is moreel gezien net zo verwerpelijk als het daadwerkelijk doen' (*moral thought-action fusion*);
- 'Aan iets denken vergroot de kans dat het gebeurt' (*likelihood thought-action fusion*).

Voorts hoort ook magisch denken tot het overschatten van de betekenis van gedachten. Bij magisch denken kunnen cijfers een betekenis krijgen, of kunnen gedachten de gezondheid beïnvloeden. Sommige patiënten gaan ervan uit dat het denken over onheil, dit onheil ook zal veroorzaken bij de persoon over wie zij de gedachten hebben.

Patiënten gaan door de nare en vervelende gedachten aan zichzelf twijfelen: Misschien wil ik mijn kind echt wat aandoen; ben ik toch pedofiel? Heb ik wellicht een onbewuste

wens mijzelf te beschadigen? Betekenen de godlasterende gedachten dat ik eigenlijk niet in God geloof? Een cognitieve techniek die hierbij gebruikt kan worden, is het *persoonlijkheidsprofiel*. Hierbij schrijft men persoonlijkheidskenmerken op van een pedofiel, agressieveling of godloochenaar en vergelijkt deze met eigenschappen van de patiënt.

Een 42-jarige getrouwde vrouw, Rita, heeft last van de gedachte dat zij lesbisch is. Ze leidt dit af uit het feit dat zij vrouwen soms langdurig aankijkt en zich daarbij gespannen voelt. Ze is bang dat de vrouwen die ze aankijkt, denken dat zij iets van hen wil. Ze is ooit eerder in therapie geweest. Toen wilde de therapeut haar ervan overtuigen dat het niet erg is om lesbisch te zijn. Rita vindt het wel erg. Ze heeft overigens niets tegen lesbiennes. Ze wil er zelf geen zijn. Ze kan niet aangeven waarom.

Samen met Rita schrijft de therapeut dingen op die bij lesbiennes horen: ooit verliefd geweest op een vrouw; ooit aangename seksuele fantasieën over vrouwen gehad; ooit seks gehad met een vrouw; geniet niet bijzonder van seks met mannen. Vervolgens scoort Rita op een schaal van 0 tot 100 in hoeverre deze kenmerken op lesbiennes van toepassing zijn en in hoeverre ze op haar van toepassing zijn. De persoonlijkheidsprofielen blijken volgens Rita nogal uit elkaar te liggen (figuur 2).

	<i>lesbiennes</i>	<i>patiënte</i>
<i>Ooit verliefd op een vrouw</i>	<i>100</i>	<i>0</i>
<i>Prettige seksuele fantasieën over vrouwen</i>	<i>100</i>	<i>0</i>
<i>Genieten van seks met mannen</i>	<i>10</i>	<i>90</i>
<i>Ooit seks gehad met een vrouw</i>	<i>90</i>	<i>0</i>

Figuur 2 Persoonlijkheidsprofiel

In de sessie raakt Rita overtuigd. Het lukt haar echter niet die gedachte lang vast te houden en in de volgende sessie begint de twijfel opnieuw. Om Rita te steunen in de gedachte dat ze geen lesbienne is, zet de therapeut een ontspanningsoefening op een audiotape. Gedurende die oefening noemt hij alle argumenten op die ertegen pleiten dat patiënte lesbisch is. Rita draait het bandje dagelijks af en de twijfel over haar seksuele identiteit verdwijnt binnen een paar weken. ‘Het is een soort hersenspoeling’, zegt Rita om het effect van het bandje te verklaren.

