



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

Gegeneraliseerde angststoornis: wat is het en wat kun je ertegen doen?

Kees Korrelboom, Sako Visser en Erik ten Broeke *

samenvatting

Dit artikel bevat een overzicht van de aard en effectiviteit van psychologische behandelingen voor de gegeneraliseerde angststoornis. Ook gaat het uitvoerig in op interventies die gericht zijn op een van de kernsymptomen van deze stoornis: piekeren. Daarbij staan we stil bij een recente ontwikkeling binnen cognitieve therapie: interventies die niet zozeer zijn gericht op de inhoud van cognities, maar eerder op de denkstijl of het denkproces. Nadat we in dit kader 'mindfulness based cognitive therapy', 'acceptance and commitment therapy' en 'attention training technique' aan bod hebben laten komen, bespreken we een nieuwe, specifiek op piekeren gerichte interventie: anti-piekertraining. Deze interventie bestaat uit een stappenplan dat individueel en in groepsverband kan worden uitgevoerd. Dit stappenplan is gebaseerd op een moderne visie op de principes achter contraconditionering. Naar de effectiviteit van deze interventie wordt op het ogenblik onderzoek uitgevoerd.

Inleiding

Schattingen van de 'lifetime prevalentie' van de generaliseerde angststoornis (GAS) variëren tussen de twee en de zes procent. Volgens Amerikaans onderzoek komt het daarmee ongeveer even vaak voor als paniekstoornis en dwangstoornis (Craske, 1999). In Nederland ligt de situatie iets anders. Men vindt daar een lifetime prevalentie van 2,3 procent voor gegeneraliseerde angststoornis tegenover 3,8 procent voor paniekstoornis (Bijl, Van Zessen & Ravelli, 1997; Boeijen, Visser & Van Balkom, 2001). Bij ouderen ligt de prevalentie van gegeneraliseerde angststoornis waarschijnlijk hoger dan bij volwassenen (Craske, 1999). Hoewel gegeneraliseerde angststoornis frequent voorkomt, is betrekkelijk weinig bekend over de kenmerken en behandeling van deze stoornis. Die onbekendheid komt tot uitdrukking in de verschillende criteria waarmee gegeneraliseerde angststoornis is geclassificeerd in de diverse DSM-edities vanaf 1980 (Craske, 1999). Volgens de huidige visie wordt gegeneraliseerde angststoornis vooral gekenmerkt door extreme angst en oncontroleerbaar gepieker in combinatie met spanningsklachten en motorische onrust (APA, 1994). De diagnose mag niet worden gesteld wanneer angst en onrust uitsluitend betrekking hebben op thema's die al beter door een andere as-I-diagnose worden verklaard. Omdat patiënten nogal eens de fysieke uitingsvormen (spanning, slapeloosheid, lichamelijk ongemak) van de stoornis op de voorgrond plaatsen en niet de psychische aspecten als angst en piekeren, vindt behandeling relatief vaak plaats in de somatische zorg, met name binnen de

* DR. C.W. KORRELBOOM is psycholoog-psychotherapeut. Hij is coördinator wetenschappelijk onderzoek en zorgvernieuwing van het circuit behandelpsychiatrie van psycho-medisch centrum Parnassia. Correspondentieadres: Monsterseweg 91, 2553 RJ Den Haag.
DR. S. VISSER is klinisch-psycholoog/psychotherapeut. Hij is hoofd van de Angstpolikliniek van de GGZ Buitendamstel te Amsterdam.
DRS. E. TEN BROEKE is klinisch psycholoog/psychotherapeut. Hij is verbonden aan Visie, praktijk voor eerstelijnspsychologie, psychotherapie en assessment te Deventer.

huisartspraktijk. Wanneer gegeneraliseerde angststoornis binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt gezien, gaat het dikwijls om een aanvullende (comorbide) diagnose naast een andere angststoornis of een stemmingsstoornis. De behandeling richt zich dan niet zelden uitsluitend op de primair gestelde diagnose. Men gaat ervan uit dat de klachten die behoren bij de gegeneraliseerde angststoornis, vanzelf zullen afnemen wanneer de interventies ten aanzien van de als primaire beschouwde diagnose succesvol zijn.

