



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

Competitive Memory Training (COMET) bij een psychotische vrouw met auditieve hallucinaties

Gitty de Haan, Mark van der Gaag en Kees Korrelboom*

Samenvatting

Nadat met varianten van de methode enkele eerste positieve bevindingen zijn opgedaan bij patiënten met verschillende angst-, stemmings- en gedragsstoornissen, wordt Competitive Memory Training (COMET) beschreven als een methode die wellicht ook succesvol kan zijn bij psychotische patiënten met auditieve hallucinaties. Nadat de methode is uiteengezet, wordt een patiënte beschreven bij wie de behandeling leidde tot vermindering van de problemen. Deze verbetering hield ten minste nog een jaar stand.

Inleiding

In toenemende mate komen er aanwijzingen dat cognitief-gedragstherapeutische interventies ook bij psychose zinvol en effectief kunnen zijn. Vanwege biologische ontregelingen in de informatieverwerking maken psychotische mensen rare dingen mee. Net als ieder ander zoeken ook zij verklaringen voor die vreemde ervaringen. In die verklaringen treden gemakkelijk denk- en interpretatiefouten op. Op hun beurt kunnen deze denk- en interpretatiefouten leiden tot een verhoogde en selectieve aandacht voor het optreden van de rare verschijnselen. Dit gaat meestal gepaard met een toename van angst. De combinatie van verhoogde selectieve aandacht, interpretatiefouten en angst versterkt het lijden en de psychotische verschijnselen. Het ligt daarom voor de hand om te trachten deze aandachtsprocessen en denkfouten met behulp van cognitieve therapie te beïnvloeden (Van der Gaag, 2003). Die benadering blijkt redelijk succesvol te zijn (Jones, Cormac, Silveira da Mota Neto, & Campbell, 2004; Pfammatter, M., Junghan, U.M., & Brenner, 2006; Sensky 2005; Turkington, Kingdon, & Turner, 2002). Naast farmacotherapie en gezinsinterventies is cognitieve gedragstherapie dan ook opgenomen in de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2005).

Een probleem dat nogal eens optreedt bij cognitieve interventies is dat patiënten op een gegeven moment wel *weten* dat de zaken anders in elkaar zitten dan ze voorheen dachten, maar dat ze het niet zo *voelen*. Een traditionele oplossing voor dit probleem vindt men in de socratische dialoog. De therapeut legt niet zozeer uit hoe de zaken in elkaar zitten, maar hij begeleidt de patiënt in het zelf zoeken naar en vinden van alternatieve, meer functionele verklaringen voor als problematisch ervaren gebeurtenissen en situaties. Dit zelf zoeken en vinden wordt verder gestimuleerd door de patiënt bij wijze van huiswerk geregeld en herhaaldelijk gedachterapporten te laten

* DRS. G. DE HAAN, GZ-psycholoog Parnassia, Parnassagroep, Den Haag.
DR. M. VAN DER GAAG is hoofd Wetenschappelijk Onderzoek bij het Parnassia Psychiatrie, Den Haag, en hoogleraar Klinische Psychologie bij de Vrije Universiteit, Amsterdam.
DR. C.W. KORRELBOOM, is klinisch psycholoog psychotherapeut. Hij is als hoofd Wetenschappelijk Onderzoek verbonden aan PsyQ Haaglanden, Parnassagroep, Den Haag.
E-mail: k.korrelboom@psyq.nl.

invullen. Ten slotte treedt men in cognitieve gedragstherapie het probleem dat de patiënt weliswaar *weet* dat zijn interpretaties niet kloppen, maar het nog niet *voelt*, tegemoet met gedragsexperimenten. Door patiënten systematisch aan den lijve te laten ervaren dat de nieuw ontwikkelde interpretaties de werkelijkheid meer recht doen dan de oude, worden deze nieuwe waarheden steeds beter *voelbaar*.

De laatste jaren is een groep betrekkelijk nieuwe interventies ontwikkeld die eveneens tot doel hebben om de patiënt *te helpen voelen wat hij al weet*. Deze interventies zijn in belangrijke mate gebaseerd op het principe van contraconditionering en staan bekend als *Competitive Memory Training* (COMET) (Van der Gaag & Korrelboom, 2006). COMET heeft qua procedure veel overeenkomsten met de verschillende varianten van systematische desensitisatie (SD; Wolpe, 1990), maar vertrekt vanuit een ander theoretisch kader (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Uitgangspunt is dat in het geheugen doorgaans verschillende betekenissen aan een en hetzelfde concept zijn gekoppeld. Per moment kan er echter maar één tegelijk worden geactiveerd. Daardoor ontstaat een soort competitie tussen de verschillende betekenissen om op relevante momenten te worden geactiveerd om zo het concept zijn actuele emotionele lading te geven. Iemand vindt zichzelf enerzijds een boeiend persoon, maar anderzijds ook een sukkel. Het gaat er dan om in welke situaties de ene betekenis (sukkel) van het zelfconcept wordt geactiveerd en in welke situaties de andere (boeiend persoon). Wie als ongeïfend zanger – vanuit een ongelukkige activatie van zijn zelfconcept een *boeiend persoon* te zijn – zou menen een groot publiek te kunnen begeisteren met het zingen van aria's, was, evenals zijn publiek, beter af geweest met de activatie van het zelfconcept *sukkel*. In dat geval zou de publieke opstelling allicht meer terughoudend zijn geweest. Voor een professionele operazanger daarentegen zou activering van de *sukkel*-betekenis kort voor een optreden behoorlijk disfunctioneel zijn.

