



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## COMET: de behandeling van obsessies met contraconditionering

Kim Guijken, Chantal Dommanschet en Kees Korrelboom

---

**SAMENVATTING** Er wordt een experimentele methode beschreven voor het behandelen van obsessies. In Competitive Memory Training (COMET) leren patiënten met behulp van een uitgewerkt stappenplan *voelen* wat ze al *weten*, namelijk dat hun obsessies niets meer zijn dan rare, maar verder betekenisloze gedachten. De theoretische achtergronden van COMET worden uiteengezet en het protocol wordt beschreven. De toepassing van COMET wordt geïllustreerd aan de hand van enkele behandelingen. In de discussie wordt onder meer gesuggereerd dat COMET met name een goede aanvulling op exposure met responspreventie zou kunnen zijn voor het behandelen van obsessies met een vooral ‘referentieel karakter’. Dat wil zeggen dat de obsessie niet zozeer een concrete negatieve gebeurtenis voorspelt, maar dat deze veeleer een intrinsieke negatieve betekenis genereert.

---

### Inleiding

Van een obsessief-compulsieve stoornis ofwel dwangstoornis wordt gesproken, indien een patiënt last heeft van dwanggedachten, van dwanghandelingen ofwel van beide. De DSM-IV definieert dwanggedachten als aanhoudende gedachten, impulsen of voorstellingen, die als opgedrongen of misplaatst worden beleefd en die duidelijke angst of lijden veroorzaken. De patiënt probeert deze te neutraliseren of te negeren. Het gaat niet om overdreven dagelijkse zorgen en de gedachten worden niet beleefd alsof ze van buitenaf aan de patiënt worden opgelegd. Dwanghandelingen worden gedefinieerd als een zich herhalend gedrag of psychische activiteit waartoe de patiënt zich gedwon-

DRS. K. GUIJKEN werkt als cognitief gedragstherapeut i.o. voor het zorgprogramma Angststoornissen Den Haag van PsyQ, Parnassia Bavo Groep.  
Correspondentie: Stadhoudersplantsoen 2, 2517 JL Den Haag. E-mail: k.guijken@psyq.nl.

DRS C. DOMMANSCHET werkt als klinisch psycholoog i.o. voor het zorgprogramma Angststoornissen Den Haag van PsyQ, Parnassia Bavo Groep.  
DR. C.W. KORRELBOOM is hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie van PsyQ Den Haag, Parnassia Bavo Groep.

gen voelt en die bedoeld zijn om lijden te verminderen of bepaalde gebeurtenissen of situaties te voorkomen. Veelal worden dwanghandelingen gezien als een middel om de door de dwanggedachte veroorzaakte onrust te neutraliseren (Rachman, 1998).

De psychologische behandeling van obsessief-compulsieve stoornissen bestaat in eerste instantie uit exposure met behulp van responspreventie. De patiënt wordt daarbij blootgesteld (exposure) aan hetzij de uitlokkende situatie, hetzij de obsessie zelf, waarbij de neutraliserende activiteiten of compulsies niet mogen worden uitgevoerd (responspreventie) totdat de rust 'vanzelf' weer is ingetreden (Steketee, 1993). Exposure met responspreventie geldt als een bewezen effectieve behandeling voor dwangstoornis en wordt door de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (LSMR, 2003) aanbevolen als de psychologische interventie van eerste keuze. Exposure met responspreventie krijgt daarbij een lichte voorkeur boven zowel medicatie als de combinatie van exposure met responspreventie met medicatie. Met behulp van exposure met responspreventie nemen niet alleen de dwanghandelingen en andere neutraliserende activiteiten af in omvang en intensiteit, ook de emotionele impact van de obsessies wordt erdoor vermindert (Emmelkamp, Van Oppen, & Van Balkom, 2002).

Toch zijn er redenen om exposure met responspreventie niet zonder meer als de ultieme psychologische behandeling voor obsessief-compulsieve stoornis te beschouwen. Ten eerste is bij de meeste patiënten geen sprake van volledig herstel. De meeste met exposure met responspreventie behandelde dwangpatiënten blijven ook na behandeling symptomen vertonen (Craske, 1999; Wilhelm & Steketee, 2006). Ten tweede lijken bepaalde subgroepen binnen de populatie met dwangstoornis minder van exposure met responspreventie te profiteren dan andere subgroepen (Mataix-Cols, 2006). Ten derde zijn er ook dwangpatiënten die vooral obsessies hebben en niet of nauwelijks dwanghandelingen en andere compulsies. Voor deze laatste groep is exposure met responspreventie soms moeilijk te realiseren. Hoewel men deze patiënten in beginsel net zo lang en zo vaak moet blootstellen aan hun obsessies tot de angst en de onrust die de obsessies teweegbrengen zijn verdwenen (Arts, Hoogduin, Schaap, & De Haan, 1993), lijkt dit niet bij alle *obsessions only*-patiënten goed te werken (Stanley & Averill, 1998). Van Oppen en later Freeston ontwikkelden cognitieve interventies voor obsessief-compulsieve stoornis, die de behandelmogelijkheden voor patiënten met dwang zouden moeten verbreden en de resultaten van de behandeling van dwangstoornis in het algemeen zouden moeten verbeteren (Freeston, Ladouceur, Gagnon et al., 1997; Van Oppen, De Haan, Van Balkom et al., 1995). Beide behandelingen kunnen dienen als aanvulling op exposure met responspreventie, maar ze kunnen ook als monotherapie voor patiën-

ten met 'obsessions only' worden gebruikt. De bevindingen met deze experimentele behandelmethoden voor dwangstoornis zijn vooralsnog positief, al blijft exposure met responspreventie vandaag de dag nog gelden als behandeling van eerste keuze.

Een probleem met cognitieve interventies in het algemeen is dat veel patiënten na een periode van verbale uitdaging wel *weten* dat zaken anders liggen dan ze eerst dachten, maar dat ze het nog niet zo *voelen*. Traditioneel kan dan voor twee vervolgstategieën worden gekozen:

1. nog een poosje doorgaan met verbale uitdagingen totdat het gevoel van de patiënt zijn gezonde verstand hopelijk wel gaat volgen. De geloofwaardigheid van alternatieve functionele gedachten zou door deze herhaling worden versterkt;
2. overgaan naar gedragsexperimenten om zo die geloofwaardigheid via 'lijfelijke ondervinding' te versterken.

Over het algemeen wordt aan de tweede optie de voorkeur gegeven om disfunctionele cognities niet alleen op intellectueel, maar ook op 'gevoelsmatig' niveau te corrigeren. Patiënten met zogenaamde *harming obsessions* die menen dat ze niet aan bepaalde negatieve gebeurtenissen mogen denken omdat die dan wel eens werkelijkheid zouden kunnen worden, moeten in zo'n gedragsexperiment bijvoorbeeld nagaan of het heel sterk denken aan het winnen van de loterij, ook daadwerkelijk leidt tot geldelijk gewin.