Dit alles neemt niet weg dat voor de gegeneraliseerde angststoornis bewezen effectieve behandelingen bestaan, ook al zijn de gerapporteerde effecten bescheiden. Deze behandelingen zullen we hierna kort toelichten. Het vertrekpunt bij die toelichting is de 'Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen', die is opgesteld door een werkgroep onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (LSMR, 2003). De drie auteurs maakten deel uit van deze werkgroep. De Richtlijn is gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek naar bewezen effectieve behandelingen. Daarbij heeft men een hiërarchie van bewijskracht gehanteerd. Meta-analyses en reviews kregen meer bewijskracht dan één of twee gecontroleerde onderzoeken. Aan dergelijke onderzoeken is weer meer waarde gehecht dan aan ongecontroleerde studies, enzovoort. Door de regelmatig gewijzigde criteria voor gegeneraliseerde angststoornis was het soms moeilijk om onderzoeksresultaten uit verschillende perioden met elkaar te vergelijken. In het tweede deel van dit artikel schetsen we nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis.

Gegeneraliseerde angststoornis: wat kun je ertegen doen

Zolang er geen ernstige comorbide depressie is, bestaat er geen uitgesproken voorkeur voor een farmacotherapeutische of een psychologische behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (LSMR, 2003). Er is geen onderzoek gedaan dat beide behandelingen rechtstreeks met elkaar vergelijkt. Diverse medicijnen zijn effectief gebleken in de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis, vooral antidepressiva, buspiron en benzodiazepinen. Voor een uitgebreide beschrijving van de farmacotherapie van gegeneraliseerde angststoornis verwijzen we naar de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen.

Hierna bespreken we psychologische behandelmethoden waarvan de effectiviteit bij gegeneraliseerde angststoornis is aangetoond. Daarbij maakt de Richtlijn een onderscheid tussen *gedragstherapie* en *cognitieve therapie*. Dit tegenwoordig nogal kunstmatig aandoende onderscheid is ingegeven door het feit dat in veel onderzoeken *gedragstherapie* is vergeleken met *cognitieve therapie*. Het aantal gecontroleerde studies is beperkt, terwijl de aangetoonde behandelresultaten over het algemeen bescheiden zijn (Hunt, 2002). Hoewel in sommige studies meer dan de helft van de patiënten verbetert en in andere studies iets minder dan de helft een hoge 'end state functioning' bereikt, blijven patiënten in nog weer andere studies na afloop van de behandeling gemiddeld veertig procent van de dag piekeren (Craske, 1999). Doorgaans blijven de bereikte resultaten minimaal een jaar bestaan. Er zijn geen follow-up studies bekend die een langere periode beslaan.

Cognitieve therapie

Cognitieve therapie is in een aantal studies effectief gebleken in de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (Borkovec & Whisman, 1996; Gould, Otto, Pollack & Yap, 1997). 'Cognitieve therapie' is zo langzamerhand verworpen tot een containerbegrip waarin diverse interventies worden ondergebracht. De kwalificatie 'cognitieve therapie' zegt dan ook weinig, zolang men niet duidelijk maakt uit welke interventies de betreffende 'cognitieve therapie' heeft bestaan. Bij de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis zijn vooral die cognitieve interventies werkzaam gebleken waarmee door middel van verbale uitdaging en gedragsexperimenten drie kenmerkende denkfouten van patiënten worden gecorrigeerd. Dit zijn: de neiging om de kans op daadwerkelijk gevaar te overschatten; 'catastroferen' van feitelijke negatieve uitkomsten; en onderschatten van eigen vermogens om met dergelijke 'catastrofes' om te gaan. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat 'worry-exposure' in combinatie met 'herevaluatie' een zinvolle interventie kan zijn. In deze laatste behandeling spoort men de patiënt aan om zijn piekerthema's uit te denken (exposure), om daarna een meer realistische visie op de gevreesde gebeurtenissen te ontwikkelen. In feite gaat het bij 'worry-exposure en herevaluatie' om een gecombineerde cognitieve-gedragsmatige interventie (Brown, O'Leary & Barlow, 1994; Craske, Barlow & O'Leary, 1992).

Gedragstherapie

In oudere studies naar gegeneraliseerde angststoornis zijn vooral verschillende soorten ontspanningstraining op hun effectiviteit onderzocht. Hoewel ontspanningstraining een betrekkelijk a-specifieke interventie is, is zij altijd redelijk effectief gebleken bij gegeneraliseerde angststoornis. Met name 'applied relaxation' (AR), een methode waarbij de patiënt in stappen leert om zich uiteindelijk snel te kunnen ontspannen in moeilijke situaties, is werkzaam (Arntz, 2003; Öst & Breitholtz, 2000).