Bij patiënten met emotionele stoornissen worden te vaak en in te veel relevante situaties disfunctionele betekenissen geactiveerd en te weinig functionele. Vele factoren beïnvloeden de activeerbaarheid van betekenissen in het geheugen. Therapie behoort erop gericht te zijn om de 'activeringscompetitie' (*retrieval competition*) beslissend te beïnvloeden ten gunste van de activeerbaarheid van functionele interpretaties (Brewin, 2006). Dat is precies wat contraconditionering beoogt te doen. Uitgaande van het idee dat emotie wordt aangestuurd vanuit cognitief-emotionele netwerken die primair zijn gericht op het genereren van actie ten aanzien van persoonlijk relevante gebeurtenissen, is inmiddels een hele serie COMET-protocollen ontwikkeld.

COMET-protocol

In het langetermijngeheugen vormen zich cognitief-emotionele netwerken die bestaan uit representaties van stimuli (Hoe ziet het eruit? Hoe voelt het aan? enzovoort.), responsen (fysiologische en motorische voorbereidingen van actie om die stimuli tegemoet te treden of het hoofd te bieden) en betekenissen (gedachten over en interpretaties van stimulus- en responsrepresentaties en hun onderlinge relaties). De verschillende representaties zijn onderling met elkaar geassocieerd in de vorm van cognitieve netwerken. Wanneer voldoende overeenkomsten (*matches*) bestaan tussen de waargenomen werkelijkheid en de in de netwerken gerepresenteerde werkelijkheid, wordt het gehele netwerk actief en ontstaat een emotionele episode (Lang, 1985; 1994). COMET tracht middels stappenplannen disfunctionele cognitief-emotionele netwerken

te corrigeren en de activeerbaarheid van deze nieuw gevormde, meer functionele netwerken te bevorderen. Deze stappenplannen zijn inmiddels op diverse plaatsen beschreven, evenals de eerste onderzoeksbevindingen (Korrelboom, 2000; Korrelboom & Ten Broeke, 1998; Korrelboom & Ten Broeke, 2004; Korrelboom, Visser, & Ten Broeke, 2004; Olij et al., 2006; Peeters, Korrelboom, Voermans, & Hijbrechts, 2005).

Als eerste stap wordt de disfunctionele betekenis bepaald, bijvoorbeeld: 'Ik ben een sukkel.' Daarna wordt een alternatieve, voor de patiënt geloofwaardige betekenis vastgesteld: 'Ik kan ook boeiend zijn'. In de derde stap wordt die alternatieve betekenis in een aantal fases beter voelbaar gemaakt. Daarbij wordt gebruikgemaakt van het beschrijven (mondeling en schriftelijk) van concrete en reële situaties waarin die alternatieve betekenis actueel was; worden die concrete voorbeelden vervolgens geïmagineerd; worden die imaginaties daarna begeleid door een passende motoriek, vormgegeven in lichaamshouding en gelaatsuitdrukking; en worden die imaginaties ten slotte ook begeleid door passende zelfverbalisaties en eventueel passende muziek.

Wanneer deze oefeningen ertoe hebben geleid dat de patiënt in zijn oefeningen gemakkelijk de positieve betekenisrepresentatie kan activeren, wordt deze in de volgende stap gekoppeld aan situaties in het dagelijks leven waarin de negatieve betekenis geregeld op disfunctionele wijze de kop op steekt. Die laatste stap is de eigenlijke contraconditionering. Concreet moet de patiënt zich bijvoorbeeld een situatie voorstellen waarin hij zich doorgaans een sukkel voelt. Maar deze keer moet hij met behulp van zijn lichaamshouding en gelaatsuitdrukking, zijn zelfverbalisatie en de passende muziek een positief gevoel over zichzelf in die situatie handhaven. De tot dusverre ontwikkelde COMET-protocollen richten zich hetzij primair op de inhoudelijke betekenis van een disfunctionele cognitie ('Ik denk wel vaak dat ik een sukkel ben, maar eigenlijk heb ik een fors aantal interessante kanten.'), hetzij op de persoonlijke 'betrokkenheid' op die cognitie ('Ik moet het mij niet zo aantrekken dat ik vaak zo sukkelig doe.').