Om optimaal te kunnen renderen, moeten de exposureprocedures in dat geval wel iets anders worden opgezet. Dwangpatiënten moeten dan, bijvoorbeeld, niet uitsluitend het controleren van deuren en ramen achterwege laten (exposure met responspreventie), ze moeten ook vooraf voorspellingen doen over de negatieve consequenties van het nalaten van dergelijke controles en ze moeten achteraf nagaan in hoeverre die voorspellingen daadwerkelijk zijn uitgekomen (gedragsexperiment). Recent werd geïllustreerd dat bij een groep paniekpatiënten een 'gedragsexperimentachtige' rationale voor exposure in vivo effectiever was dan de meer traditionele 'habituatie-rationale' (Salkovskis, Hackmann, Wells, Gelder, & Clark, 2006). Probleem is echter dat niet iedere disfunctionele cognitie zich evengoed leent voor een gedragsexperiment. Gedragsexperimenten lijken het beste te werken bij het falsificeren van disfunctionele verwachtingen. Wie, ten onrechte, meent dat het uitvoeren of juist nalaten van bepaalde gedragingen tot feitelijke negatieve consequenties zal leiden, kan deze cognitie corrigeren door het betreffende gedrag expliciet juist wel of juist niet uit te voeren om zo aan den lijve te ondervinden dat hetgeen hij vreest, in werkelijkheid niet gebeurt (Van den Hout, 1996).

Bij cognities echter die niet primair een (disfunctionele) verwachting impliceren, lijken gedragsexperimenten niet de meest adequate inter-

ventie te zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer een patiënt meent dat de intrusie 'iemand willen vermoorden' impliceert dat hij 'een slecht mens' is. Zulke intrusies doen de patiënt immers niet in de eerste plaats, laat staan uitsluitend, verwachten dat allerlei nare consequenties daadwerkelijk zullen gaan plaatsvinden. 'Een slecht mens zijn' is (ook) op zichzelf een onacceptabele en angstwekkende constatering. Wie geen concrete negatieve disfunctionele verwachtingen vooraf heeft, kan natuurlijk ook niet achteraf op zinvolle wijze nagaan in hoeverre deze zijn uitgekomen, zoals bij gedragsexperimenten gebruikelijk is.

Om deze reden is een andere interventie ontwikkeld om disfunctionele cognities op 'gevoelsmatig' niveau te corrigeren: *Competitive Memory Training* (COMET). Inmiddels zijn voor verschillende soorten problemen COMET-protocollen ontwikkeld (Van der Gaag & Korrelboom, 2006; Korrelboom & Ten Broeke, 2004; Korrelboom, Visser, & Ten Broeke, 2004; Olij, Korrelboom, Huijbrechts et al., 2006). COMET is mede gebaseerd op de principes van contraconditionering en heeft tot doel om de patiënt te laten 'voelen' wat hij al 'weet'. Daartoe wordt gebruik gemaakt van 'experientiële', op de experimentele psychologie gebaseerde technieken (Korrelboom, 2000). Het idee van Brewin (2006) volgend, dat in het geheugen diverse betekenissen zijn geassocieerd met objecten, gebeurtenissen en situaties; dat die verschillende betekenissen als het ware met elkaar in competitie zijn om in specifieke situaties en op specifieke momenten te worden geactiveerd; en dat het erom gaat dat de op dat moment en in die situatie meest adequate en functionele betekenis de grootste kans heeft daadwerkelijk te worden geactiveerd, is COMET erop gericht om juist dat laatste te beïnvloeden. In de erkenning dat diverse processen op deze door Brewin beschreven *retrieval competition* van invloed zijn, wordt ervan uitgegaan dat emotionele geladenheid een belangrijke factor is. Emotioneel beladen gebeurtenissen zijn opvallender en worden daardoor gemakkelijker herinnerd dan gebeurtenissen die zo'n emotionele lading missen. In COMET wordt daartoe de emotionele lading van functionele, maar voor de patiënt nog moeilijk activeerbare betekenissen eerst versterkt en daarna, met behulp van contraconditioneringsprocedures, gekoppeld aan situaties en gebeurtenissen die tot dan toe vooral disfunctionele betekenissen activeerden. Dit versterken en koppelen gebeurt in een uitgewerkt stappenplan, waarbij de patiënt gedurende de sessies en als huiswerk allerlei oefeningen moet doen.

Er is ook een COMET-protocol uitgewerkt voor het behandelen van obsessies. Dit protocol onderging inmiddels een eerste test in een ongecontroleerde pilotstudie. Bij 17 dwangpatiënten die, gemiddeld

genomen, al langer dan een halfjaar werden behandeld met reguliere methoden als exposure met responspreventie en medicatie en die daar onvoldoende baat bij hadden gevonden<sup>1</sup>, werden 7 sessies COMET aan hun behandeling toegevoegd. Na deze kortdurende toevoeging bleken niet alleen significante en grote veranderingen te zijn opgetreden in de dwangsymptomatologie, ook algemene angst, depressiviteit en veerkrachtvariabelen als autonomie en sociaal optimisme verminderden sterk (Korrelboom, Van der Gaag, Hendriks, Huijbrechts, & Berretty, 2008).

Dit artikel gaat in op de praktische uitvoering van COMET voor obsessies. Eerst zal een beschrijving worden gegeven van het protocol, daarna wordt de praktische werkwijze ervan geschetst aan de hand van enkele patiënten die aan het eerder genoemde onderzoek hebben meegedaan.

#### Beschrijving van het protocol

Het protocol is opgedeeld in zes stappen, die in een reeks van normaal gesproken zeven wekelijkse zittingen worden doorlopen. Gedurende deze periode moet de patiënt de obsessies registreren.

##### *Stap 1. Psycho-educatie en rationale*

De eerste stap bestaat uit psycho-educatie over obsessies en uitleg van de rationale achter COMET. Obsessies worden beschreven als 'zomaar rare gedachten die niets belangwekkends zeggen over de persoon of over zijn leven'. Vrijwel ieder mens heeft wel eens zulke rare gedachten. Zij worden pas een probleem voor wie denkt dat die rare gedachten een persoonlijke betekenis hebben. Wie vervolgens bang wordt voor zijn eigen rare gedachten, gaat proberen om deze zoveel mogelijk te vermijden of te onderdrukken. Onderdrukken en vermijden werken echter niet bij gedachten, zodat deze steeds vaker terugkomen, daardoor steeds betekenisvoller worden en zodoende steeds angstwekkender worden. De dwangpatiënt raakt op die manier gevangen in een vicieuze cirkel.