In recente gedragstherapiestudies past men ook exposure toe. Men confronteert patiënten al dan niet rechtstreeks met de thema's waarover ze piekeren. In de rechtstreekse variant moeten patiënten zich meteen de rampen die ze vrezen voor de geest halen ('Je wordt gebeld en hoort dat je man betrokken is geraakt bij een ernstig auto-ongeluk.'). In de indirecte variant moeten patiënten handelingen verrichten of nalaten die het piekeren doorgaans in gang zetten. Men kan bijvoorbeeld met opzet te laat een vergadering binnenkomen, of een telefoongesprek achterwege laten dat men doorgaans wel voert om onrust te neutraliseren. In beide varianten blijkt exposure gunstig te werken.

De effectiviteit op korte termijn van gedragstherapie is vergelijkbaar met die van cognitieve therapie. Echter, op de langere termijn doet cognitieve therapie het beter, omdat de patiënten in gedragstherapie enigszins terugvallen (Borkovec & Costello, 1993).

Nieuwe ontwikkelingen

Problematiek die complex is of die zich om andere redenen lastig laat behandelen, vraagt niet zelden om behandelprogramma's die uit meer dan één ingreep bestaan.

Daarin past men, al dan niet gefaseerd, verschillende interventies toe in combinatie met elkaar. Linehan's gefaseerde behandelprogramma voor de borderline persoonlijkheidsstoornis is hiervan een voorbeeld (Linehan, 1993). Soms hebben zulke programma's een modulair karakter: men richt verschillende modules afzonderlijk op een kernprobleem of kernsymptoom van de aandoening (Korrelboom & Appelo, 2002; Van Meekeren, 2000). Zo vult men tegenwoordig de behandeling van depressie wel aan met een module 'mindfulness based cognitive therapy' (MBCT), om het risico op terugval te verkleinen (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Kabat-Zinn deed een studie met mindfulness-based cognitieve therapie bij patiënten met gegeneraliseerde angststoornis of paniekstoornis (Kabat-Zinn et al., 1992). Hij vond significante verbeteringen op maten van angst en van depressie. Er was in deze studie geen controlegroep aanwezig.

Een stap verder zijn programma's die uitsluitend uit modules bestaan die een 'case-manager' coördineert. Recent is bijvoorbeeld een concept-behandelprogramma beschreven voor agressieve en impulsieve patiënten, dat geheel uit door een hoofdbehandelaar gecoördineerde modules bestaat. Die modules zijn voor iedere patiënt binnen het programma gericht op de aangrijpingspunten 'impulsiviteit', 'frustratiegevoeligheid' en 'conflicthantering' en op indicatie ook op 'traumaverwerking' of 'zelfbeeld' (Korrelboom, 2002).

Gegeneraliseerde angststoornis kent ook meerdere kernsymptomen, met name piekeren en spanning. Het ligt voor de hand om ook voor deze stoornis multimodale behandelpakketten te gaan opzetten die op deze kernsymptomen aangrijpen. Eén zo'n pakket (Brown et al., 1994; Craske, 1999) grijpt aan op spanning met behulp van een stapsgewijze training in progressieve spierontspanning (Bernstein & Borkovec, 1973); op catastrofale cognities door middel van cognitieve therapie; en op angstbeleving via exposure aan 'piekerthema's' en responspreventie ten aanzien van piekeren. Piekeren beschouwt men daarbij als een disfunctionele manier om problemen af te wenden, vergelijkbaar met dwanghandelingen. Door patiënten via responspreventie te beletten dit inadequate gedrag toe te passen, worden zij optimaal blootgesteld aan de piekerthema's. Het pakket versterkt voorts nog de algemene draagkracht van patiënten door hen te helpen tijd efficiënter in te delen ('time-management') en problemen beter op te lossen ('problem-solving'). Tot nu toe zijn nog geen gecontroleerde studies naar deze interventie voltooid (Craske, 1999).

Hierna beschrijven we een interventie die past in een modulair behandelprogramma voor de gegeneraliseerde angststoornis. De interventie grijpt aan op een van de kernsymptomen van de stoornis: het piekeren. Achtereenvolgens gaan we in op de rol van piekeren bij de gegeneraliseerde angststoornis, op eerder beschreven interventies ten aanzien van piekeren, op de nieuwe interventie zelf, op de plaats en timing van deze interventie binnen de behandeling van gegeneraliseerde angst en op de wetenschappelijke status van de interventie.