COMET-protocol voor auditieve hallucinaties

Recent is ook een COMET-protocol ontwikkeld voor patiënten met auditieve hallucinaties (Van der Gaag & Korrelboom, 2006). Een van de aanleidingen daarvoor was het merkwaardige gegeven dat minder dan 1 procent van de bevolking aan psychose lijdt, terwijl psychotische symptomen als auditieve hallucinaties bij een veel groter deel van de bevolking kunnen worden vastgesteld (Johns & Van Os, 2001). Het grote verschil tussen de impact van psychotische verschijnselen bij patiënten en bij normalen kan voor een belangrijk gedeelte worden verklaard door de betekenis die aan dergelijke verschijnselen wordt toegekend. Hoewel gehallucineerde stemmen patiënten af en toe ook wel eens iets positiefs hebben te melden, is het merendeel van de boodschappen toch negatief tot uiterst negatief. Meestal hebben deze expliciet of impliciet betrekking op de patiënt zelf (bijvoorbeeld dat deze slecht is of het niet verdient om te leven) en zijn toekomst (dat deze nooit het geluk zal vinden en hoe ouder hij wordt, des te slechter het hem zal vergaan). Dikwijls gaan de negatieve boodschappen ook over de almacht van de stem zelf (de patiënt moet gehoorzamen op straffe van de meest gruwelijke vergeldingen; de stem weet veel meer van de patiënt dan de patiënt zelf). 'Normale' stemmenhoorders horen veel vaker positieve berichten van hun stemmen. Bovendien kunnen zij het belang van hun stemmen veel beter relativeren (Nayani & David, 1996).

Het COMET-protocol voor auditieve hallucinaties bestaat uit twee fases: in de eerste wordt de inhoudelijke betekenis gecorrigeerd van de boodschappen die de stem geeft. In de tweede fase leert de patiënt om de impact ervan verder te reduceren door meer afstand te nemen van de stem. Hierna wordt de toepassing van dit protocol beschreven aan de hand van een casus.

De patiënte

Emma is een 30-jarige vrouw die in een beschermde woonvorm leeft. De diagnose schizofrenie is gesteld. Zij krijgt hulp bij het op orde houden van haar huishouden, wordt gesteund bij het ondernemen van dagelijkse activiteiten en heeft frequent contact met haar psychiater, die haar antipsychotische medicatie voorschrijft. Haar voornaamste actuele klacht betreft de stemmen die zij steeds hoort. Deze hinderen haar zozeer dat zij hiervoor extra hulp heeft gevraagd. Naast de reeds voorgeschreven antipsychotica wil zij graag psychologische hulp. Zij had reeds eerder cognitieve gedragstherapie gehad vanwege deze stemmen. Met behulp van het protocol 'gedachten uitpluizen' (Van der Gaag, Valmaggia, Van Meer, & Slooff, 2005) had zij geleerd om haar opvattingen omtrent de stemmen enigszins te corrigeren. Daarbij was het haar gelukt om wat minder macht en kwaadwillendheid aan de stemmen toe te schrijven. Hoewel zij dus kon beredeneren dat hetgeen de stemmen zeiden niet altijd waar kon zijn, bleek haar gevoel die redenering niet altijd te kunnen volgen. Dat bleef haar grootste probleem.

Taxatie en behandelplan

Gedurende de taxatie wordt het Stemmeninterview afgenomen (Van der Gaag et al., 2005). Emma blijkt last te hebben van ongeveer tien stemmen, die haar voornamelijk commentaar en opdrachten geven. Het commentaar bestaat eruit dat Emma te horen krijgt dat zij een slecht mens is en nergens voor deugt. Daarnaast krijgt zij soms opdrachten om bijvoorbeeld met haar ogen dicht door het rode stoplicht te fietsen of om hete thee over een vriendin heen te gooien. De stemmen maken haar angstig, verdrietig en dikwijls machteloos. Zij voelt zich meestal zwak ten opzichte van de stemmen en heeft het idee dat de stemmen haar leven beheersen.