Aan de patiënt wordt vervolgens uitgelegd dat COMET deze cirkel wil doorbreken. De patiënt moet niet alleen gaan *weten*, hij moet vooral ook gaan *voelen* of *ervaren* dat de persoonlijke betekenis die

<sup>1</sup> Onvoldoende baat wilde hier zeggen dat ze a) nog steeds een diagnose dwangstoornis hadden en dat ze b) een score hoger dan 7 hadden op de Y-BOCS sub-schaal obsessies.

aan de obsessies wordt toegekend, niet klopt. Daartoe worden zogenaamde 'tegenbewijzen' gezocht en vooral beter 'voelbaar' gemaakt. Op die manier moet de patiënt gaan ervaren dat obsessies niets meer zijn dan 'zomaar rare gedachten die niets hebben te betekenen'.

De patiënt leert tijdens COMET niet alleen om de oude betekenis van obsessies gevoelsmatig te ontcrachten, hij leert in een vervolgstap ook om meer afstand te nemen van de rare gedachten. Zodra het eenmaal lukt om obsessies als betekenisloos te gaan zien en wanneer het lukt om er meer afstand van te nemen, kunnen de dwanghandelingen gemakkelijker achterwege worden gelaten, kan er minder aandacht uitgaan naar de obsessies en kunnen deze steeds verder afnemen in frequentie en emotionele impact.

#### *Stap 2. Disfunctionele betekenis onderzoeken*

In de tweede stap wordt preciezer onderzocht welke disfunctionele persoonlijke betekenis de patiënt aan zijn obsessie toekent: 'Wat zegt deze gedachte over mij als persoon of over mijn leven of de wereld waarin ik leef?' Die betekenis is vaak 'een slecht mens zijn', 'een slechte ouder zijn', 'schuldig zijn', 'onberekenbaar zijn' of 'onbetrouwbaar zijn'. De volgende vraag aan de patiënt is of dit klopt. Is hij er werkelijk van overtuigd slecht of schuldig te zijn? Wanneer die overtuiging niet 100% is, wordt meteen doorggevraagd naar de redenen voor zijn twijfel: 'Waaruit blijkt dan dat hij misschien niet door en door slecht of schuldig is?'

#### *Stap 3. Tegenvoorbeelden uitwerken*

In de derde stap worden deze tegenvoorbeelden verder uitgewerkt. Er wordt naar concrete persoonlijke illustraties gezocht, die de negatieve betekenis van de obsessies weerspreken. Die illustraties hebben dus betrekking op het (positieve) tegenthema. Wanneer het thema van de obsessie 'slecht zijn' is, wordt het tegenthema bijvoorbeeld 'goed en hulpvaardig zijn'. De patiënt zoekt dan naar concrete en persoonlijke ervaringen en voorbeelden waarin hij een 'goed en hulpvaardig mens' is of was. Deze persoonlijke illustraties worden als huiswerk zo gedetailleerd mogelijk genoteerd. Criterium is hierbij dat de patiënt de aard en de betekenis van de gevonden illustraties als juist en waar accepteert.

#### *Stap 4. Voelbaar maken van tegenvoorbeelden*

Nadat deze eerste drie stappen zijn afgerond, gaat het COMET-protocol over in twee onderscheiden fases. In de ene wordt de *inhou-*

*delijke* betekenis van de obsessie gecorrigeerd en in de andere de *betrokkenheid* van de patiënt op die betekenis. Concreet worden, met betrekking tot de *inhoudelijke* betekenis (stap 4), de eerder verzamelde tegenvoorbeelden voelbaar gemaakt. Hiertoe wordt gebruikgemaakt van imaginatie, zelfverbalisatie en motoriek in de vorm van houding en gelaatsuitdrukking. In diverse onderzoeken is gebleken dat emotie en attitude ten opzichte van situaties en gebeurtenissen kunnen worden beïnvloed door imaginatie, verbalisaties, houding en gelaatsuitdrukking doelbewust en gericht te manipuleren (Camras, Holland, & Patterson, 1993; Lang, 1985; Lange, Richard, Gest, De Vries, & Lodder, 1998; Schnall & Laird, 2003; Segal, Gemar, & Williams, 1999).

De patiënt oefent in de sessie en vervolgens thuis om de positieve incompatibele betekenis zo goed mogelijk voelbaar te maken. Hij maakt zich een zo concreet mogelijke voorstelling van de goede aspecten van zijn leven (bijvoorbeeld in het geval dat de obsessie betekent dat zijn leven 'waardeloos' is), van zijn positieve eigenschappen (bijvoorbeeld als de obsessie betekent dat hij een 'slecht mens' is) of van waardevolle kanten van de wereld om hem heen (als de obsessie bijvoorbeeld zou betekenen dat de wereld 'rot' is). Bij die positieve beelden en imaginaties neemt hij een houding en gelaatsuitdrukking aan die dat positieve ondersteunen en hij (sub)vocaliseert zelfverbalisaties die datzelfde doen. Deze stap wordt een aantal keren herhaald.

#### *Stap 5. Contraconditionering*

Ten slotte komt in deze eerste COMET-fase stap 5, de contraconditionering. Nadat de patiënt opnieuw zijn tegenthema ('een goed en hulpvaardig mens zijn') heeft opgeroepen, laat hij de obsessie toe. Wanneer de obsessie vooral een verbaal karakter heeft, wordt de positieve zelfverbalisatie losgelaten en vervangen door de obsessie. Wanneer daarentegen de obsessie eerder een beeldachtig karakter heeft, wordt de positieve imaginatie losgelaten en vervangen door de obsessie. De andere positieve elementen (houding, gelaatsuitdrukking en beeld, of houding, gelaatsuitdrukking en zelfverbalisatie) blijft de patiënt echter vasthouden, terwijl hij zijn obsessie activeert.

In stap 5 moet de obsessie uiteindelijk in een positieve gemoedstoestand worden toegelaten, opdat kan worden ervaren dat obsessies 'zomaar rare gedachten zijn die niets zeggen over de persoon, het leven of de wereld van de betrokkene'. Deze stap wordt een aantal keren herhaald, totdat de obsessie als min of meer betekenisloos kan worden gezien en de emotionele lading ervan dus is verminderd.



*Stap 6. Betrokkenheid verminderen*

In de tweede fase van COMET (stap 6 inmiddels) gaat het erom de betrokkenheid van de patiënt ten opzichte van zijn obsessie te verminderen. Deze keer is het doel om zich (emotioneel) te leren distantiëren van de obsessie.

In deze stap wordt opnieuw contraconditionering toegepast, waarbij dezelfde emotieversterkende principes (imaginatie, motoriek en zelfverbalisatie) worden gebruikt als in de eerste COMET-fase. Deze keer moeten zij echter een andere emotionele toestand, namelijk 'afstand' of 'onverschilligheid', stimuleren. Aan de patiënt wordt gevraagd om zijn obsessies opnieuw doelbewust op te roepen. Zodra de obsessie er is, moet hij deze keer een houding en gelaatsuitdrukking aannemen, die afstand en onverschilligheid induceren: onderuitzakken, schouders ophalen, verveeld kijken, geeuwen, vermoeide wegwerpgebaren maken. Hij moet die houding ondersteunen met passende zelfverbalisaties: 'dit wordt saai', 'boeiend', 'heb je dat suffe geneuzel weer'.

