



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

Na tien jaar eindelijk minder last van stemmen

COMET bij auditieve verbale hallucinaties

Kirstin Daalman en Iris Sommer

SAMENVATTING Dit artikel beschrijft een gecombineerde behandel-methode om patiënten met auditieve verbale hallucinaties, en bij wie medicatie niet voldoende helpt, beter te leren omgaan met hun stemmen en ze mogelijk doen verdwijnen. Er wordt met name gekeken naar een relatief nieuwe techniek: Competitive Memory Training (COMET). Deze nieuwe methode kan op een soms verras-sende manier uitkomst bieden, bijvoorbeeld door te zingen of te springen. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van drie korte gevalsbe-schrijvingen. Resultaten laten zien dat de gecombineerde aanpak, dat wil zeggen psycho-educatie, groepsbijeenkomsten en individuele psy-chotherapie, effectief is. Door vanuit verschillende invalshoeken te focussen op het stemmen horen, helpt de stemmenpoli van het UMC Utrecht patiënten met auditieve verbale hallucinaties om de ervaren last van de stemmen voor een groot deel te verminderen en bij sommigen de stemmen te doen verdwijnen.

Inleiding

Auditief verbale hallucinaties zijn een karakteristiek symptoom van schizofrenie die bij ongeveer 70% van de patiënten eens per maand plaatsvinden (Sartorius et al. 1986). Ze komen daarnaast ook voor bij andere psychiatrische stoornissen, zoals psychotische depressie, bipo-laire stoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis, en bij gezonde personen zonder klinische diagnose. Het merendeel van de patiënten met auditief verbale hallucinaties heeft baat bij antipsychotica. Er is echter een groep van 25-30% (Shergil, Murray, & McGuire, 1998) die medicatieresistent is: de stemmen blijven deze patiënten lastigvallen, uitschelden en bedreigen. Met name deze sterke negatieve lading van de inhoud van de stemmen onderscheidt psychotische patiënten van gezonde personen die stemmen horen (Daalman et al., in press). Voor

DRS. K. DAALMAN, psycholoog UMC Utrecht. E-mail: k.daalman@umcutrecht.nl

DR. I.E.C. SOMMER, psychiater UMC Utrecht.

deze patiënten is het belangrijk om onderzoek te blijven doen naar nieuwe behandelingsmogelijkheden die de last van de stemmen kunnen inperken. De focus van nieuwe therapie kan liggen op het wegstrijken van de stemmen, maar een andere invalshoek is om de patiënt te leren er beter mee om te gaan. Het onderzoek dat in dit artikel aan de orde komt zal zich met name richten op deze laatste invalshoek.

De stemmenpoli van het UMC Utrecht

De stemmenpoli van het UMC Utrecht onderscheidt zich van de twee andere stemmenpoli's in Nederland (Groningen en Maastricht) door de biologische benadering van hallucinaties. Verschillende biologische en psychotherapeutische behandelingen worden gecombineerd om zo de stemmen te verminderen en de hinder ervan terug te brengen tot een acceptabel niveau.

Tijdens de psycho-educatiebijeenkomsten hopen we patiënten te laten beseffen dat de stemmen niet van burens of veiligheidsdiensten zijn, maar afkomstig zijn uit hun eigen hersenen. Hierbij schenken we veel aandacht aan de nieuwste onderzoeksbevindingen en leren we patiënten zoveel mogelijk over het verschijnsel 'stemmen horen'. Uit ons eigen fMRI-onderzoek (Diederens et al., 2010; Sommer & Diederens, 2009; Sommer et al. 2009; Sommer et al. 2007) blijkt dat tijdens het horen van stemmen de taalgebieden actief zijn – niet alleen de taalperceptiegebieden, maar ook de taalproductiegebieden. Bij patiënten bleek deze activiteit vooral aanwezig in de rechterhemisfeer. Dit zou kunnen verklaren waarom de stemmen door de patiënten niet als van zichzelf herkend worden. Ook is gebleken dat de parahippocampus, een gebied dat onder andere betrokken is bij geheugen, deactiveert vlak voor het horen van stemmen. Onze hypothese is dat er spontaan informatie uit het geheugen wordt gehaald die vervolgens niet wordt herkend als 'eigen' en zo de invulling krijgt van een 'stem'. Indien mogelijk wordt er van de patiënt zelf een fMRI-scan gemaakt die de hersenactiviteit tijdens het horen van stemmen weergeeft. Deze scans worden tijdens de psycho-educatie en bij de persoonlijke coaching uitvoerig besproken en uitgelegd. We verwachten niet dat een patiënt deze biologische verklaring direct als de juiste beschouwt, maar het biedt een alternatief naast de vaak magische verklaringen die met veel angst gepaard gaan.