Tijdens de taxatie en gedurende de behandeling worden ook enkele vragenlijsten afgenomen. Op de *Social Comparison Rating Scale for voices* (SCRS; Birchwood, Meaden, Trower, & Gilbert, 2002), komt onder andere naar voren dat Emma zich in vergelijking tot de stemmen zwak en een buitenstaander voelt. Volgens de *Self Esteem Rating Scale-Short Form* (SERS-SF 20; Lecomte, Corbière, & Laisné, 2006) is haar zelfwaardering voornamelijk negatief gekleurd. Ook blijkt uit een attributielijst uit het behandelprotocol die Emma voor iedere sessie invult, dat zij veel macht en kwaadwillendheid toeschrijft aan de stemmen, dat zij vindt dat haar stemmen gelijk hebben wanneer die haar vernederen en dat zij hiermee zeer is geïmponeerd en er veel negatieve gevoelens over ervaart: zij geeft de gevoelens bang, boos en bedroefd desgevraagd een score van rond 80-90% op een schaal van 0-100%. Emma stemt ermee in om het COMET-protocol voor auditieve hallucinaties te gaan volgen.

Registratie en bezinning

Emma moet gedurende een week haar stemmen registreren en zich vervolgens op een apart tijdstip bezinnen op een aantal kenmerken en omstandigheden rondom het stemmenhoren (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Zij moet noteren waar zij is als ze de stemmen hoort, op welk tijdstip zij ze hoort en vervolgens welke gedachten en gevoelens de stemmen daarbij oproepen en hoe zij op de stemmen heeft gereageerd.

In deze registraties wordt bevestigd dat de stemmen haar vooral opdrachten geven om schadelijke dingen te doen. De stemmen dragen niet alleen op om met gesloten ogen door rode stoplichten te rijden en hete thee over mensen heen te gooien, maar ook om haar medicatie niet in te nemen, tijdens autoritten het portier te openen en om niets te eten. Emma blijkt zich redelijk succesvol tegen deze opdrachten te kunnen verzetten. Ze voert de meeste opdrachten in ieder geval niet uit, maar ze wordt er wel zeer angstig van.

Uit deze registraties komt eveneens naar voren dat de stemmen geregeld negatieve en beschuldigende commentaren geven op het doen en laten van Emma. Na een week registratie zegt Emma zich vooral zwak en machteloos te voelen ten opzichte van de stemmen. Ze is geneigd de stemmen gelijk te geven wanneer die haar een slecht mens noemen. Op deze betekenisanalyse (Korrelboom & Ten Broeke, 2004), namelijk dat (de boodschappen van) de stemmen een negatief zelfbeeld activeren en daardoor Emma onnodig zwak maken, wordt de verdere behandeling gebaseerd.

Thema en tegenthema

Het COMET-protocol schrijft als volgende stap voor om, aansluitend op het dominante emotionele thema ('zwakte'), een in emotioneel opzicht incompatibel tegenthema te benoemen. Dat tegenthema is 'sterk/krachtig'.

Vervolgens moet Emma illustraties noteren waarin zij sterk en krachtig is (geweest). Die voorbeelden mogen betrekking hebben op actuele gebeurtenissen, maar ook op situaties die zich in het verleden hebben afgespeeld. De actuele registraties van Emma hebben onder andere betrekking op het wegwerken van de strijk, het kunnen bijhouden van een hardlooptroepje en een goed gesprek met haar moeder. Als illustraties van 'krachtige' gebeurtenissen uit het verleden noemt zij het afstuderen aan de hogeschool, prijzen winnen met turnen en uitvoeringen van musicals.

Voelbaar maken van het tegenthema: imaginatie, houding en zelfspraak

Dan wordt in een aantal substappen geprobeerd om het tegenthema 'sterk/krachtig' beter voelbaar te maken. Imaginatie wordt daarbij als eerste hulpmiddel gebruikt. Emma kiest voor de solo, die zij ooit heeft gezongen in een musical. Zij kan zich deze gebeurtenis nog levendig voor de geest halen. De adrenaline die destijds door haar lijf ging en het bijbehorende krachtige gevoel ervaart zij tijdens de imaginatie tot op zekere hoogte opnieuw.

Vervolgens wordt getracht om dit gevoel verder te versterken door aan de imaginatie een krachtige lichaamshouding en gelaatsuitdrukking en positieve zelfspraak toe te voegen. Emma kan het krachtige gevoel in de sessie goed oproepen, maar zij is bang dat ook de stemmen kunnen komen opdagen wanneer zij haar ogen sluit en zich concentreert. Als huiswerk moet zij dagelijks vijf keer vijf minuten lang het tegenthema oproepen.

Op enkele keren na kan Emma het tegenthema thuis goed oproepen. Om het oproepen van het krachtige gevoel verder te vergemakkelijken gaat Emma gebruikmaken van een steen, die zij van haar moeder had gekregen en die voor haar kracht symboliseert. In de week erna houdt Emma tijdens het oproepen van het tegenthema de steen stevig in haar hand. Dit blijkt inderdaad het oproepen te bevorderen. In rationele rehabilitatie (RR), een behandelmethode die veel overeenkomsten heeft met COMET, worden vanaf het begin externe *cues*, zoals steentjes of balletjes, gebruikt om de patiënt te helpen zijn positieve gevoelens op te roepen (Appelo, 1999).