Waar de obsessie een beeldende vorm heeft of eenvoudig in beelden kan worden gevat, kan de patiënt proberen imaginair het beeld te veranderen: kleiner maken ('uitzoomen'), onscherp maken (*blurren*), of 'vergeven' (zoals bij oude analoge foto's). Met deze manipulaties van de imaginatie moet de patiënt zichzelf duidelijk maken dat de obsessie een onbelangrijke gedachte is. Waar de obsessie vooral een verbaal karakter heeft, kan de patiënt, om het beeld te veranderen, zich een voorstelling maken van een acteur die op het toneel de obsessie staat te declameren. Van die acteur kan hij vervolgens imaginair een oninteressante of belachelijke figuur proberen te maken of hij kan als toehoorder zichzelf onverschillig en ongeïnteresseerd imaginair terugtrekken naar de achterste banken van het theater. Ook deze imaginaire manipulatie is weer bedoeld om de betrokkenheid van de patiënt op de obsessies (verder) te minimaliseren. Ook deze stap wordt een aantal keren herhaald, totdat de obsessie met een zekere afstandelijkheid kan worden bekeken.

In schema 1 worden de verschillende stappen van het COMET-protocol nog eens beknopt weergegeven.

Schema 1. De stappen van het COMET-protocol

- *Stap 1.* Psycho-educatie over obsessies en rationale:
  - Leren voelen wat je al weet: ‘obsessies zijn slechts rare gedachten, die niets zeggen over wie je bent’.
- *Stap 2.* Thema van de obsessie bepalen:
  - ‘Wat zegt deze gedachte over mij als persoon of over de wereld waarin ik leef?’
- *Stap 3.* Tegenthema bepalen en verzamelen van concrete voorbeelden van dit tegenthema.
- *Stap 4.* Voelbaar maken van deze voorbeelden:
  - Inzetten van imaginatie, zelfverbalisatie en motoriek in de vorm van houding en gelaatsuitdrukking.
- *Stap 5.* Contraconditionering op betekenis:
  - Met positief gevoel oproepen van obsessie.
- *Stap 6.* Contraconditionering om de betrokkenheid van patiënt op de obsessie (verder) te minimaliseren:
  - Afstand nemen door obsessie op te roepen met onverschillig gevoel.

Klinische illustraties

Hieronder wordt de COMET-behandeling besproken van drie patiënten, die in meerdere (casus 1 en 3) of mindere (casus 2) mate opknapten tijdens de pilotstudie waaraan eerder werd gerefereerd. In dat onderzoek werden, onder andere, de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS; Goodman, Price, Rasmussen et al., 1989), de Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) en de Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) afgenomen.

De behandelingen van de drie patiënten verlopen verschillend. De casus van André verloopt redelijk voorspoedig en hij heeft aanzienlijk baat bij de behandeling. De volgende casus waarin Mascha wordt besproken, wordt onderbroken door een crisis en de therapeut wijkt bij hervatting af van de stappen die het protocol voorschrijft. De laatste casus gaat over Jan, met wie de therapeut probeert uit de strijd te blijven.

‘Ik zal toch niet iemand met aids besmetten?’

André is een 35-jarige man die zich aanmeldt met twijfelzucht en perfectionisme. Hij vertelt dat hij bang is besmet te raken met aids of een andere ziekte en vervolgens anderen te zullen besmetten. Uit angst voor ziekten wast hij vaak zijn handen, maakt hij vaak schoon en durft hij bijvoorbeeld het fruit uit de supermarkt niet te eten zonder dit eerst grondig te hebben geïnspecteerd en schoongemaakt. Zijn angst is dat er bloed aan zit. De DSM-IV-classificatie luidt: obsessieve compulsieve stoornis. Binnen het reguliere zorgprogramma is hij gedurende een halfjaar behandeld in onder andere een exposure-met-responspreventieoefengroep en in een cognitievetraininggroep. Wanneer dit tot onvoldoende verbetering blijkt te leiden, wordt hij aangemeld voor het COMET-protocol, als aanvulling op deze reguliere behandeling.

Na psycho-educatie en rationale wordt vastgesteld welke obsessies momenteel spelen. Zijn voornaamste obsessie houdt in dat hij aids zal krijgen, daarmee anderen zal besmetten en dat dit dan zijn schuld is. André kan zich vinden in het uitgangspunt dat ‘obsessies niets meer zijn dan rare gedachten, die niets zeggen over de persoon of zijn leven of de wereld waarin deze persoon leeft.’

André moet het vóórkomen van de obsessies registreren op een daarvoor bestemd formulier en hij moet zich over de betekenis ervan bezinnen: ‘wat zegt de obsessie over jou of de wereld om je heen en is dit terecht?’ en (indien dit onterecht is): ‘hoe ben jij of hoe is die wereld om je heen dan wel?’ Gedurende de gehele COMET-training blijft André deze registraties uitvoeren.

Analyse van de registraties maakt duidelijk dat het bij André in alle obsessies draait om het thema: ‘Ik ben een slecht mens.’ Dit thema wordt beschouwd als de speciale negatieve persoonlijke betekenis van de obsessie. Vanuit zijn gezonde verstand geredeneerd vindt hij deze stelling echter onterecht en hij bepaalt als tegenthema dan ook: ‘Ik ben een goed mens.’ André schrijft vervolgens een aantal concrete voorbeelden op waaruit blijkt dat hij een goed mens is.

Vervolgens wordt het tegenthema ‘ik ben een goed mens’ in enkele tussenstappen beter voelbaar gemaakt. Als illustratie van ‘een goed mens zijn’ kiest André een moment dat hij zijn broer van adviezen kon voorzien, toen deze een probleem had. Hij is hier trots op. Met behulp van imaginatie (op de bank met zijn broer aan de telefoon), houding en gelaatsuitdrukking (krachtig rechtop zitten, de kin omhoog en een glimlach op zijn gezicht)

en zin ('ik ben een goed mens') kan hij het positieve gevoel inderdaad oproepen. Gedurende de week die volgt, oefent hij dit 5 x 5 minuten per dag.