Bij de persoonlijke coaching wordt er uitgezocht welke copingtechnieken het beste voor de patiënt werken. Hiernaast werken we aan een algemene gezonde levensstijl. De stemmen worden geregistreerd, zodat

duidelijk wordt wanneer iemand het vatbaarste is. Het kan zijn dat een patiënt ontdekt dat stemmen vooral in de ochtend aanwezig zijn of juist in de avond. Ook kan op deze manier blijken dat bepaalde activiteiten voor meer of minder stemmen zorgen. Tevens is er bij dit onderdeel ruimte voor dingen waar de patiënt zelf nog extra aandacht aan wil geven, zoals uitbreiden van de vriendenkring (omdat hij zich eerder door de stemmen vaak heeft teruggetrokken) of een gezonder dieet (omdat antipsychotica vaak kunnen leiden tot een forse gewichtstoename).

De groepsbijeenkomsten worden geleid door een ervaringsdeskundige die met de deelnemers in gesprek gaat over het horen van stemmen. Patiënten merken dat ze niet de enigen zijn met deze klacht en door het delen van elkaars ervaringen kunnen ze tips en adviezen uitwisselen, en soms ook de oefeningen die ze leren tijdens de Competitive Memory Training (COMET).

Een dame die het afstand nemen van de stemmen onder de knie had gekregen (een techniek van COMET die later uitgebreid zal worden besproken), had er zelf een variatie op gemaakt. Steeds als ze deze oefening thuis deed zette ze de stemmen voor een paar minuten in de meterkast. Wanneer ze de stemmen zat was sprak zij hen toe: 'ik wil jullie nu niet horen, ik zet jullie nu een half uur in de meterkast.' Dit hielp haar om die tijd even rust te hebben van de stemmen. Trots vertelde ze dit tijdens een groepsbijeenkomst in de hoop dat ze er anderen mee kon helpen. Patiënten vinden het prettig om van elkaar advies te krijgen en nemen sneller dingen van elkaar aan dan van een therapeut. Zo wees een andere patiënt zijn buurvrouw erop dat ze niet steeds maar op zoek hoefde naar verbetering of verandering, al hoorde ze dat wel van haar stemmen. Met de verklaring 'Stemmen zeggen altijd zulke dingen, tegen heel veel mensen. Dus het heeft niks met jou te maken. Je hoeft het niet persoonlijk op te vatten,' werd de vrouw door haar medepatiënt enorm geholpen.

Indien gewenst kan de psychiater de medicatie opnieuw bekijken. Soms helpt het om de dosis iets te verhogen of juist te verlagen. Ook bestaat bij sommige patiënten de mogelijkheid om een ander medicijn te proberen. Wanneer blijkt dat een medicijn helemaal niet helpt, kan het nuttig zijn om dit af te bouwen.

Naast alle verbale therapie is er ook beweging in de vorm van psychomotore therapie. Tijdens deze activiteiten wordt geoefend met thema's die voor veel patiënten moeilijk zijn, bijvoorbeeld contact maken, grenzen aangeven en stress-/spanningssignalen. Het belangrijkste is dat de patiënt weer in beweging komt en hier samen met anderen plezier aan beleeft. Overgewicht, een veelvoorkomende bijwerking van antipsychotica, wordt ook aangepakt.

COMET

Naast de individuele cognitieve gedragstherapie die op de stemmenpoli wordt gegeven, is er een nieuwe training die individueel wordt aangeboden wanneer de klassieke cognitieve gedragstherapie (CGT) niet voldoende helpt: competitieve memory training, ook wel COMET genoemd (Van der Gaag & Korrelboom, 2006). Na de intake wordt bepaald of een patiënt start met COMET of met CGT. Redenen om voor COMET en niet voor CGT te kiezen zijn: de patiënt heeft reeds een niet-waanachtige verklaring voor de stemmen, maar blijft er niettemin toch erg angstig voor; patiënt heeft geen goed concentratie- of abstractievermogen; CGT is al gegeven, maar had weinig resultaat.