Het tegenthema tegenover de stemmen

Wanneer Emma het tegenthema gemakkelijk genoeg kan activeren, wordt geprobeerd om dit tegenthema te activeren in aanwezigheid van de stemmen. De bedoeling is immers dat Emma niet alleen *weet* dat de stemmen minder machtig zijn en dat zijzelf dus weerbaarder is dan ze vaak denkt, maar dat ze dit ook zo gaat *voelen*.

Eerst activeert Emma weer het tegenthema met het bijbehorende krachtige gevoel. Vervolgens moet zij, terwijl ze de gemoedsgesteldheid van het tegenthema vasthoudt, zich de stemmen voor de geest halen. In een krachtige houding en zichzelf toesprekend met positieve en krachtige woorden en met de steen van moeder stevig in haar hand, probeert zij de stemmen op een andere wijze tegemoet te treden dan ze tot dan toe gewend was: krachtig in plaats van machteloos. Dit blijkt niet gemakkelijk te zijn. Al snel nemen de stemmen de overhand en wil Emma de oefening afbreken. Haar angst neemt zichtbaar toe.

Vervolgens wordt eerst alle aandacht weer op het positieve tegenthema gericht. Daarna worden de stemmen opnieuw geïntroduceerd. Nadat de stemmen zijn opgeroepen, wordt deze keer telkens met nadruk ook op de positieve zelfspraak en de lichaamshouding en gelaatsuitdrukking gewezen: 'denk aan je krachtige houding; houd je hoofd recht; jij bent een sterke vrouw'.

Ditmaal lukt het beter. Het sterke en krachtige gevoel blijft deze keer overeind ten overstaan van de stemmen. Emma gaat dit thuis oefenen. De oefening blijkt nog steeds vrij veel moeite te kosten, maar nadat deze opnieuw een aantal keren tijdens de sessie is doorgenomen, lukt het beter om zich krachtig en sterk te voelen tegenover de stemmen.

Afstand nemen van de stemmen

Zoals eerder is opgemerkt, richten de meeste COMET-protocollen zich óf op het wijzigen van betekenissen (in het zelfbeeldprotocol leert de patiënt ervaren dat hij bijvoorbeeld

minder saai is dan hij altijd dacht; Olij et al., 2006) óf op de betrekking van de patiënt tegenover die betekenissen (zo leert de patiënt in het piekerprotocol bijvoorbeeld om afstand te nemen van zorgen over zaken die hij toch niet kan beïnvloeden; Korrelboom et al., 2004). In het COMET-protocol voor auditieve hallucinaties (evenals bij de recent ontwikkelde COMET-protocollen voor obsessies en cocaïne *craving*) worden beide benaderingen na elkaar toegepast. Eerst leert de patiënt dat de persoonlijke betekenis van zijn stemmen, obsessies of *craving* anders is dan hij dacht. Daarna leert hij ook nog eens om afstand te nemen van de preoccupaties.

Afstand nemen kan verschillende vormen aannemen. ‘Onverschilligheid’, ‘afstandelijkheid’ en ‘er boven staan’ zijn drie verschillende attitudes. Zij stemmen er in overeen dat ze een zekere distantie impliceren ten aanzien van bepaalde situaties, gebeurtenissen, gedachten en gevoelens. In de laatste stap van het protocol leert Emma om onverschillig te worden ten opzichte van de stemmen. Daartoe moet zij zich voorstellen dat ze in een theater op het podium staat. Deze theatermetafoor wordt geregeld gebruikt in deze fase van COMET. Het is wat dat betreft dus een (gelukkig?) toeval dat het tegenthema van Emma eveneens betrekking heeft op een theatervoorstelling. Nu moet zij zich voorstellen dat haar stemmen haar op het podium beginnen toe te spreken met hun negatieve boodschappen. Dan loopt zij rustig het podium af, gaat het gangpad door (imaginatie) en gaat ontspannen en enigszins onverschillig (houding en gelaatsuitdrukking) zitten op de achterste rij stoelen. Ze heeft geen enkele rol in het spel dat de stemmen opvoeren en eerlijk gezegd is ze ook niet erg geïnteresseerd in wat de stemmen te vertellen hebben (zelfspraak). Zo wordt letterlijk afstand genomen van de stemmen.