Willem, de patiënt die geplaagd wordt door de gedachte zijn oog met een mes uit te steken, is bang dat hij dit ooit zal doen en vermoedt dat deze gedachte duidt op een onbewuste agressieve drang in zichzelf. Hem wordt uitgelegd dat dwanggedachten haaks staan op iemands karakter: ‘Je schrikt zo van de gedachte omdat het gaat over iets dat je juist niet wilt.’ In zijn geval schrikt hij zo sterk van de gedachte zijn oog uit te steken omdat hij maar een oog heeft. Zijn andere oog verliezen is het laatste wat hij wil. Er wordt gezocht naar ervaringen die voor Willem illustreren dat hij zijn oog niet kwijt wil. Willem vertelt dat hij altijd erg kwaad wordt als zijn kinderen met een potlood of een takje in de richting van zijn oog wijzen. En waarom? Omdat hij zuinig is op zijn overgebleven oog. In de volgende sessie blijkt dat de uitleg als heretikettering heeft gewerkt en dat Willem zijn angst voor zijn intrusieve gedachten kwijt is. Bij follow-up na drie maanden is dit nog steeds het geval.

Dit laatste voorbeeld is uitzonderlijk, omdat het vaak veel langer duurt voordat de patiënt zich een andere zienswijze eigen maakt. Therapie met patiënten met obsessies is vaak een kwestie van keer op keer opnieuw beginnen en samen met de patiënt eindeloos blijven doordenken over herlabelingen. Het komt zelden voor dat een patiënt zich in één zitting laat overtuigen.

Perfectionisme: totale controle en absolute zekerheid

Perfectionisme betekent hier: de eis absolute zekerheid te hebben over consequenties van gedachten of daden of over de zuiverheid van hun karakter. Men wil zekerheid dat gedachten niet tot daden zullen leiden. Patiënten willen absolute controle over gedachten of handelingen.

Patiënten met obsessies gaan ervan uit dat zij in staat zijn om al hun gedachten te beheersen. Sterker nog, sommigen denken dat alle gedachten een intentie hebben. In hun beleving is er geen ruimte voor onzinnige gedachten of losse flodders.

Wesley loopt door de straat en denkt: als ik vijf stappen doe en dan precies bij de boom uitkom, word ik rustig. Deze gedachte verontrust hem in hoge mate. Hij herkent dit niet als een gedachte die bij hem hoort. Ondanks dat de uitkomst voor hem gunstig is (hij denkt rustiger te worden), kan hij niet accepteren dat er in zijn hoofd een gedachte zit die hij niet zelf gedacht heeft. De therapeut kaart aan dat mogelijkerwijs niet alle gedachten onder bewuste controle vallen. Aangezien de jongeman veel met muziek bezig is, krijgt hij de volgende vergelijking voorgelegd: 'Je bedenkt wel eens muziek. Is dat een bewust proces of borrelt er wat op?' Wesley beweert met grote stelligheid dat bedachte muziek geen goede muziek is en dat goede muziek (vanuit de maag) opborrelt. 'Is alle muziek die opborrelt goede muziek of zit er rommel tussen?' Volgens Wesley zijn de spontane invallen niet altijd meesterwerken. Vervolgens wordt de verbinding gelegd met gedachten: als muzikale invallen niet onder bewuste controle staan, hoeveel procent van de gedachten staat er dan onder bewuste controle? Wesley schat dat dertig procent van zijn gedachten nergens op slaan. 'Dat valt mee,' antwoordt de therapeut, die zelf inschat dat negentig procent van zijn eigen gedachten onzinnig is.

Veel obsessieve patiënten willen ook absolute zekerheid. Ze willen absoluut zeker weten dat zij geen aids hebben; ze willen er absoluut van overtuigd zijn geen pedofiel te zijn; ze willen honderd procent garantie dat zij nooit agressief zullen worden.

Djuna, moeder van een pasgeboren kind, raakt overstuurd van de terugkerende gedachte dat ze haar baby zal wurgen. Ze is bang dat ze de gedachte daadwerkelijk zal uitvoeren, maar bovenal weigert ze te accepteren dat een moeder zo kan denken. Als moeder mag je geen lelijke dingen over je kind denken, aldus Djuna, als je dat toch doet, ben je een slechte moeder. Om het optreden van intrusies te voorkomen, houdt Djuna haar kind op afstand. Ze durft niet met de baby alleen te zijn. Wanhopig probeert Djuna de nare gedachten uit haar hoofd te bannen.