Piekeren als een van de kernsymptomen van de gegeneraliseerde angststoornis

Piekeren is een 'zich ongewild aan de betrokkene opdringende cognitieve activiteit die gepaard gaat met angst en die betrekking heeft op ongewisse, negatieve gebeurtenissen

in de toekomst' (Davey, 1994). In grote lijnen bestaan er twee theorieën over piekeren bij de gegeneraliseerde angststoornis. De ene theorie benadrukt het autonome karakter van piekeren. Piekeren is in deze visie een uit de hand gelopen vorm van probleemoplossen, waarover de patiënt de controle heeft verloren (Davey, 1994). Piekeren overvalt de patiënt zonder dat hij dat wil en zonder dat daar een doel mee is gediend. De andere belangrijke theorie benadrukt vooral de functionele aspecten van piekeren. In deze visie is piekeren een min of meer doelgerichte activiteit die ervoor zorgt dat al te heftige angsten in de vorm van angstwekkende 'images' worden voorkomen. 'Talige' cognitieve activiteiten als piekeren zouden het optreden van andersoortige cognities in de vorm van bijvoorbeeld intrusieve angstbeelden inhiberen (Borkovec, 1994). Ook in deze laatste visie heeft piekeren echter meer na- dan voordelen. Op de korte termijn voorkomt piekeren weliswaar al te grote angst, maar op de langere termijn blijven de angsten juist voortbestaan.

Bestaande interventies ten aanzien van piekeren

Butler (1996) somt interventies op die aangrijpen op piekeren. Enkele zijn bedoeld om het piekerproces te ontregelen. Door het piekeren anders te organiseren, hoopt men dat het verandert. Zo kan men de patiënt erop wijzen dat deze een aanzienlijke tijdswinst kan boeken door niet meer de hele dag te piekeren. In plaats daarvan zou hij moeten proberen om het gepieker te concentreren op één of meer vaste tijd(en) (Lange, Van de Ven, Schrieken & Smit, 2003). In Borkovecs stimuluscontrolebehandeling moet de patiënt zijn piekeren reserveren voor vooraf vastgelegde dagelijkse 'piekertijden' van een halfuur. Daarbuiten moet hij het piekeren uitstellen (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983).

Om dat uitstellen mogelijk te maken, kan men de patiënt verschillende hulpmiddelen aanreiken. Hij kan zich aan hem opdringende piekerthema's kort opschrijven om deze vervolgens verder 'uit te werken' op de vastgestelde 'piekertijd'. Men tracht het uitstellen van piekeren ook te vergemakkelijken met behulp van metaforen. Patiënten krijgen het advies om het piekeren 'op te bergen in een piekerdoos', of om het piekeren 'in een boom te hangen en te laten wegblazen door de wind'. Butler waarschuwt wel voor de mogelijke paradoxale effecten van afleiding, uitstellen en onderdrukken. Niet zelden immers leidt het 'expres niet denken' aan bepaalde zaken juist tot een versterkte preoccupatie met deze thema's, een fenomeen dat bekend staat als het 'witte beer-effect' (Wegner, 1994).

Om het gebruikelijke piekerproces te ontregelen, stelt men bij de stimuluscontrolebehandeling enerzijds 'normaal piekeren' uit, terwijl anderzijds 'bewust piekeren op vaste tijden' juist als nieuw element wordt geïntroduceerd. Men kan de therapeutische waarde van dit nieuwe element proberen te verklaren vanuit een paradoxale optiek. Men gaat ervan uit dat een doorgaans spontaan optredende activiteit geblokkeerd raakt en zal veranderen wanneer men deze activiteit doelbewust gaat uitvoeren: opzettelijk piekeren is geen piekeren (Michelson & Ascher, 1984).

Men kan 'bewust piekeren op vaste tijden' ook opvatten als exposure. Wie piekeren beschouwt als een strategie om opdringende, angstwekkende beelden te vermijden, zal de patiënt wel instructies moeten geven om anders te piekeren dan hij gewoon is. In plaats van de betreffende onderwerpen steeds even kort 'aan te raken', zal hij zich

nu juist langdurig met het betreffende angstthema moeten confronteren. In plaats van zichzelf tussendoor steeds geruststellende ‘oplossingen’ voor de problemen voor de geest te halen, zal hij dergelijke bijkomende geruststellende gedachten nu juist achterwege moeten laten. In plaats van te ‘denken aan de problemen’ (in taal), zal hij zich die problemen nu juist moeten voorstellen (in beelden). In feite past men dus exposure door responspreventie toe, zoals het geval is bij de behandeling van dwangstoornis. Door het piekeren te blokkeren wordt de patiënt blootgesteld aan voor hem relevante angstprikkels.