Dan vertelt André moeite te hebben met het zeggen van de zin: 'Ik ben een goed mens.' Het komt op hem nogal ongeloofwaardig over. Kennelijk drukt de zin iets uit dat op het moment veel krachtiger is dan wat hij voelt. Om hieraan tegemoet te komen, wordt in de zitting geoefend met nog andere voorbeelden van 'een goed mens zijn' en met grootsere, wat meer 'gedramatiseerde' motorische expressies van trots en zelfrespect in houding en gelaatsuitdrukking. De geloofwaardigheid van 'een goed mens zijn' wordt hiermee sterker. Dit oefent André veelvuldig thuis en in de volgende zitting kan hij het tegenthema goed voelen. Als volgende stap (de contraconditionering) moet André eerst weer het tegenthema oproepen, vervolgens de houding en zin vasthouden en ten slotte het positieve beeld vervangen door het beeld van de obsessie. Als obsessief beeld gebruikt hij een telefoongesprek met de dokter, waarin deze André vertelt dat hij aids heeft. Aids hebben betekent voor André dat hij een slecht mens is; hij heeft het niet kunnen voorkómen, het is zijn eigen schuld. Aanvankelijk vindt André het erg eng om naar het beeld te kijken en de spanning loopt dan ook behoorlijk op. Hij kan zijn eerder geactiveerde incompatibele positieve houding en gelaatsuitdrukking en zin niet vasthouden. André kan de obsessie blijkbaar niet meteen zien als 'zomaar een rare gedachte'. De therapeut verzoekt André opnieuw de krachtige houding van het tegenthema aan te nemen. Wanneer de spanning bij het oproepen van de obsessie opnieuw te hoog oploopt, schakelt hij weer terug naar het beeld van het tegenthema (het telefoongesprek met zijn broer). Bij de derde keer oproepen van het obsessieve beeld is de spanning wat minder en houdt André de positieve houding en zin wel goed vast, terwijl hij zich het telefoongesprek met de dokter voorstelt. Thuis oefent hij deze procedure 5 x 5 minuten per dag.

Na het oefenen thuis ervaart hij een spanning van 5 (op een schaal van 1-10, waarbij 10 de hoogst mogelijke spanning aangeeft) wanneer hij de obsessie activeert. Eerder liep dit meestal op tot 7. Nu de inhoudelijke implicatie van de obsessie ('ik ben een slecht mens') enigszins is verminderd, moet in de volgende fase met afstand naar de obsessies worden gekeken: met een onverschillige houding, gelaatsuitdrukking en zin. André kiest ervoor om het beeld van de obsessie op een denkbeeldig podium te zetten en daar afstand van te nemen door steeds verder achter in de zaal te gaan zitten in een onverschillige

houding. André is ook in het dagelijkse leven niet gewend om onverschillig te doen en zit altijd op het puntje van zijn stoel. Omdat hij bij het thuis oefenen zichzelf moeilijk op een podium kan zien staan waar hij vervolgens afstand van moet nemen, zet hij zijn echtgenote op het podium, die het nieuws krijgt dat ze via André met aids besmet is geraakt. Ook deze gedachte maakt hem erg angstig. Dat hij haar heeft besmet, maakt hem immers tot een slecht mens. Zodra hij echter met behulp van zijn lichaamshouding, gelaatsuitdrukking en zelfverbalisatie onverschilligheid kan voelen (niet over het nieuws dat zijn vrouw krijgt, maar over het idee dat dit nieuws een persoonlijke betekenis voor hem heeft), neemt de spanning echter weer af. In de evaluatie na COMET vertelt André dat hij aanzienlijk meer is gaan geloven dat hij een goed mens is, zodat hij zekerder is over zichzelf. In vergelijking met de 'traditionele' cognitieve training, die hij eerder volgde, zegt hij dat COMET direct zijn gevoel heeft aangepakt. Dat heeft hem naar zijn idee goed geholpen. In de vragenlijsten die ten behoeve van de pilotstudie zijn afgenomen, is zijn YBOCS-score (dwangstoornis) gedaald van 16 naar 13, zijn BAI-score (algemene angst) van 20 naar 15 en zijn BDI-score (depressiviteit) van 30 naar 11. André had na afronding van COMET nog een paar contacten met zijn behandelaar, waarna hij kon worden uitgeschreven.

'We zullen toch niet vreemdgaan?'

Wanneer Mascha zich aanmeldt voor behandeling bij de afdeling Angststoornissen, is zij ten einde raad: haar belangrijkste levensgebieden worden door haar dwangklachten zodanig verstoord dat zij af en toe het leven helemaal niet meer ziet zitten. Mascha is een 20-jarige studente die nog bij haar ouders en zus thuis woont en die sinds twee jaar een relatie heeft met Floris. Volgens haar ouders is Mascha al van jongs af aan bijzonder gewetensvol en bovenmatig verantwoordelijk. Als belangrijkste klacht noemt Mascha dat zij wordt overvallen door 'negatieve gedachten'. Deze gedachten hebben voornamelijk betrekking op haarzelf en de mensen die voor haar belangrijk zijn. De gedachten zijn intrusief en dikwijls agressief of seksueel van aard. Voorbeelden durft Mascha tijdens het intakegesprek nauwelijks te noemen, omdat zij zich er te zeer voor schaamt. De gevolgen van deze gedachten zijn dat zij zich steeds meer terugtrekt uit sociale contacten en situaties. Zo gaat zij bijna niet meer naar colleges. Ook uitgaan met vriendinnen is er nauwelijks nog bij

en zij vraagt zeer regelmatig geruststelling en bevestiging aan haar vriend, haar ouders en haar zus.

Na intake wordt de hoofddiagnose gesteld op obsessieve-compulsieve stoornis, secundair lijkt er sprake van een depressieve episode, eenmalig, matig van ernst. De diagnose op as II wordt vooralsnog uitgesteld. Mascha wil pertinent niet in de groepstrainingen die op de afdeling gebruikelijk zijn en zij wil evenmin medicatie gebruiken. Daarom wordt meteen gestart met het COMET-protocol.<sup>1</sup> Eerst worden de belangrijkste dwanggedachten geïnventariseerd. Na haar eerste aarzeling en schaamte, lukt dit redelijk. De kern van haar obsessies lijkt te zijn dat zijzelf of Floris zal vreemdgaan. Zij is hier zo mee bezig dat zij al haar eigen gangen probeert na te trekken in haar hoofd: 'Heb ik die ene jongen in de collegezaal niet te lang aangekeken? Als dat wel zo is, betekent dat dan dat ik met hem wil vreemdgaan?' Ook de gangen van haar vriend probeert zij na te trekken: 'Wat heeft Floris allemaal precies gedaan toen hij uitging met zijn vrienden, waar zijn zij geweest en wie waren daarbij aanwezig?' Zij onderwerpt hem enerzijds aan ondervragingen en probeert aan hem anderzijds geruststelling en bevestiging te ontlokken. De preoccupaties met vreemdgaan, het piekeren hierover, het najagen van geruststelling en het controleren – door ten minste één telefoontje per uur – nemen meer dan acht uur per dag in beslag.