De therapeut vraagt Djuna om niet aan witte beren te denken (Wegner, 1989). Na dit experiment begrijpt Djuna dat ze zichzelf in de vingers snijdt door te eisen dat ze de agressieve gedachten over haar kind niet mag hebben. Verder krijgt ze uitleg over obsessies. Daarbij

benadrukt de therapeut dat obsessies de onhebbelijke eigenschap hebben haaks te staan op de persoonlijkheid. Dit wordt op audiocassette opgenomen, zodat Djuna er vaak naar kan luisteren. Ten slotte houdt Djuna een enquête onder collega-moeders over het optreden van nare gedachten. Deze interventies leiden ertoe dat zij haar kindje weer gaat aanraken en vasthouden. Later durft ze ook weer alleen thuis te zijn met de baby en durft zij haar kind weer in bad te doen en aan te kleden. Toch blijft zij hier angstig bij. Hoewel ze beseft dat de kans dat zij haar kind iets aandoet minimaal is, blijft de twijfel knagen. Zij wil honderd procent zekerheid. De therapeut bespreekt met haar dat dit een erg hoge eis is. In dit leven is maar een ding honderd procent zeker, aldus de therapeut, en dat is doodgaan. Al het andere is meer of minder zeker. De vraag is of Djuna dat kan accepteren. Om dit te onderzoeken wordt haar gevraagd op te schrijven wat de gevolgen zullen zijn voor haar en haar gezin als zij doorgaat met te proberen absolute zekerheid te verkrijgen. Ook zal zij opschrijven wat er gebeurt als zij vanaf nu zal proberen te leven met de onzekerheid. De zittingen hierop wordt dit thema herhaaldelijk besproken. Djuna beseft meer en meer dat acceptatie van enige onzekerheid leidt tot een prettiger leven dan het vergeefs zoeken naar zekerheid en het uitsluiten van elke twijfel. Na drie zittingen schrijft zij in haar agenda: 'Hoewel niemand mij honderd procent zekerheid kan geven, ben ik er eigenlijk honderd procent zeker van dat ik mijn dochtertje niets zal aandoen.'

Overschatting van de kans op en ernst van negatieve gevolgen

Dwangpatiënten zijn vaak angstig voor een onwaarschijnlijke, maar extreem catastrofale loop der gebeurtenissen. Zo denken ze bijvoorbeeld dat er een brand ontstaat met doden als je het koffiezetapparaat niet tijdig uitzet. In combinatie met een overmatig verantwoordelijkheidsgevoel leidt dit ertoe dat patiënten vinden dat ze koste wat kost moeten vermijden dat anderen schade ondervinden van dingen die ze doen. Voor de meeste mensen geldt de uitdrukking: 'Waar gehakt wordt, vallen spaanders.' Een patiënt met een obsessie redeneert: 'Je moet het hakken laten als het niet zonder spaanders kan' (Salkovskis et al., 1999).

Mensen met een obsessieve-compulsieve stoornis hebben de neiging om rampzalige consequenties te verbinden aan intrusieve gedachten. Een godlasterende gedachte maakt de persoon tot een ketter, die nooit door God vergeven zal worden en in de hel belandt. Een agressieve gedachte maakt iemand tot een agressieveling die mensen voortdurend in elkaar kan slaan. De gedachte aan pedofilie maakt iemand tot een levensgevaarlijke kinderverkrachter. Patiënten lijden onder de dreiging dat elk moment het onheil kan losbarsten in zijn vreselijkste vorm.