Hiermee richt de behandeling zich niet meer uitsluitend op het ontregelen van het piekerproces. De factoren die het piekeren waarschijnlijk instandhouden, worden zo rechtstreeks en gericht beïnvloed. Butler wijst erop dat men in deze fase van de behandeling dikwijls de zogenaamde metacognities van de patiënt aan de orde moet stellen (Butler, 1996). Metacognities zijn opvattingen over opvattingen (Wells, 2000). Wells heeft een model ontwikkeld waarbinnen hij onderscheid maakt tussen zogeheten positieve en negatieve metacognities. Zo kunnen patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis menen dat hun gepieker ook nut heeft. Piekeren houdt hen alert, bereidt hen op het ergste voor, of het suggereert soms oplossingen voor problemen. Wie zijn piekeren om zulke redenen koestert, zal het dus niet zomaar opgeven. Aan de andere kant kunnen patiënten ook negatieve opvattingen hebben over hun gepieker. Ze gaan dan piekeren over het feit dat ze zoveel piekeren en dat dit schade zou kunnen veroorzaken, of dat ze er gek van zullen worden. Vervolgens gaan ze hierover weer piekeren, zodat het eind al snel zoek is. Men kan de patiënt stimuleren om een onderscheid te maken tussen (functioneel) ‘probleem oplossen’ enerzijds en (disfunctioneel) ‘piekeren’, anderzijds. Soms kunnen denkprocessen die in eerste instantie functioneel zijn voor de patiënt, na cognitieve uitdaging alsnog in de categorie ‘disfunctioneel piekeren’ worden ondergebracht.

Een nieuwe interventie: anti-piekertraining

Traditioneel staat de inhoud van cognities centraal binnen cognitieve therapie. Onder meer vanuit opvattingen als die van Nolen-Hoeksema, dat rumineren oftewel het ‘blijven hangen’ in depressieve gedachten, een goede voorspeller is voor een ongunstig beloop van depressie (Nolen-Hoeksema, 1991), is men ook belang gaan hechten aan interventies die niet de inhoud van het denken beïnvloeden, maar veel eerder het denkproces of de denkstijl (Raes, Hermans & Eelen, 2003). Mindfulness based cognitive therapy (Kabat-Zinn et al., 1992; Segal et al., 2002) is zo’n interventie. Met behulp van aan oosterse meditatie ontleende technieken tracht men de patiënt te helpen om zijn gedachten, waaronder disfunctionele gedachten, te zien als niet meer dan gedachten. In plaats van disfunctionele gedachten te ontlopen door ze te onderdrukken, of zich juist erin vast te bijten door ze consequent en hardnekkig uit te dagen, spoort men de patiënt aan om zulke gedachten te accepteren, onder ogen te zien, te benoemen en vervolgens weer rustig, niet geforceerd los te laten.

‘Acceptance and commitment therapy’ (ACT; Hayes, Madusa & De Mey, 2003) is een therapievorm die veel overeenkomsten vertoont met mindfulness-based cognitive therapy. Behalve op mindfulness richt men zich in deze behandeling ook op het accepteren van cognities, waarbij men ervan uitgaat dat juist door dat accepteren de invloed van dergelijke cognities op het doen en laten van de patiënt verandert. Op het

gebied van angststoornissen is in beperkte mate gecontroleerd onderzoek verricht met acceptance and commitment therapy. Bij de behandeling van sociale fobie en de angst voor wiskunde(!) (zie ook Hayes et al., 2003) bleek dat acceptance and commitment therapy minstens zo effectief was als gedragstherapie of cognitieve therapie.

‘Attention training technique’ (ATT; Wells, 2000) is nog een methode die zich meer op het cognitieve proces richt dan op de inhoud van het denken. In korte trainingssessies waarbij men de patiënt met verschillende geluiden confronteert, leert deze zijn aandacht te richten op een specifiek geluid (‘selectieve aandacht’), zijn aandacht snel te verleggen van de ene naar de andere geluidsbron (‘switchen van de aandacht’) en zijn aandacht over verschillende geluiden tegelijk te verdelen (‘verdeelde aandacht’). De methode lijkt sterk op een interventie die in Nederland is beschreven voor de behandeling van bloosangst: taakconcentratietraining (Bögels, Mulkens & De Jong, 1995).

Nu beschrijven we anti-piekertraining, een interventie die eveneens is gericht op het cognitieve proces achter piekeren en niet op de inhoud ervan. De methode maakt deel uit van een serie interventies die op het ogenblik voor verschillende emotionele problemen wordt ontwikkeld (Korrelboom, 2003a; Korrelboom & Appelo, 2002; Korrelboom & Ten Broeke, 1998; 2004). Zoals veel van deze zogenaamde emotieregulatietrainingen is anti-piekertraining gebaseerd op de principes van contraconditionering.