Dit lukt Emma in de zitting heel aardig. In tegenstelling tot de eerste oefeningen met het koppelen van het tegenthema aan de stemmen, vindt ze het uitvoeren van deze oefening in het afstand nemen een stuk prettiger. Toch blijkt het thuis oefenen ook met deze oefening een stuk lastiger dan aanvankelijk was gedacht. Thuis krijgen de stemmen al snel de overhand zonder dat het Emma lukt hen ‘op het toneel achter te laten’. Wanneer, naar aanleiding van deze ervaring, nut en succes van beide toegepaste technieken worden besproken, zegt Emma dat de eerste techniek (krachtig gevoel oproepen tegenover de stemmen) toch het meest werkzaam is geweest. Daarom wordt besloten om door te gaan met deze eerste techniek. Emma krijgt de opdracht om deze nog vele keren als huiswerk oefening toe te passen en om deze methode ook gaandeweg te gaan toepassen als de stemmen zich spontaan in het dagelijks leven voordoen.

Afsluiting

Na nog een aantal sessies zegt Emma dat zij zich krachtiger en minder machteloos voelt als de stemmen zich laten horen. Zij oefent de techniek geregeld en voelt zich er prettig bij. Haar zelfbeeld is naar eigen zeggen versterkt en ze trekt zich veel minder aan van de negatieve commentaren van de stemmen. Wel is ze nog steeds behoorlijk angstig. Hoewel ze de verschillende opdrachten van de stemmen tegenwoordig beter kan weerstaan, is ze nog vaak bang dat ze toch ooit zal toegeven aan deze bevelen. Desalniettemin vindt Emma de behandeling geslaagd en is ze tevreden met het resultaat. Na in totaal 13 sessies wordt de COMET-behandeling afgesloten.

In de opnieuw afgenomen SCRS geeft Emma aan dat zij zich ten opzichte van stemmen op een aantal aspecten beter voelt: zij voelt zich minder zwak, ervaart meer zelfvertrouwen tegenover de stemmen en voelt zich meer getalenteerd in vergelijking met de stemmen. Daarnaast laat de SERS-SF 20 een toename zien in positieve zelfwaardering. Uit de attributielijst komt ten slotte naar voren dat Emma weliswaar nog fors bezig is met haar stemmen, maar dat de bijbehorende gevoelens in heftigheid meer dan gehalveerd zijn. Tevens blijkt daaruit dat zij aan de opvatting ‘mijn stemmen hebben gelijk wanneer ze mij vernederen’ een veel lagere waarschijnlijkheid toekent dan bij de start van COMET het geval was. Op verzoek van de eerste auteur heeft Emma ongeveer een halfjaar na het beëindigen van COMET een korte persoonlijke indruk van de behandeling beschreven (zie kader).

Emma zelf over de behandeling, een halfjaar na COMET

‘Voordat ik begon met de therapie, had ik erg veel last van stemmen. Ik werd er min of meer door beheerst. Ik had geen idee of de therapie wel zou helpen, maar het viel in ieder geval te proberen. De behandeling was vrij pittig. Ik moest me behoorlijk inspannen, want bij alle opdrachten moest ik proberen de stemmen onder controle te krijgen. Niet alleen tijdens een sessie, maar ook daarbuiten, want ik kreeg elke keer een dosis huiswerk mee. Ik moest elke week formulieren invullen waarop ik in procenten kon aangeven hoeveel last ik had gehad van stemmen en hoe boos, blij, bang en bedroefd ik daarbij was geweest.

Dat vond ik niet erg. Ik was gemotiveerd en werd steeds gemotiveerder toen ik merkte dat ik invloed kon uitoefenen op die stemmen. Telkens als ik gehinderd werd door die stemmen, moest ik aan een situatie denken waarin ik me prettig voelde en dan proberen dat fijne gevoel weer te ervaren. Door me daarop te concentreren lukte het me steeds vaker om dat fijne gevoel de stemmen te laten overheersen. Ook was er een techniek waarbij ik tegen mezelf moest zeggen: “ik ben sterk, ik ben krachtig”. Het was erg leuk om mezelf op die manier op te peppen en me inderdaad zo te gaan voelen.

Natuurlijk lukten die technieken me lang niet altijd en nog steeds ben ik de stemmen niet altijd de baas, maar ik heb er wel minder vaak last van. Ik heb er meer zelfvertrouwen door gekregen en dat is heel wat waard. Ik heb er geen spijt van dat ik aan deze therapie ben begonnen, want het heeft me veel opgeleverd.’

Discussie

COMET is een betrekkelijk nieuwe cognitief-gedragstherapeutische interventie. De interventie is gebaseerd op de principes van contraconditionering, terwijl de belangrijkste theoretische uitgangspunten voortkomen uit recente geheugen- en emotietheorieën. Functionele cognities en attitudes worden zodanig tegenover disfunctionele opvattingen en neigingen geplaatst, dat zij een streepje voor krijgen in de retrieval-competitie die zich in het geheugen afspeelt, zodat zij in het dagelijks leven gemakkelijker kunnen worden geactiveerd. Waar in meer traditionele vormen van cognitieve therapie de disfunctionele opvattingen en neigingen eerst op logische

gronden worden uitgedaagd, slaat COMET deze fase over. Aan de patiënt wordt meteen gevraagd of de disfunctionele opvattingen wel kloppen en zo niet, welke interpretaties dan beter op hun plaats zouden zijn. Daarna wordt getracht met experiëntiële technieken, en niet met logisch redeneren en socratische dialoog, deze beter passende opvattingen rechtstreeks beter voelbaar te maken. Die benadering is bij psychotische patiënten niet anders dan bij de patiënten bij wie varianten van COMET al eerder werden toegepast.