Menno, die bang is dat hij zijn cheffin in elkaar zal slaan, heeft het gevoel of hij elk moment een agressieve uitbarsting kan krijgen. Hij denkt dat omdat hij zich vaak agressief voelt. Agressief voelen betekent voor hem agressief worden. Agressief worden betekent voor hem dat hij iemand in elkaar slaat. Zijn neutralisatie bestaat uit het zoeken naar de garantie dat hij nooit een agressieve uitbarsting zal krijgen. Die garantie kan hij zichzelf niet geven. Met Menno wordt gekeken hoe groot de kans is dat hij werkelijk agressief wordt en daarbij iemand in elkaar slaat. De therapeut zegt: 'Stel dat we een weddenschap afsluiten over de vraag: sla jij de komende maand iemand in elkaar of niet? Als ik wil winnen, waarop moet ik dan mijn geld inzetten?' Allereerst wordt zijn levensgeschiedenis bekeken: hoe vaak slaat hij mensen in elkaar; wanneer is hij voor het laatst op de vuist gegaan? Patiënt vertelt dat hij

recent in een treiterij met studenten beland is. De studenten hebben geslagen, maar hij niet. Ook in het voorval van zijn cheffin is patiënt niet agressief geworden. Als de therapeut de weddenschap wil winnen, zal hij zijn geld moeten zetten op de stelling dat patiënt niet agressief wordt de komende maand. 'Maar ik kan toch ooit agressief worden?', vraagt Menno. De therapeut vertelt dat hij zelf in geen dertig jaar een klap heeft uitgedeeld, maar dat dit niet betekent dat hij nooit agressief zal worden. Hij kan zich uitzonderlijke situaties voorstellen waarin hij dat wel doet, bijvoorbeeld als zijn kinderen bedreigd worden. Menno realiseert zich al met al dat hij zwart-wit denkt: de kans dat iemand ooit agressief wordt, maakt hem niet tot een agressieveling. Menno zegt dat hij zich vaak boos voelt, maar dat dit nooit naar buiten komt. Hij concludeert dat het wellicht een goede zaak is als hij assertiever wordt. Het gesprek gaat verder over de verschillende manieren waarop je boosheid kunt uiten.

Patiënten accepteren niet dat bepaalde gedachten hen angst inboezemen: angst is gevaarlijk en met angst kan men niet functioneren.

Gedachten die haaks staan op de eigen persoonlijkheid leiden altijd tot onrust of bezorgdheid. Het is buitengewoon vervelend om gedachten of voorstellingen te hebben met een uitgesproken agressief karakter als je een vredelievend mens bent. Voor sommige mensen met een obsessie is dit koren op de molen. 'Waar rook is, is vuur', redeneren zij (Arntz, Rauner, & Van den Hout, 1995). Het feit dat de gedachte spanning oproept, moet wel betekenen dat ze belangrijk is. Kortom, hun eigen emotionele reactie telt mee in de bewijsvoering die leidt tot een catastrofale interpretatie.

De intrusieve gedachten die iemand heeft, kunnen zo weerzinwekkend en beangstigend zijn dat hij deze gedachten in het geheel niet wil hebben. De patiënt accepteert niet dat hij gedachten heeft die hem bang maken of doen walgen. De angst is juist een teken dat hij controle verliest en zo genereert angst meer angst: 'Zie je wel dat het niet goed met me gaat; zie hoe angstig ik ben; dat moet wel verkeerd aflopen.'