Uitgangspunt van deze training is in de eerste plaats om de patiënt sterker te maken ten opzichte van zijn stemmen en in de tweede plaats om hem te leren afstand te nemen van die stemmen. Vaak wordt COMET gegeven aan patiënten die al met CGT zijn behandeld. Die *weten* dan al dat de stemmen geen macht over hen hebben, maar zo *voelen* zij het nog niet. De COMET richt zich dan ook juist op de emoties die stemmen teweegbrengen, de patiënt laten 'voelen' wat hij al 'weet'.

De stemmen die een patiënt hoort zijn overwegend negatief. Door deze negatieve inhoud wordt iemand steeds maar weer geconfronteerd met nare opmerkingen over zichzelf. De kans is groot dat dit leidt tot somberheid, een gevoel van minderwaardigheid en een gebrekkig zelfvertrouwen. Door de hoge frequentie van het horen van deze boodschappen wordt het netwerk dat leidt tot de negatieve gevoelens steeds eenvoudiger geactiveerd (geheugenbias) en zullen de herinneringen aan positieve kwaliteiten en succes moeilijker toegankelijk worden. Door positieve herinneringen met een thema dat haaks staat op de stemmen te 'overleren' wordt dit positieve geheugen-netwerk toegankelijker voor de patiënt en kan hij na veel oefenen het positieve gevoel gemakkelijker inzetten op momenten dat hij last ervaart van stemmen.

Voor deze interventie is een handig protocol opgezet, dat een handvat geeft deze training in minimaal acht sessies te doorlopen. Van de patiënt zelf wordt een actieve houding verwacht. In het eerste deel is het registreren van de stemmen belangrijk om zo het thema ervan te achterhalen. Als dit is gelukt, wordt er vervolgens op zoek gegaan naar situaties die juist het tegenovergestelde gevoel oproepen: het tegenthema. Dus als de stemmen ervoor zorgen dat de patiënt zich ongeliefd voelt, is de opdracht om zich situaties uit zijn leven te herinneren waarin hij zich juist wel geliefd voelde. Maken de stemmen dat iemand zich machteloos voelt, dan gaat hij op zoek naar situaties waar hij alles onder controle had. Zo komt de therapeut er samen

met de patiënt achter in welke situatie dit positieve gevoel het sterkst aanwezig is. Vervolgens is het de bedoeling juist deze situatie groter en sterker te maken.

De patiënten proberen zich als een acteur de positieve situatie weer helemaal voor de geest te halen: Waar was ik toen? Hoe zag het er daar uit? Wat had ik aan? Enzovoort. De patiënt neemt hierbij de juiste lichaamshouding aan en zegt een zin tegen zichzelf die de kracht van dat moment voor hem uitdrukt. Het is de bedoeling dat patiënten dit vaak oefenen. Dit is nodig om deze positieve herinnering uit het geheugen en het bijbehorende positieve gevoel steeds gemakkelijker op te kunnen halen. Wanneer iemand dit goed onder de knie heeft, wordt gevraagd om de stemmen erbij 'op te roepen'. Op deze manier leert de patiënt het positieve gevoel (over zichzelf) vast te houden, terwijl de stemmen actief zijn.

Er zijn aanwijzingen dat deze training bij velen niet alleen een positief effect heeft, maar ook voor speciale situaties zorgt. Dit zullen we belichten aan de hand van de volgende gevalbeschrijvingen.

Sarah gaat zelfverzekerd en stevig staan

Sarah is een jongedame die al ongeveer acht jaar stemmen hoort. Ondanks deze kritische, scheldende en demotiverende stemmen slaagt ze erin om een universitaire opleiding te volgen. Gemakkelijk is dat niet, als je steeds maar te horen krijgt dat je de tentamens toch niet gaat halen, dat je de hele studie nooit zal halen, dat je een mislukking bent. Het maakt haar onzeker en somber.

Tijdens de COMET stellen we als thema van de stemmen vast 'waardeloos en incompetent', waarna we beginnen met bewijs zoeken voor het tegenthema 'veel voor elkaar krijgen/onafhankelijk zijn'. Na een aantal goede voorbeelden te hebben gevonden, koos Sarah de situatie waar het positieve gevoel het sterkst optrad: ze was een paar maanden geleden voor het eerst met vriendinnen alleen op vakantie geweest, zonder haar ouders. Ze logeerden op een boerderij waar wat dieren rondliepen. Op 'haar moment' waren haar vriendinnen een wandeling maken en moest ze in haar eentje op de boerderij passen.