COMET heeft enkele overeenkomsten met andere vanuit de klinische praktijk beschreven benaderingen van psychose en hallucinaties. Korrelboom (1989) bijvoorbeeld adviseert een psychotische man om het gevecht met diens duivel voortaan op zijn eigen voorwaarden te voeren. De patiënt moet niet meer wachten totdat de duivel hem op zijn zwakke momenten komt lastigvallen. Hij kan beter, zodra hij zich goed en sterk voelt, zelf de duivel opzoeken om deze te vertellen dat hij niet langer van diens negatieve op- en aanmerkingen is gediend. Ook andere auteurs laten hun psychotische patiënten uit vrije wil en op eigen voorwaarden met hun stemmen in debat gaan (De Boer & Van der Gaag, 2006; Chadwick, 2003; Van der Werf, Hermans, & van Ree, 1989). Vanuit het evolutionaire perspectief dat emotie in eerste instantie bestaat uit een systeem voor toenadering enerzijds en een voor vermijding en vlucht anderzijds (Lang, 1994), kan men veronderstellen dat COMET evenals deze andere methodes het toenaderingssysteem activeert in omstandigheden waarin de confrontatie met auditieve hallucinaties tot dan toe vooral het vermijdingssysteem in gang heeft gezet.

Daarnaast zijn er de al gememoreerde vooral procedurele overeenkomsten met systematische desensitisatie en de meer principiële overlap met rationele rehabilitatie (RR).

Wellicht heeft de veronderstelde werkzaamheid van COMET niet primair te maken met contraconditionering. Bezien vanuit de hier gehanteerde visie op contraconditionering, ontstaan door het gelijktijdig prikkelen van onderling incompatibele stimulus- en respons- en betekenisrepresentaties nieuwe, emotioneel gekleurde cognitieve netwerken. Volgens Brewins competitietheorie maken echter meerdere factoren uit of een bepaalde betekenis al dan niet gemakkelijk kan worden geactiveerd. Een zo'n factor is bijvoorbeeld repetitie. Naarmate een bepaalde betekenis vaker wordt geactiveerd, is de kans groter dat deze betekenis ook een volgende keer als eerste naar boven zal komen. Na een training waarin ambigue beoordelingssituaties telkens met positieve interpretaties moesten worden 'opgelost', verwierven sociaal angstige studenten geleidelijk aan een positieve interpretatie *bias* (Murphy, Hirsch, Mathews, Smith, & Clark, 2007). Ook in COMET en RR oefenen patiënten doelbewust en geregeld met het oproepen van positieve betekenissen. Mogelijk is het op zich snel achter elkaar ervaren van deze positieve ideeën al voldoende om de retrieval-competitie gunstig te beïnvloeden en is het associëren van positieve gevoelens in anderszins moeilijke situaties zoals contraconditionering voorschrijft, niet strikt noodzakelijk.

Of contraconditionering nu wel of geen essentiële voorwaarde is om functionele betekenissen beter voelbaar te maken, het wordt steeds duidelijker dat *voelen dat* meer baat heeft bij gedragsactivering dan bij intellectuele uitdaging van disfunctionele interpretaties (Longmore & Worrell, 2006). Met zijn imaginatie (van gedrag) en stimulatie van motoriek middels houding en gelaatsuitdrukking stimuleert COMET

gedragsactivering in omstandigheden waarin meer traditionele gedragsexperimenten niet goed uitvoerbaar zijn.

De behandeling met COMET lijkt in het geval van Emma redelijk succesvol te zijn verlopen. In ieder geval voor de korte termijn en, zoals uit het verslag van Emma zelf blijkt, op de termijn van een half jaar. De vragenlijsten geven een positief beloop aan op verschillende relevante problemen en klachten. Zowel patiënte als therapeute hebben een positieve indruk van de resultaten. Deze positieve bevindingen stemmen overeen met een aantal andere voorlopige (kortetermijn)bevindingen met het COMET-protocol voor auditieve hallucinaties (Van der Gaag, persoonlijke mededeling).