Theoretische achtergrond

Zoals gezegd is contraconditionering het belangrijkste theoretische fundament van de interventie. Bij contraconditionering tracht men een nieuwe betekenis te associëren met een prikkel die nu nog tot een disfunctionele reactie leidt. In systematische desensitisatie tracht men dat doorgaans te bereiken door de patiënt zich te laten ontspannen terwijl hij zich voorstelt in een voor hem tot dan toe angstwekkende situatie te verkeren (Wolpe, 1990). Ontspanning wordt daarbij beschouwd als een met angst incompatibele reactie. Door deze reactie in verband te brengen met een angstprikkel, zal de angst voor die prikkel geleidelijk aan desensitiseren.

In een andere toepassing van contraconditionering wordt de incompatibele reactie ingevuld aan de hand van het emotiemodel van Lang (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Lang stelt dat emoties cognitief zijn gerepresenteerd in de vorm van informatie over stimuli, responsen en betekenissen, waarbij deze informatie is georganiseerd in cognitieve netwerken. Wanneer voldoende elementen in zo’n netwerk worden geactiveerd, wordt de betreffende emotie voelbaar voor de patiënt en zichtbaar voor de buitenwereld: men is geëmotioneerd (Lang, 1985). Bezien vanuit het emotiemodel van Lang bestaat contraconditionering eruit dat men nieuwe respons- en betekenisinformatie, die incompatibel is met de bestaande disfunctionele informatie hierover, wil associëren met de reeds aanwezige stimulusinformatie. Op deze wijze wil men een nieuw functioneel cognitief netwerk laten ontstaan rondom het betreffende emotionele thema (Korrelboom & Ten Broeke, 1998).

Contraconditionering bij piekeren richt zich meer dan bij contraconditionering van bijvoorbeeld trauma, negatief zelfbeeld of frustratiegevoeligheid, op het cognitieve

proces en minder op de inhoud. Piekeren wordt gezien als een disfunctionele oplossingsstrategie die de patiënt moet leren loslaten. Op dat loslaten tracht de interventie aan te grijpen. Daarbij kan men 'loslaten' zien als concreet nieuw gedrag, maar wellicht beter nog als een bepaalde nieuwe houding of attitude in de zin van 'onverschilligheid' of 'distantie'.

Organisatie

De interventie is een stappenplan. Er zijn zeven stappen, die in de zittingen en in huiswerkopdrachten worden toegepast (tabel 1). Sommige stappen, zoals registratie, lopen door gedurende de hele interventie. Aan andere stappen besteedt men aandacht gedurende één of twee sessies. De interventie kan individueel en in groepsverband worden uitgevoerd. In het laatste geval gaat het om een aanvullende behandelmodule waarnaar de patiënt expliciet is verwezen. In beide gevallen (groep of individueel) krijgt de patiënt een volledig en uitgebreid draaiboek waarin alle stappen en de achtergronden van de interventie uitvoerig staan beschreven (Korrelboom, 2003b). In de huidige vorm omvat de interventie zeven zittingen. Onderzoek zal moeten uitmaken of dit voldoende is.

De zeven stappen

Een overzicht van de stappen, te vinden in tabel 1, zullen we hier toelichten.

Tabel 1 Stappenplan voor anti-piekertraining.

Stap	Interventie
1	<i>Motivatie</i> verhogen: de voor en de nadelen van piekeren
2	<i>Rationale</i> : piekeraars moeten hun vermogen om los te laten versterken
3	<i>Bewustwording</i> : doorlopende registratie plus bezinning
4	<i>Succeservaringen</i> met 'loslaten' naar voren halen
5	<i>Emotionele beleving</i> van 'loslaten' versterken
6	<i>Contraconditionering</i> : koppelen van 'loslaten' aan actuele piekerthema's
7	<i>Verdere toepassing</i> van 'loslaten' in het dagelijks leven

* De aantallen per cel kunnen variëren door het ontbreken van gegevens.

Eerste stap

De eerste stap is bedoeld om de motivatie te verhogen. Men bespreekt en noteert de voor- en nadelen van piekeren en van niet-piekeren. Dan vraagt men de patiënt opnieuw expliciet of hij zijn neiging tot piekeren wil leren reduceren.