Bij de herinnering aan deze gebeurtenis maakt Sarah zich groot en trots, en ze stapt zelfverzekerd door de therapiekamer. Ze ziet voor zich hoe ze in de gaten houdt dat niemand zomaar het erf opkomt en voert de dieren. Ze gaat stevig staan en zegt met aplomb tegen zichzelf: 'Ik kan mijn eigen leven leiden.'

Door deze oefening te doen wordt ze zelfverzekerder. De

stemmen krijgen haar er met hun kritiek niet meer onder. Sarah is kort hierna zelfstandig gaan wonen en hoopt binnenkort haar mastertitel te halen.

Maria zingt

Maria is een vrouw die zich vaak somber en waardeloos voelt door constante kritiek van haar stemmen. Nadat we dit thema hebben vastgesteld, gaan we op zoek naar bewijs voor het tegen-thema. De situatie waarin ze zich het meest nuttig en competent voelde, was toen ze met haar sportvereniging op kamp was. Een aantal leden ging de vereniging verlaten en deze mensen werden toegezongen.

Maria houdt erg van zingen en zij was dan ook degene die hiervoor het initiatief had genomen. Soms zong ze bij dit soort gelegenheden zelfs in haar eentje en dan het liefst liederen die ze had gemaakt.

Nu stelt ze zich voor dat ze het podium oploopt met zo'n vierhonderd mensen voor haar neus. Ze gaat rechtop en stevig op haar benen staan en begint uit volle borst te zingen. Tijdens het refrein ziet ze weer voor zich dat mensen met aanstekers meebewegen op haar lied. Wij (de therapeuten) spelen haar publiek en kunnen er iedere keer weer van meegenieten en meezwaaien. Als het lied klaar is, zegt Maria tegen zichzelf: 'Dat heb ik mooi gedaan.' Het is bijzonder om te zien hoe tijdens het zingen haar gezicht ontspant en er een lach ontstaat.

Frank springt

Soms wordt er van patiënten – en van de therapeuten wanneer die de oefening meedoen – een actievere houding verwacht. Een voorbeeld daarvan is Frank. Frank heeft als tegenthema 'controle hebben'. De stemmen geven hem namelijk constant een machteloos gevoel.

Nadat hij verschillende situaties heeft verzameld die allemaal bekrachtigden dat hij wel degelijk controle heeft in zijn leven, kiest hij voor de volgende: het moment dat hij op de boerderij van goede vrienden is en een ontsnapte stier tegenhoudt.

Hij staat met ons in de therapiekamer en haalt de situatie weer terug: schemer buiten, frisse lucht en het lawaai van rondrennende dieren. Op het moment suprême springt hij wijdbeens opzij, roept luid 'Stop!' en ziet voor zich hoe hij het beest weer in bedwang krijgt. Hierna zegt Frank tevreden tegen zichzelf: 'Yes! Hebbes!'

Ook bij deze patiënt is de verandering in zijn gezichtsuitdrukking duidelijk tijdens de oefening te zien: van bedrukt naar trots.

Patiënten vinden het soms lastig of ongemakkelijk om tijdens de zitting in hun eentje de herinnering na te spelen en ze kunnen hierdoor hun motivatie voor deze training verliezen. Onze ervaring is dat het in zo'n geval helpt om als therapeut tijdens de zitting mee te doen met het 'ensceneren' van de herinnering. Therapeuten spelen dan bijvoorbeeld een andere persoon die in de herinnering figureert of, wanneer dit niet mogelijk is, spelen ze hetzelfde als de patiënt. Zodra de patiënt er vaardigheid in krijgt en went aan het idee om de herinnering in zijn eentje uit te voeren (het minder ongemakkelijk vindt), oefent hij tijdens de zittingen alleen.

Er is echter ook een kleine groep patiënten die dit 'ensceneren' helemaal niet ziet zitten en om deze reden de training liever niet volgt. Daarnaast zijn er patiënten die het erg moeilijk vinden om positief bewijs (tegen thema tegen hun stemmen) te verzamelen. Zij zijn ervan overtuigd dat dergelijk tegenbewijs niet bestaat. Voor deze groepen patiënten is COMET minder geschikt. Dat geldt ook voor patiënten die het niet kunnen opbrengen om dagelijks de huiswerkopdrachten uit te voeren, zoals het registreren van de stemmen of het 'inoefenen' van de positieve herinnering. Deze huiswerkopdrachten vormen namelijk een onmisbare schakel om COMET effectief te doen zijn: het trainen en versterken van het activeren van positieve herinneringen en beelden.