Patty, een getrouwde vrouw, komt uit een gezin met veel problemen. Haar ouders zijn gescheiden. Vlak daarna raakte haar moeder emotioneel in de war en werd zij opgenomen in een psychiatrische inrichting. Patty is bang dat haar hetzelfde zal overkomen, haar huwelijk niet goed verloopt en zij als gevolg daarvan gek wordt. Ze is voortdurend bezig na te gaan of haar huwelijk goed loopt. Als ze op een dag daarover twijfels heeft, kan ze dit niet verdragen en raakt ze gespannen. Ze is bang dat dit het begin van het einde is. Patty gaat naar de huisarts, die haar verwijst naar de psycholoog. Van de gesprekken met de psycholoog wordt ze niet rustiger, integendeel. Eerst was ze alleen gespannen, nu is ze al onder behandeling. De spanning neemt toe en daarmee de redenen om te denken dat het verkeerd met haar zal aflopen. Omdat de spanningen toenemen, verwijst de psycholoog haar naar een psychiater, die haar medicatie voorschrijft. In Patty's beleving is behandeling door een psychiater met medicatie een reuzenstap richting opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De spanning neemt verder toe. Patty is er inmiddels van overtuigd dat zij daadwerkelijk gek aan het worden is en dat het nooit meer goed met haar komt. Omdat ze inmiddels ook depressief en suïcidaal geworden is, wordt Patty opgenomen op een psychiatrische afdeling. Na langdurige therapie is het met Patty weer goed gekomen. In de therapie werd veel geruststelling gegeven; Patty's irreële verwachtingen van het huwelijk werden gecorrigeerd en ze werd gestimuleerd zich zelfstandiger op te stellen, waardoor ze meer zelfvertrouwen kreeg.

Valkuilen in de behandeling

Volharding

Voor het uitvoeren van een behandeling is volharding nodig. De therapeut moet niet te snel de moed opgeven en denken dat een heretikettering niet werkt.

Heretiketteringen die in de sessie voor de patiënt duidelijk zijn, kan hij vaak niet vasthouden. In een volgende sessie lijkt het alsof de therapeut opnieuw moet beginnen met uitdagingen die hij eerder heeft gedaan. Een remedie tegen herhalen kan zijn de patiënt thuis de nieuwe interpretatie op te laten schrijven. Ook *flashcards* en audiobandjes kunnen behulpzaam zijn. Maar ook de *screensaver* op de computer kan hiervoor worden gebruikt, zodat de patiënt, telkens als hij de computer gebruikt, wordt herinnerd aan de alternatieve, meer geruststellende gedachten.

Soms ontpopt een heretikettering zich tot neutralisatie

Hester is bang dat anderen iets ernstigs overkomt als ze aan iets ernstigs denkt. Gezamenlijk wordt besloten de misvatting dat 'haar gedachten van invloed zijn op de loop der gebeurtenissen' met een gedragsexperiment te toetsen. Hester neemt zich voor om de komende week steeds te denken dat de therapeut een auto-ongeval krijgt. In de volgende zitting vertelt Hester dat ze de gedachte heeft opgeroepen, maar er steeds achteraan dacht: onzin, ik heb daar geen invloed op! De therapeut twijfelt of dit een verandering betekent, of dat het een neutralisatie is. Bij doorvragen vertelt Hester dat ze deze zin denkt om zichzelf gerust te stellen. Het experiment wordt voortgezet, ditmaal zonder deze 'tegengedachten'.

De therapeut is verantwoordelijk

Het feit dat patiënten worden uitgenodigd tot gedragsexperimenten of exposure-oefeningen maakt dat zij de therapeut verantwoordelijk houden voor nare gevolgen. Therapeuten doen er verstandig aan om na te vragen of dit speelt. In het begin van een behandeling hoeft dit niet erg te zijn: de patiënt durft op deze wijze een gedragsexperiment te doen of een gedragsverandering aan te brengen. Na verloop van tijd dient de patiënt verantwoordelijkheid te nemen voor zijn gedrag en de gevolgen die dit met zich meebrengt. Een oplossing kan dan zijn, om de patiënt zelf een gedragsexperiment te laten bedenken waar pas na afloop met de therapeut over mag worden gepraat.

Kies de essentiële angst

Het klinkt als een open deur, maar het is van het allergrootste belang dat in de behandeling de essentiële angst van de patiënt wordt onderzocht. Soms zit de therapeut er net naast.