Tweede stap

In de tweede stap brengt de therapeut de *rationale* naar voren. Hij bespreekt piekeren als een uit de hand gelopen poging om een probleem op te lossen. Wie voor een probleem staat, denkt doorgaans eerst goed na hoe hij dat probleem het beste kan aanpakken. Vervolgens licht de therapeut de normale cyclus van probleem oplossen toe. Deze cyclus bestaat uit:

- het probleem benoemen;
- brainstormen over mogelijke oplossingen;

- een oplossing kiezen;
- deze uitvoeren;
- de resultaten evalueren;
- vervolgens dat resultaat accepteren of het proces opnieuw doorlopen (zie ook: D'Zurilla & Goldfried, 1971).

Nadenken kan tot piekeren verworden wanneer men een of meer van deze stappen niet adequaat uitvoert. De patiënt komt er, bijvoorbeeld, maar niet toe om een keuze te maken en blijft steken in de fases die daaraan voorafgaan. Of hij voert de gemaakte keuze niet uit. Of hij accepteert het resultaat niet en begint steeds opnieuw. Piekeren is dan geen poging meer om een probleem op te lossen, het is zelf een probleem geworden. Op die momenten moet men het piekeren kunnen loslaten. Voor wie dat moeilijk vindt, kan de anti-piekertraining uitkomst bieden. De rationale benadrukt dat iedereen tot op zekere hoogte zowel over het vermogen beschikt om zich in dingen vast te bijten, als over het vermogen om dingen los te laten. Piekers zijn doorgaans goed in vastbijten, maar betrekkelijk zwak in loslaten. In de anti-piekertraining leren zij hun vermogen tot loslaten te versterken. Men gaat door de training leren accepteren dat sommige dingen 'nu eenmaal gaan zoals ze gaan'.

Derde stap

De derde stap betreft een *doorlopende registratieopdracht*. Wie zijn neiging tot piekeren wil veranderen, zal zich er eerst beter bewust van moeten worden. Daartoe noteert de patiënt vanaf het begin van de training elke keer dat hij piekert. Deze registratie blijft hij gedurende de gehele behandeling volhouden. De registratie volgt het protocol van 'registratie plus bezinning' (Korrelboom & Ten Broeke, 2004; Lange, 2000). De patiënt noteert eerst zo veel mogelijk ter plaatse zijn gepieker en bezint zich later op de volgende vragen: hoe heftig was het piekeren; hoe zinvol was het; kan ik deze vorm van piekeren over dit onderwerp beter loslaten en zo ja, wat zou ik dan anders moeten doen. Uitsluitend op die laatste piekerthema's richten zich vervolgens de interventies.

Vierde stap

De vierde stap bouwt voort op de rationale dat iedereen het vermogen heeft om dingen los te laten. De therapeut gaat met de patiënt na in hoeverre hij ooit in staat is geweest om dingen die hem in eerste instantie emotioneel bezighielden, te laten rusten. Hij haalt 'oude successen' in het loslaten op. Denk hierbij aan verhuizingen waartegen de patiënt opzag; aan verloren vriendschappen, waar hij lang bij heeft stilgestaan; aan verloren wedstrijden die nog lang in het hoofd bleven hangen; aan liefdes die nooit werden beantwoord, maar die slechts moeilijk konden worden 'vergeten', et cetera. Steeds gaat het erom gebeurtenissen te vinden waarmee de patiënt zich ooit (gisteren, vorig jaar, twintig jaar geleden) sterk bezighield, maar die hij op een gegeven moment (na een dag, een week, een jaar, twintig jaar) toch heeft kunnen loslaten. Als huiswerk gaat de patiënt registreren welke ervaringen hij op dit gebied zoal van zichzelf kent. De therapeut verzoekt hem om de aard van de gebeurtenis te noteren, maar ook het emotionele thema ervan en de wijze waarop hij nu tegen die gebeurtenis aankijkt.

Vijfde stap

De vijfde stap volgt als de patiënt aan de hand van de registraties een of meer succesvolle pogingen heeft gevonden, waarin hij erin is geslaagd om een met piekeren en 'vastbijten' incompatibele attitude (bijvoorbeeld: 'loslaten'; 'accepteren dat het is zoals het is'; 'er onverschillig over zijn'; 'erboven staan') aan te nemen. De patiënt gaat leren om zich

beter in die incompatibele attitudes in te leven. De therapeut vraagt de patiënt om zich de situatie die destijds is 'losgelaten' voor te stellen. Vervolgens vraagt hij hem het *bijbehorende gevoel zo sterk mogelijk te maken*. Daartoe moeten de drie niveaus waarop het succesvolle 'loslaten' volgens Langs model cognitief is gerepresenteerd, worden geconcretiseerd. De patiënt moet eerst het beeld van de situatie oproepen, maar het daarbij, bijvoorbeeld, verkleinen (stimulusrepresentatie):

'Roep dat beeld op van die gemiste strafschop. Kijk ernaar als door een filmcamera. Maak het beeld vervolgens kleiner door "uit te zoomen". Het is voorbij, het is lang geleden, het is een gebeurtenis die er nu niet meer toe doet. Maak hem maar klein.'