Afstand nemen van de stemmen

Na het eerste deel van de COMET, waardoor mensen zich prettiger gaan voelen en beter opgewassen zijn tegen het negatieve commentaar van de stemmen, leren ze afstand nemen. Ook hier spelen therapeut en patiënt in eerste instantie samen als acteurs een situatie na. Eerst stellen we ons voor dat we midden op het podium van een theater staan. De patiënt hoort de stemmen om zich heen, hij zit er middenin. Dan stappen we samen van het podium af en lopen naar een rij stoelen achterin de kamer/ruimte, als het ware de laatste rij in de theaterzaal – een lege collegezaal leent zich overigens uitstekend voor deze oefening.

Het uitgangspunt is om de stemmen op het podium te laten en ze vanaf achterin de zaal waar te nemen. Met het nemen van deze afstand benadrukken we dat je eigenlijk niks met de stemmen hoeft: niet eraan hechten en ook niet ertegen vechten. Zo leren patiënten om onverschillig op hun stemmen te reageren en wordt benadrukt hoe

saai stemmen eigenlijk zijn: ze zeggen soms al tientallen jaren precies hetzelfde, ze zijn meestal voorspelbaar. Als je een film zo vaak zou bekijken, zou je die ook allang niet meer boeiend vinden. We gaan dan ook uitgezakt en verveeld met de patiënt op de stoelen zitten, terwijl we de stemmen in de verte aanhoren. We hopen patiënten zo te leren dat ze de stemmen kunnen zien als een vervelende stoorzender, maar dat ze er niks mee hoeven.

Ze hoeven er niet op te reageren!

Het COMET-protocol bestaat uit twee onderdelen: in de eerste plaats iemand sterker maken ten opzichte van zijn stemmen en daarna leren afstand nemen. Het zijn twee verschillende manieren om met stemmen om te gaan. Het komt wel eens voor dat een van beide onderdelen iemand meer aanspreekt of doeltreffender is.

Onderzoek naar effectiviteit van de behandelingen op de stemmenpoli

Om de effectiviteit van ons gecombineerde behandelpakket van de stemmenpoli te evalueren namen we voor aanvang en na afloop vragenlijsten af over auditieve verbale hallucinaties. We verwachtten dat door de combinatie van behandelingen patiënten genoeg handvaten kregen om de last van de stemmen te doen verminderen. Ze zullen minder geraakt worden door de stemmen, er minder aandacht aan schenken en er hierdoor minder ongemak van ondervinden. Een mogelijk secundair effect hiervan is dat de frequentie van de stemmen daalt, al kan dit ook een direct effect zijn van medicatieverandering en/of het verlagen van stress en angst.

Om deze hypothesen te toetsen hebben we de scores op enkele items uit de vragenlijsten van voor de behandeling vergeleken met die van erna. Macht van de stemmen, controle over de stemmen en angst en somberheid door de stemmen worden gemeten door de items 3, 12, 20 en 22 van de 'the revised Beliefs About Voices Questionnaire' (BAVQ-R), ontwikkeld door Chadwick, Lees en Birchwood (2000). Op basis van de 'Auditory Hallucination Rating Scale' (AHRs), ontwikkeld door Hoffman et al. (2003), hebben we gekeken naar de items over frequentie van de stemmen, de verstoorde aandacht door de stemmen en ervaren ongemak. De ernst van de hallucinaties wordt in kaart gebracht met de 'Hallucination Change Scale'-score, ook afkomstig van deze lijst. Voorafgaand aan de behandeling heeft iedere patiënt als baselinescore het cijfer 10 voor de ernst. Na de behandeling wordt patiënten gevraagd wat voor cijfer ze nu zouden geven

voor de ernst. Als dit minder is geworden, zal het cijfer tussen 0 en 9 liggen. Is de last meer geworden, dan ligt het cijfer tussen de 11 en 20. Indien de last gelijk is gebleven, blijft het cijfer 10.