Trudy is bang dat zij iets (van papier) weggooit of aan anderen overhandigt, waarop lelijke dingen over haar vader staan. Anderen kunnen hem dan kwaad doen, wat dan haar schuld is. In de therapie werkt ze aan een oefenprogramma, waarin ze steeds meer papier weggooit en met papiergeld betaalt. Het resultaat is niet om over naar huis te schrijven. Er komt pas schot in de zaak wanneer ze papiertjes gaat weggoien, waarop ze narigheid over haar vader heeft opgeschreven.

Strijd

Sommige obsessieve patiënten lijken het liefst niets anders te doen dan met de therapeut de strijd aan te gaan over de zin of onzin van hun obsessies. Zeker bij hun is het verstandig dat de therapeut zich beperkt tot de socratische dialoog als gespreksvorm (Van Oppen & Arntz, 1994). Uitleg en door de therapeut aangedragen tegenargumenten leiden slechts tot strijd, hoe goed bedoeld ook, en ze zetten de werkrelatie onder druk.

Obsessies hebben soms een agressieve inhoud

Sommige patiënten worden herhaaldelijk overvallen door de gedachte hun kind of partner iets aan te doen. Zij vinden deze gedachten verschrikkelijk. Sommige therapeuten vinden het moeilijk om kritisch stil te staan bij deze gedachten omdat zij denken: maar het is toch ook vreselijk om zulke gedachten te hebben. Het is in dit geval belangrijk om te beseffen dat deze intrusies niet het probleem zijn. Het probleem is de interpretatie van de patiënt, de gedachte bijvoorbeeld dat hij werkelijk iemand die hem na staat iets aan zal doen.

Schaamte

Het is al gezegd, maar patiënten schamen zich vaak om hun obsessies tot in detail met anderen en dus ook met de therapeut te delen. De therapeut doet er goed aan deskundigheid te laten blijken en uitleg te geven over het feit dat obsessies lijnrecht tegenover de diepere wensen en behoeften van de patiënt staan.

Beschouwing

De cognitieve theorie heeft een nieuwe impuls gegeven aan de behandeling van obsessies. Voor de theorie is toenemend bewijs. De aannames en de voorspellingen die uit de cognitieve theorie voortvloeien, zijn in een behoorlijk aantal experimentele studies getoetst en aangetoond (Rachman, 1993, 1997; Salkovskis, 1989). In 1993 vroeg Rachman zich nog af of de cognitieve theorie van obsessies stand zou houden bij nader onderzoek. Hij vreesde voor zijn leerlingen en vroeg zich af of: 'two richly talented psychologists will need re-training as coach-tour guides in Oxford'. Het lijkt onwaarschijnlijk dat u in Oxford rondgeleid gaat worden door twee heren die zich voorstellen als Paul en David.

Toch zijn enige relativerende opmerkingen te maken. Afgezien van het onderzoek van Freeston et al. (1997) is geen onderzoek gedaan naar het effect van cognitieve therapie op patiënten met obsessies. Ook het aantal gevalsbeschrijvingen waarbij cognitieve therapie effectief blijkt bij de behandeling van obsessies is beperkt (Arts, 1999). Hoewel er aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van cognitieve therapie bij obsessies, is het nog te vroeg om een uitspraak te doen over een meerwaarde van deze vorm van behandeling. Het is onduidelijk of cognitieve therapie bij obsessies beter werkt dan exposure of medicatie. Verder onderzoek is nodig om te bepalen wat de meest effectieve behandeling is voor obsessies: exposure bijvoorbeeld in de vorm van habituatietraining, cognitieve therapie, medicatie of een combinatie van deze therapieën.

Onderzoek hiernaar zal een aantal obstakels moeten overwinnen. Ten eerste de prevalentie: patiënten met voornamelijk overte dwanghandelingen komen veel meer voor dan patiënten met alleen obsessies. Dit maakt een vergelijkende studie met

voldoende patiënten tijdrovend. Daarnaast zijn obsessies moeilijker meetbaar en objectiveerbaar. Ten slotte is de differentiële diagnose moeilijk: patiënten met een depressie kunnen ook last hebben van obsessies, veelal met agressieve inhoud.