Mogelijk kan COMET dus ook psychotische patiënten helpen om te *voelen* wat ze al *weten*. Wanneer dit inderdaad zou worden bevestigd in systematisch en gecontroleerd onderzoek, zou COMET een zinvolle aanvulling kunnen zijn op de cognitief-gedragstherapeutische interventies die inmiddels regulier bij het behandelen van psychotische patiënten worden toegepast.

Abstract

Since some variants of the method seem to be successful for patients with different anxiety, mood and behavioural problems, Competitive Memory Training (COMET) is now tried with psychotic patients suffering from auditory hallucinations. After a more formal description of the method, a case study is presented. The burden of this patients auditory hallucinations is somewhat reduced by COMET. Some six months later, these results are still maintained, according to the patients own account.

Referenties

- Appelo, M. (1999). Rationele rehabilitatie: een pilotstudy. *Gedragstherapie*, 32, 57-69.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., & Gilbert, P. (2002). Shame, humiliation, and entrapment in psychosis. A social rank theory approach to cognitive intervention with voices and delusions. In: A.P. (Morrison, Ed.). *Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. New York: Brunner-Routledge.
- Boer, K. de & Gaag, M. van der (2006). Psychodramatechnieken voor de behandeling van angst bij stemmen. *Directieve therapie*, 26, 5-20.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Chadwick, P. (2003). Two chairs, self-schemata and a person based approach to psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 439-449.
- Gaag, M. van der (2003). Cognitieve gedragstherapie en psychose: de feiten. In: M. van der Gaag, M.T. Appelo, & C.A.L. Hoogduin (red.). *De psychologische behandeling van psychosen: richtlijnen, valkuilen en omwegen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gaag, M. van der & Korrelboom, C.W. (2006). Competitive Memory Therapy (COMET) bij auditieve hallucinaties. In: M. van der Gaag, F.K. Withaar, & C.J. Slooff (Eds.). *Cognitieve gedragstherapeutische behandelingen bij mensen met een psychose*. Den Haag: Kenniscentrum Schizofrenie.
- Gaag, M. van der, Valmaggia, L.R., Meer, C.R. van, & Slooff, C.J. (2005). *Gedachten uitpluizen: Vaardigheden oefenboek. Cognitieve gedragstherapie bij achterdocht en stemmen*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose, www.gedachtenuitpluizen.nl.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J.I., & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, oct. 18(4), CD000524.

- Johns, L.C. & Os, J. van (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychological Review*, 21, 1125-1141.
- Korrelboom, C.W. (1989). Vechten met de duivel; directieve interventies bij de behandeling van een psychotische man. In: K. van der Velden (red.). *Directieve therapie deel 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Korrelboom, C.W. (2000). Versterking van het zelfbeeld bij patiënten met persoonlijkheidspathologie: 'hot cognitions' versus 'cold cognitions'. *Directieve therapie*, 20, 282-302.
- Korrelboom, C.W. & Broeke, E. ten (1998). Trauma, geheugen en contraconditionering van de UCS/UCR-representatie. *Directieve Therapie*, 18, 217-236.
- Korrelboom, C.W. & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, C.W., Visser, S., & Broeke, E. ten (2004). Gegeneraliseerde angststoornis: wat is het en wat kun je ertegen doen? *Directieve therapie*, 24, 276-295.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A.H. Tuma & J. Maser (eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lang, P.J. (1994). The motivational organization of emotions. In: S. van Goozen, N.E. van de Poll, & J.A. Sergeant (eds.). *Emotions: essays on emotion theory*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 143, 99-108.
- Longmore, R.J. & Worrell, M. (2006). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.
- Murphy, R., Hirsch, C.R., Mathews, A., Smith, K., & Clark, D.M. (2007). Facilitating a benign interpretation bias in a high socially anxious population. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1517-1529.
- Nayani, T.H., & David, A.S. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26, 177-189.
- Olij, R.J.B., Korrelboom, C.W., Huijbrechts, I.P.A.M., Jong, M. de, Cloin, P.A., Maarsingh, M., & Paumen, B.N.W. (2006). De module zelfbeeld in een groep: werkwijze en eerste bevindingen. *Directieve therapie*, 26, 307-325.
- Peeters, S., Korrelboom, C.W., Voermans, M., & Huijbrechts, I.P.A.M. (2005). Paniekmanagement revisited: ervaringen met een nieuwe groepsbehandeling. *Directieve therapie*, 25, 396-408.
- Pfammatter, M., Junghan, U.M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S64-80.
- Sensky, T. (2005). The effectiveness of cognitive therapy for schizophrenia: what can we learn from the meta-analyses? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 131-135.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.
- Werf, B. van der, Hermans, P., & Ree, F. van (1989). Praten met stemmen. Over het omgaan met hallucinaties. In: K. van der Velden (red.). *Directieve therapie deel 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy. Fourth edition*. Oxford: Pergamon.