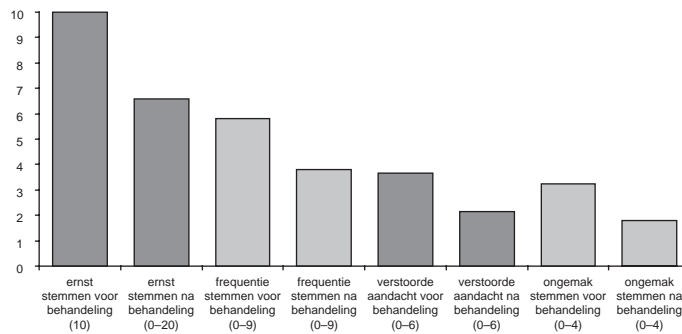
De analyse is gedaan op een groep van 21 patiënten. Die bestond uit 13 mannen en 8 vrouwen, de gemiddelde leeftijd was 40,8 jaar (SD 12,3) en het gemiddeld aantal jaren dat deze patiënten stemmen hoorden was 16,6 jaar (SD 15,8). Patiënten werden geïncludeerd wanneer de stemmen een perceptueel karakter hadden, een gehoorservaring met akoestische kwaliteit in tegenstelling tot alleen een idee of gedachte. Dit werd vastgesteld tijdens de intake. Met betrekking tot de diagnose bestond deze groep uit 3 patiënten met een schizo-affectieve stoornis, 4 patiënten met psychose NAO en 14 patiënten met schizofrenie van het paranoïde type.

Tabel 1. Gemiddelden en standaarddeviaties op geselecteerde items van de Auditory Hallucination Rating Scale en de BAVQ-R; Z-waarde Wilcoxon Signed Rank Test van voor- en nameting behandeling stemmenpoli.

	Voormeting M (SD)	Nameting M (SD)	Z	sign
Ernst stemmen (0-20)	10.0 (0)	6.6 (2.9)	-3.6	< 0.05
Frequentie (0-9)	5.8 (3.0)	3.8 (3.0)	-3.1	< 0.05
Verstoorde aandacht (0-6)	3.7 (0.9)	2.1 (1.3)	-3.8	< 0.05
Ongemak door stemmen (0-4)	3.2 (0.8)	1.8 (1.3)	-3.4	< 0.05
Macht van stemmen (0-3)	2.2 (0.9)	1.6 (1.0)	-2.5	< 0.05
Gebrek aan controle (0-3)	2.4 (0.9)	1.6 (1.3)	-2.7	< 0.05
Angst voor stemmen (0-3)	2.1 (1.2)	1.5 (1.1)	-2.2	< 0.05
Somber door stemmen (0-3)	1.6 (0.9)	1.8 (1.1)	-2.4	< 0.05

Met behulp van een 'Wilcoxon Signed Rank Test' hebben we de impact van onze gecombineerde behandelingen geëvalueerd. Tabel 1 laat de statistisch significante vermindering op de items zien voor en na deelname aan de stemmenpoli: de ernst en frequentie van de stemmen nemen af, de aandacht van patiënten is minder verstoord en ze ervaren minder ongemak van de stemmen. Ook neemt de macht die patiënten aan de stemmen toekennen, af. Het gebrek aan controle over de stemmen, de angst voor de stemmen en de somberheid door de stemmen nemen eveneens af.

De resultaten uit tabel 1 zijn weergegeven in figuur 1 en figuur 2.



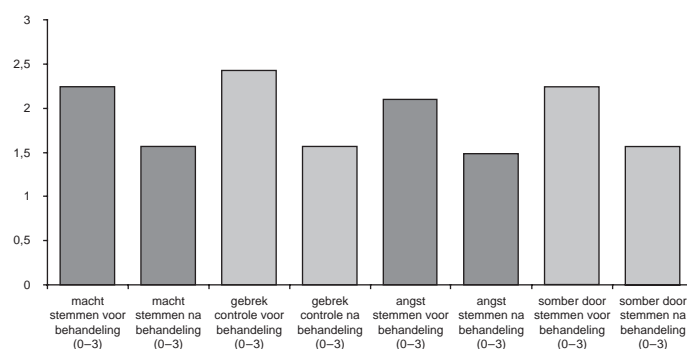
Figuur 1. Ernst, frequentie, verstoorde aandacht en ongemak voor en na de stemmenpoli.