De vraag naar de betekenis van haar dwanggedachten vindt Mascha lastig te beantwoorden, omdat ze wel wéét dat zijzelf en haar vriend te vertrouwen zijn en niet vreemd zullen gaan. De lichtste suggestie dat die zekerheid wellicht toch niet helemaal optimaal is, wijst zij van de hand. Ze zegt dat zij 'zou willen dat iedereen transparant was en volkomen open en eerlijk over zijn gedachten, motieven en wensen. Dat zou het leven een stuk eenvoudiger maken!' Vervolgens wordt overeengekomen dat de kern van Mascha's obsessies moet worden gezocht in het voor haar beangstigende idee dat de wereld, de mensen om haar heen en zijzelf misschien ook wel, onvoorspelbaar zijn en dat zij daarover geen controle heeft. Als tegenthema formuleert Mascha: 'De wereld, de mensen om mij heen en ikzelf, zijn tot op zekere hoogte wel voorspelbaar.'

Na de derde zitting raakt Mascha echter in een crisis. Zij uit zich in het bijzijn van haar ouders suïcidaal en wekt de indruk

<sup>1</sup> Deze patiënte heeft wel de bij het pilotonderzoek behorende vragenlijsten ingevuld, maar was zelf niet in deze studie geïnccludeerd.

van het balkon te willen afspringen. De aanleiding voor de crisis is niet helemaal duidelijk, maar lijkt in de relationele sfeer te liggen. Voordat zij zich aanmeldde, zijn er meer van dit soort incidenten geweest. Er lijkt geen verband te bestaan tussen de start van COMET en de crisis. Er volgt een crisisconsult bij de psychiater, waarin, tegen Mascha's aanvankelijke wens in, tot medicatie wordt besloten. COMET wordt tijdelijk onderbroken en de individuele sessies zijn een poosje vooral ondersteunend en structurerend van aard.

Wanneer Mascha stabiel is, zegt ze weer verder te willen gaan met COMET. Het zoeken naar voorbeelden van het tegenthema, waarin de relatieve voorspelbaarheid van mensen naar voren zou moeten komen, blijkt echter lastig. Dikwijls probeert Mascha de therapeut te overtuigen van haar opvatting dat iedereen altijd open en eerlijk zou moeten zijn en dat de wereld er dan veel mooier zou uitzien. De therapeut probeert telkens Mascha terug te halen naar haar eigen concrete leven en ervaringen, en de intellectualistische bespiegelingen en uitweidingen zoveel mogelijk te beperken. Hierdoor en door de diverse grotere en kleinere crisissen die Mascha gedurende de behandeling doormaakt, is het stapsgewijs volgen van het protocol vrijwel onmogelijk. De therapeut verlaat op een gegeven moment het protocol en maakt de opmerking: 'Als je eenmaal weet dat één en één twee is, hoef je dat ook niet iedere keer weer op een telraam na te tellen.'

Deze analogie lijkt boven verwachting aan te slaan bij Mascha. Zij zegt: 'Ik weet dat het goed zit tussen mij en Floris, dus dat hoef ik niet elke keer meer helemaal uit te spitten'. Deze constatering zorgt voor een flinke vermindering van de dwanghandelingen en wanneer een dwanggedachte optreedt, hoeft zij alleen 'één en één is twee' te denken en dan zakken de onrust en spanning die eerder op een dergelijke dwanggedachte volgden, snel weer terug.

Door het succes van de min of meer toevallige 'één-plus-één-is-tweeopmerking' van de therapeut lijkt stap 6 van het protocol (afstand nemen) de meest logische en praktische manier om de behandeling van Mascha te vervolgen. De stappen 4 en 5 waarin de betekenis van de obsessie wordt beïnvloed, worden daarom overgeslagen.

Mascha oefent vanaf dat moment direct met het tegenthema onverschilligheid ten opzichte van de obsessie. Dit houdt in dat zij vijf keer per dag bewust een dwanggedachte met betrekking tot haar relatie met Floris oproept, waarbij zij een onverschillige houding aanneemt en bij zichzelf 'boeiend' denkt. Zij probeert daarbij in gedachten fysieke afstand te scheppen tussen het beeld

van de obsessie en zichzelf. Zo stelt zij zich voor dat zij een toneelstuk ziet van Floris die uitgaat met vrienden, waarbij zij onderuitgezakt op de achterste rij in het theater zit en luid gapend denkt 'niet boeiend dit stuk, ik weet toch wel dat het tussen ons goed zit.' Dit lukt haar tamelijk goed.

Hoewel Mascha zegt dat ze baat heeft bij de interventie en hoewel de therapeut de indruk heeft dat dit inderdaad het geval lijkt te zijn, komt deze verbetering niet tot uitdrukking op de vragenlijsten die Mascha voor en na COMET invulde. Zowel algemene angst (BAI), depressiviteit (BDI) als dwangproblematiek (YBOCS) blijft min of meer onveranderd. Ook kan met enig recht de vraag worden gesteld of Mascha niet bezig is haar oude dwang (controleren en geruststelling vragen) te vervangen door een nieuwe: magischachtige bezweringsformules ('één plus één is twee', 'ik weet dat het goed zit tussen ons'). Na afronding van COMET wordt zij nog enkele maanden doorbehandeld, waarna zij met onduidelijk resultaat wordt ontslagen.

'Ik zal toch geen monster zijn?'

Jan meldt zich aan bij COMET vanwege hardnekkige en hinderlijke intrusies. Jan is inmiddels ruim een halfjaar in behandeling op de afdeling Angststoornissen. Voor zijn smetvrees heeft hij met behulp van exposure en responspreventie in groepsverband een redelijke klachtreductie bereikt. Zijn gewelddadige obsessies zijn echter onveranderd. Hij durft deze in de groep niet goed te bespreken.

Jan is een vriendelijke, getrouwde man van 42 jaar. Hij werkt parttime bij een grote supermarkt en zorgt tweeënhalve dag per week voor zijn 11-jarige dochter. De gewelddadige obsessies vindt hij helemaal niet bij zijn vredelievende karakter passen en hij maakt zich hierover dan ook grote zorgen: 'Wat betekenen die gedachten, wat ben ik voor een monster?' Deze dwanggedachten treden vaak op na een gewelddadig bericht in de media, maar ogenschijnlijk ook dikwijls uit het niets. Jan wordt dan dagenlang diverse keren per dag overvallen door gruwelijke beelden, waarvan hij enerzijds erg schrikt, terwijl hij zich anderzijds realiseert dat deze beelden uit zijn eigen brein voortkomen. Hierdoor raakt hij nog meer van slag: 'Wat voor een zieke geest heb ik wel niet om zulke dingen te bedenken?' Jan heeft geen idee waar deze gedachten vandaan komen en heeft er slechts één verklaring voor: 'Er is iets ernstig mis met mij.' Jan gaat naast de reguliere behandeling voor dwangklachten – exposure en



responspreventie in groepsvorm – een individuele module COMET volgen.