Het zou kunnen zijn dat cognitieve therapie weinig effectief is bij een bepaalde groep dwangpatiënten. Freeston et al. (1996) denken dat patiënten met geen of weinig inzicht en patiënten die voornamelijk magisch denken, minder baat hebben bij deze behandeling. Wij hebben echter positieve ervaringen met cognitieve therapie bij dergelijke patiënten. Er is helaas geen onderzoek hierover.

Verder is niet duidelijk in welke gevallen een gedragstherapeutische procedure als exposure de voorkeur heeft en in welke gevallen cognitieve therapie. Ook hier geldt: onderzoek is wenselijk.

Wij willen besluiten met de aanbeveling om ook bij obsessieve patiënten met vrijwel uitsluitend cognitieve neutralisaties toch altijd secuur na te gaan of er toch niet ook op gedragsniveau veiligheidsmaatregelen kunnen worden genomen. Gedragsexperimenten (of exposure) kunnen dan behulpzaam zijn.

Met dank aan Hetty Vromen voor haar nuttige commentaar.

abstract

This article concerns the theory and practice of the treatment of obsessive patients. According to cognitive theory it is not the intrusive thought itself that produces discomfort but the labelling of the intrusions. Labelling leads to fear and certain processes that produce intrusions. There are a number of therapies for treating obsessions, which are briefly discussed. The major part of the article is about cognitive therapy and core cognition, which play a part in obsession, such as inflated responsibility, overestimation of the importance of thoughts, perfectionism, overestimation of threat. We give several treatment examples and suggestions on how to conduct treatment. Also, common pitfalls are mentioned.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arts, W. (1999). Cognitieve therapie van obsessies: twee gevalsbeschrijvingen. *Directieve Therapie*, 19, 107-119.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., & Haan, E. de (1993). Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 119-123.
- Arntz, A., Rauner, M., & Hout, M. van den (1995). 'If I feel anxious, there must be danger': Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-925.
- Balkom, A.J.L.M. van, Oppen, P. van, Vermeulen A.W.A., Dyck, R. van, Nauta M.C.E., & Vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder. A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Psychological Review*, 14, 359-381.
- Balkom, A.J.L.M. van, Haan, E. de, Oppen, P. van, Spinhoven, P., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1998). Cognitive and behavioral therapies alone or in combination with fluvoxamine

- in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 186, 492-498.
- Bögels, S.M., & Oppen, P. van (red.) (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Clark, D.A., & Purdon, C.L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 967-976.
- Cottraux J., Note, I., Yao, S.N., Lafont, S., Note, B., Mollard E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M., & Dartigues J-F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 288-297.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-Behavioral Treatment of Obsessive Thoughts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Räuchle, H., Hand, I., König, A., Münchau, N., Hiss, H., Geiger-Kabisch, C., Käppler, C., Schramm, P., Rey, E., Aldenhoff J., & Berger, M. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. *British Journal of Psychiatry*, 173(35), 71-78.
- Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Kazlenick, D.J., & Henk, H.J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder. *Pharmacology*, 3, 205-216.
- Ladouceur, R., Freeston, M., & Gagnon, F. (1996). Obsessive-compulsive disorder, diagnosis and management. *Canadian Family Physician*, 42, 1169-1178.
- Ladouceur, R., Léger, E., Rhéaume, J., & Dubé, D. (1996). Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 767-774.
- Newt, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 457-464.
- Oppen, P. van, & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 79-87.
- Oppen, P. van, Haan E. de, Balkom, A.J. van, Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Dyck, R. van (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Rachman, S. (1992). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1993). A critique of cognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 279-288.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis P., Forrester E., & Richards, C. (1998). Cognitive behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 35), 53-63.
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S., & Freeston, M. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession and the psychology of mental control*. New York: Penguin.