Discussie

De gemeten negatieve aspecten van het stemmen horen namen af na deelname aan de stemmenpoli. De combinatie van behandelingen lijkt dus waardevol. Uit het gevarieerde aanbod nemen patiënten tips en tactieken aan die hun het meest aanspreken. De een haalt de grootste winst uit de individuele COMET-therapie, de ander uit de lotgenotengroep; de een beseft tijdens de psycho-educatie dat de stemmen ook uit zijn hersenen kunnen komen, de ander leert beter omgaan met stressgevoelens tijdens de psychomotore therapie.

Een beperking van deze gecombineerde evaluatie is dat niet bepaald kan worden hoe effectief de afzonderlijke behandelingen zijn. Het zou waardevol zijn om de bijdrage van iedere therapie afzonderlijk te weten, hoewel voor de meeste onderdelen het positieve effect bij psychose in de literatuur al wel bekend is. Om deze uitkomsten te kunnen onderzoeken, zouden we patiënten een mogelijk effectieve therapie moeten onthouden. Een mogelijk nadeel van deze gevarieerde aanpak is dat het totaalprogramma van een paar uur voor enkele patiënten te intensief kan zijn. We proberen de intensiteit van de therapie te minimaliseren door in het programma verbale therapie af te wisselen met meer fysieke elementen, zoals psychomotore therapie.

Ondanks het feit dat de resultaten ervan niet afzonderlijk konden worden gemeten, lijkt de COMET een waardevol onderdeel van het behandelpakket op de stemmenpoli. We kijken uit naar de resultaten van een groot onderzoek naar de effectiviteit van COMET op zich, die deze hypothese kunnen bevestigen.



Figuur 2. Macht, controle, angst en somberheid voor en na de stemmenpoli.

ABSTRACT This article describes a combined treatment procedure for people with auditory verbal hallucinations, and for whom medication has no significant effect. The article focuses primarily on a new technique: Competitive Memory Training (COMET). This technique helps patients to experience more control over their voices in sometimes surprising ways. One patient used singing, another patient used jumping in the therapy. Results show that the combined approach of psycho-educations, group meetings and individual psychotherapy is effective. To focus on auditory verbal hallucinations as a symptom, and by doing this from different angles, the voices clinic of the University Medical Centre Utrecht helps to greatly alleviate the experienced burden of the voices and in some cases to eliminate the voices.

Referenties

- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, *177*, 229-232.
- Daalman, K., Boks, M.P.M., Diederens, K.M.J., Weijer, A.D. de, Blom, J.D., Kahn, R.S., & Sommer, I.E.C. (2010). Same or different? Auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *Journal of Clinical Psychiatry* (in press).
- Diederens, K.M.J., Neggers, F.S.W., Daalman, K., Blom, J.D., Goekoop, R., Kahn, R.S., & Sommer, I.E.C. (2010). Deactivation of the Parahippocampal Gyrus Preceding Auditory Hallucinations in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, published online February 1, 2010.
- Gaag, M. van der & Korrelboom, C.W. (2006). Competitive Memory

- Training (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.
- Hoffman, R.E., Hawkins, K.A., Gueorguieva, R., Boutros, N.N., Rachid, F., Carroll, K., & Krystal, J.H. (2003) Transcranial Magnetic Stimulation of Left Temporoparietal Cortex and Medication-Resistant Auditory Hallucinations. *Archives of General Psychiatry*, 60, 49-56.
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., Ernberg, G., Anker, M., Cooper, J.E., & Day, R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, 16, 909-928.
- Shergill, S.S., Murray, R.M., & McGuire, P.K. (1998). Auditory Hallucinations: a review of psychological treatments. *Schizophrenia Research*, 17, 137-150.
- Sommer, I.E. & Diederens, K.M. (2009). Language production in the non-dominant hemisphere as a potential source of auditory verbal hallucinations. *Brain*, 132, e124.
- Sommer, I.E.C., Diederens, K.M.J., Blom, J.D., Willems, A., Kushan, L., Slotema, K., Boks, M.P.M., Daalman, K., Hoek, H.W., Neggens, S.F.W., & Kahn, R.S. (2009). Auditory verbal hallucinations predominantly activate the right inferior frontal area. *Brain*, 131, 3169-3177.
- Sommer, I.E.C., Weijer, A.D. de, Daalman, K., Neggens, S.F., Somers, M., Kahn, R.S., Slotema, C.W., Blom, J.D., Hoek, H.W., & Aleman, A. (2007). Can fMRI-guidance improve the efficacy of rTMS treatment for auditory verbal hallucinations? *Schizophrenia Research*, 93, 406-408.