Ook Jan inventariseert eerst alle gewelddadige dwanggedachten die voor hem bijzonder schaamtevol en belastend zijn. Hij durft regelmatig zijn obsessies niet op het registratieformulier te noteren en volstaat met enkele kreten en half afgemaakte woorden. Vertwijfeld vraagt Jan de therapeut wat hiervan het nut is: 'Het lijkt alleen maar erger te worden!' Ook na hernieuwde uitleg van de rationale en de opzet van het protocol blijft Jan volharden in het slechts half opschrijven van zijn obsessies. De therapeut besluit om er niet over te gaan strijden en gaat door met de volgende stap van het protocol: 'Wat zegt deze gedachte over jou als persoon of over de wereld om je heen?' Jan is hier al snel uit: 'Dat ik niet normaal ben, dat ik een monster ben.' Hij vertelt dat hij eigenlijk al heel lang vindt dat hij abnormaal is en dat de agressieve obsessies dat idee alleen maar bevestigen.

Jan formuleert als tegenthema: 'Ik ben in wezen een goed mens, net als ieder ander.' Er wordt met hem gezocht naar voorbeelden van 'een goed mens zijn'. Dat verloopt voorspoedig. Hij vindt het een leuke opdracht, maar hij gelooft het eigenlijk niet, zegt hij. Daarom worden nogmaals de rationale en werkwijze uitgelegd: verstandelijk weet hij misschien wel dat hij geen monster is, maar gevoelsmatig is dit verstandelijke weten nog onvoldoende verankerd. Daarom wordt dit voelen versterkt door het regelmatig oproepen van het tegenthema met behulp van een beeld, een houding en een zin. Voor Jan bestaat dit voelbaar maken van zijn tegenthema uit het visualiseren van het thuiskomen van zijn dochtertje uit school, het enthousiasme dat zij uitstraalt wanneer zij Jan ziet en het goede gevoel dat Jan daarbij ervaart. Hij bekrachtigt dit beeld met de zelfspraak: 'Ik ben een goede vader en een goed mens.' Hij voegt er tevens een zelfverzekerde houding aan toe. Minimaal vijf keer per dag oefent Jan in het oproepen van het tegenthema en wanneer dit hem gemakkelijk afgaat, wordt de volgende stap in het protocol gezet: de feitelijke contraconditionering.

Voor Jan is het zich opzettelijk blootstellen aan gruwelijke gedachten moeilijk. Hij begrijpt de rationale achter het protocol, maar eigenlijk zou hij deze stap het liefst overslaan. Wanneer hij uiteindelijk toch een dwanggedachte durft op te roepen en er inderdaad een andere gevoelsmatige wending aan kan geven door zijn tegenthema toe te passen, is hij opgelucht en trots. Hij vindt dat hij hiermee eigenlijk wel voldoende heeft geoefend en is moeilijk aan te sporen om deze oefening de komende periode

vijf keer daags gedurende zeven dagen per week te doen. Hij vraagt of hij het geleerde niet gewoon mag toepassen als de obsessie optreedt. De therapeut vertelt hem dat hij uiteraard het geleerde kan toepassen wanneer de obsessie optreedt, maar dat een geoefend mens nu eenmaal voor twee telt. Als Jan goed en frequent oefent, zal hij spontaan optredende obsessies steeds beter het hoofd kunnen bieden. Bovendien zal het oefenen er naar verwachting toe leiden dat de obsessie minder belangrijk wordt, zodat de frequentie en intensiteit ervan zullen afnemen. Jan besluit uiteindelijk om deze oefening minimaal eenmaal per dag te doen.

In de laatste stap oefent Jan met het oproepen van onverschilligheid ten opzichte van de obsessie. Voor hem werkt contraconditioneren op betekenis echter beter. Het blijft voor hem moeilijk om zijn gewelddadige gedachten als 'zomaar rare gedachten' te zien en het blijft voor hem nodig om daar actief illustraties tegenover te stellen, die het tegendeel onderstrepen. In deze fase lijkt het doorlopen van het protocol enigszins te stagneren: er is enige klachtreductie, maar het tegen zijn obsessie ingaan kost Jan veel tijd en moeite, waardoor de lijdensdruk onverminderd hoog blijft.

In de laatste COMET-sessie wordt duidelijk dat er nog een ander thema speelt, waarover Jan tot dan toe niet heeft durven praten. Mogelijk is dat thema wel van invloed op de betekenis die hij toekent aan zijn obsessie. Jan blijkt samen met zijn vrouw al jaren aan sm te doen en heeft hierover sterk ambivalente gevoelens. Hij ziet zijn sm-praktijken als bewijs dat hij wel degelijk afwijkend is.

Jan zegt na afloop beslist iets aan COMET te hebben gehad. Zijn agressieve obsessies zijn minder frequent en boezemen hem minder angst in, terwijl zijn angst om een monster te zijn, is afgenomen. Op de in het kader van de pilotstudie afgenomen vragenlijsten scoort Jan lager op de YBOCS (25 naar 17) en op de BAI (24 naar 14). De BDI was voorafgaand aan COMET laag (7) en bleef laag na afloop van COMET (3). Na afronding van COMET werd de reguliere behandeling nog een poosje voortgezet en een halfjaar later met bevredigend resultaat afgesloten.

#### Discussie

In de elders gepubliceerde pilotstudie leek COMET een beloftevolle interventie te zijn die wellicht een plaats kan verdienen in het behan-

delen van obsessief-compulsieve stoornis (Korrelboom et al., 2008). In het kader van dat onderzoek, maar soms ook daarbuiten zijn inmiddels tientallen dwangpatiënten met behulp van COMET behandeld. In veel gevallen leek COMET daarbij inderdaad een zinvolle aanvulling te zijn op reguliere interventies als exposure met responspreventie en antidepressieve medicatie. In dit artikel is een aantal praktische klinische aspecten van COMET voor obsessies besproken. Bij de beschrijving van het protocol valt op dat de behandeling met COMET twee fases kent: een fase die is gericht op betekenisverandering en een fase die is gericht op afstand nemen. In de klinische praktijk lijkt een dergelijke verdeling niet bij alle patiënten even noodzakelijk of zelfs wenselijk te zijn. Bij patiënten zoals André (casus 1) lijkt inderdaad een soort ‘dubbelslag’ te moeten worden gemaakt, maar er zijn ook patiënten bij wie vooral de betekenisverandering lijkt aan te slaan (Jan, casus 3), terwijl bij weer anderen het afstand nemen de belangrijkste therapeutische stap lijkt te zijn (Mascha, casus 2).

Verder valt aan de beschreven casuïstiek op dat het steeds om deels ‘referentieel bepaalde problematiek’ ging en niet zozeer om ‘sequentiële problemen’ (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Hiermee wordt bedoeld dat de obsessies niet in eerste instantie een voorspelling deden over concrete daadwerkelijke negatieve gebeurtenissen, maar dat deze veel meer intrinsieke (negatieve) waardeoordelen over de patiënten zelf of hun directe leefwereld impliceerden. De obsessies van André hielden voor hem in dat ‘hij een slecht mens is’, terwijl Mascha aan haar obsessies steeds het idee verbond dat ‘mensen nu eenmaal onvoorspelbaar zijn’ en dat ‘haar relatie met Floris dus voortdurend op het punt van breken staat’. Jan, ten slotte, meende dat zijn agressieve obsessies impliceren dat ‘hij een monster is’.

Met name op het punt van referentiële associaties zou COMET een nieuwe behandelmogelijkheid kunnen bieden voor patiënten met dwangstoornis. Waar (responspreventie met) exposure in vivo en/of gedragsexperimenten heel adequaat disfunctionele verwachtingen lijken te kunnen falsificeren, zou COMET bij uitstek kunnen ingrijpen wanneer obsessies veel eerder disfunctionele betekenissen impliceren.

Het gebruik van gevoelversterkende technieken in COMET, zoals imaginatie, zelfverbalisaties en motoriek in de vorm van lichaams- en gelaatsuitdrukking, helpt patiënten om de juistheid van functionele referentiële betekenissen ‘aan den lijve’ te ervaren, zoals gedragsexperimenten dat doen bij functionele sequentiële betekenissen. Door deze lijfelijke ervaring wordt de emotionele impact ervan versterkt en kunnen deze alternatieve betekenissen gemakkelijker vanuit het geheugen worden geactiveerd. De ervaring leert dat patiënten geregeld de rationale achter COMET opnieuw moet worden voorgehouden: ‘Obsessies

zijn niets meer of minder dan zomaar rare gedachten, die niets zeggen over jou of over de wereld waarin je leeft.' Zeker tijdens de exposure-fase waarin vanuit een krachtige en positieve geestesgesteldheid soms de meest afzichtelijke obsessies moeten worden opgeroepen, hebben veel patiënten nog wel eens extra therapeutische steun nodig. Bijvoorbeeld: 'Poepen in een oude schoen' is een rare gedachte, maar deze heeft niets persoonlijks te betekenen. Zo'n gedachte kun je dus gemakkelijk denken. De gedachte je kind te verkrachten is ook een rare gedachte, maar die heeft wel een persoonlijke betekenis. Daarom durf je er niet goed aan te denken. Toch weten we dat die verkrachtingsgedachte net zo weinig over jou zegt als die 'poepen in een oude schoen-gedachte'. Maar hoewel je dat weet, voel je dat nog onvoldoende. De oefeningen zijn bedoeld om je te leren ook bij deze gedachte dat gevoel te pakken te krijgen: 'Het is niets meer dan een rare, maar verder nietszeggende gedachte.'

Een andere mogelijke valkuil is dat therapeuten soms betekenissen en tegenbetekenissen zien, die de patiënt toch anders ervaart. Zoals zo vaak is ook hier een woordenstrijd niet de beste oplossing. Waar de patiënt intellectueel nog de nodige twijfels heeft aan de foutieve persoonlijke betekenis die hij toekent aan zijn obsessies, kan men beter eerst een fase van traditionele cognitieve therapie inlassen, waarbij de door de patiënt veronderstelde negatieve betekenis van de obsessie met behulp van de socratische dialoog wordt uitgedaagd en zo mogelijk gecorrigeerd. Pas na die intellectuele correctie is de patiënt misschien op het punt aangekomen waarop COMET kan worden ingezet: hij *weet* het wel, maar *voelt* het nog onvoldoende. Om de mogelijke waarde van COMET voor het behandelen van obsessies verder te onderzoeken is vanzelfsprekend meer onderzoek nodig. Onlangs is een gerandomiseerde studie gestart, waarbij 16 sessies exposure met responspreventie worden vergeleken met 8 sessies COMET + 8 sessies exposure met responspreventie.

---

ABSTRACT An experimental method for treating obsessions is described. In Competitive Memory Training (COMET) patients learn to *feel* what they already *know*, i.e. that their obsessions are nothing but weird though meaningless thoughts. The theoretical background of COMET is clarified and the protocol is fully described. The practice of COMET is illustrated by three cases. In the final discussion it is suggested that COMET might be a welcome addition to exposure with response prevention in the treatment of obsessions of a 'referential nature'. This implies that the obsession does not predict a real

uncoming negative event, but rather that it generates a negative connotation.

---

#### Referenties

- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., & Haan, E. de (1993). Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behaviour Research & Therapy, 31*, 366-377.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 18*, 561-571.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research & Therapy, 44*, 765-784.
- Camras, L.A., Holland, E.A., & Patterson, M.J. (1993). Facial expression. In: M. Lewis & J. M. Haviland (eds.), *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.
- Craske, M.G. (1999). *Anxiety Disorders. Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder (Colorado): Westview Press.
- Emmelkamp, P.M.G., Oppen, P. van, & Balkom, A. van (2002). Cognitive changes in patients with obsessive-compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. In: R.O. Frost & G. Steketee (eds.), *Cognitive Approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford: Elsevier Press.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rheaume, J., Letarte, H., Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 405-413.
- Gaag, M. van der, & Korrelboom, C.W. (2006). Competitive Memory Therapy (COMET) bij auditieve hallucinaties. In: M. van der Gaag, F. Withaar & C.J. Slooff (red.), *Cognitieve gedragstherapeutische behandelingen bij mensen met een psychose*. Den Haag: Kenniscentrum Schizofrenie Nederland.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006-1011.
- Hout, M. van den (1996). Exposure: hoe en waarom het werkt. *Directieve Therapie, 16*, 308-316.
- 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 (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedrags-therapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, K., Gaag, M. van der, Hendriks, VM., Huijbrechts, I., & Berretty, E.W. (2008). Treating Obsessions With Competitive Memory Training: A Pilot Study. *The Behavior Therapist*, 31, 29-36.
- 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.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 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 (N.J.): Lawrence Erlbaum.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive selfinstruction: A controlled trial. *Cognitive Therapy & Research*, 22, 225-236.
- Mataix-Cols, D. (2006). Deconstructing obsessive-compulsive disorder: a multidimensional perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 84-89.
- 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.
- Oppen, P. van, Haan, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Spinhoven, P., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 379-390.
- Rachman, S. (1998). A Cognitive theory of obsessions; Elaborations. *Behaviour Research & Therapy*, 36, 385-401.
- Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M.G., & Clark, D.M. (2006). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: a pilot study. *Behaviour Research & Therapy*, 45, 877-885.
- Schnall, S., & Laird, J.D. (2003). Keep smiling: Enduring effects of facial expressions and postures on emotional experience and memory. *Cognition & Emotion*, 17, 787-797.
- Segal, Z.V., Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Stanley, M.A., & Averill, P.M. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: clinical applications. In: R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman & M.A. Richter (eds.), *Obsessive-compulsive disorder. Theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: The Guilford Press.

Wilhelm, S., & Steketee, G.S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. A guide for professionals*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.