Door de responsrepresentaties enigszins te overdrijven, kan de patiënt vervolgens de kennis over gedrag in het emotionele netwerk versterken:

'Kijk naar dat mannetje in de verte die zijn strafschop voor het kampioenschap mist. Haal je schouders op en laat ze ook maar vallen. Het is niet anders. Wat gebeurd is, is gebeurd. Je accepteert dat het is zoals het is. Laat die acceptatie maar zien op je gezicht en in je houding.'

Elders wordt uitgebreid ingegaan op de rol die de motoriek van met name lichaamshouding en gelaatsuitdrukking kan spelen bij het 'voelbaar maken' van emoties (Camras, Holland & Patterson, 1993; Korrelboom & Ten Broeke, 2004). In de theorie van Lang kunnen zij worden beschouwd als belangrijke manifestaties van de responsinformatie in het emotionele netwerk.

Ten slotte moedigt men de patiënt in deze vijfde stap aan om expliciet met piekeren en vasthouden incompatibele betekenisrepresentaties te activeren. Deze worden geacht uit 'talige' informatie te bestaan in de vorm van zelfspraak:

"Terwijl je het beeld voor je ziet en je je schouders ophaalt en laat vallen, zeg je tegen jezelf: "Het is niet anders; ik moet het overlaten; ik laat het los." "

De therapeut en de patiënt maken altijd in overleg keuzes voor verandering in het beeld ('kleiner maken', 'vervagen', 'verkleuren', et cetera), in houding en andere motoriek ('berusting', 'erboven staan', 'onverschilligheid', et cetera) en in zelfspraak ('ik moet het loslaten', 'ik kan het toch niet beïnvloeden', 'het laat mij koud', et cetera). Wanneer deze keuzes eenmaal zijn gemaakt, gaat de patiënt oefenen om het met piekeren incompatibele 'gevoel van loslaten' zo goed mogelijk te activeren.

Zesde stap

Wanneer hij dat eenmaal goed kan, is het tijd voor de zesde stap: de eigenlijke *contraconditionering*. Uit de doorlopende registraties kiest men één piekerthema. Vervolgens vraagt de therapeut aan de patiënt om dit onderwerp in beelden op te roepen. Dan moet de patiënt proberen dit onderwerp op dezelfde wijze los te laten als hij in de voorafgaande stap deed. Het beeld moet worden verkleind of vervaagd of verkleurd, in de lichaamshouding moet onverschilligheid, acceptatie of 'erboven staan' tot uitdrukking worden gebracht en bij wijze van zelfspraak richt de patiënt bij 'loslaten'

passende woorden tot zichzelf. Het essentiële verschil met de voorgaande stap is dat de patiënt nu een actueel piekerthema, geoperationaliseerd in beelden, tracht los te laten. Daarbij maakt hij dus gebruik van de geoperationaliseerde respons- en betekenisrepresentaties van het 'oude succes'.

Zevende stap

Stap zeven, ten slotte, is een *afsluitende stap*. Met de patiënt wordt besproken hoe hij voortaan kan proberen om zich in het dagelijks leven minder te laten leiden door zijn neiging tot piekeren. Daarbij neemt de therapeut in feite de stappen van de module nog eens op een overzichtelijke wijze door en spitst deze toe op aspecten waaraan de patiënt het meest heeft ontleend.

Plaats en timing van anti-piekertraining in de gehele behandeling

Piekeren komt niet uitsluitend voor bij de gegeneraliseerde angststoornis. Ook bij andere angststoornissen, stemmingsstoornissen, hypochondrie en verschillende persoonlijkheidsstoornissen wordt soms bovenmatig gepiekerd of gerumineerd. Terwijl piekeren vooral is onderzocht vanuit het angstonderzoek, heeft men rumineren vooral bestudeerd binnen het onderzoek naar depressie. Wat betreft vorm en inhoud vertonen beide denkstijlen veel overeenkomsten en weinig verschillen (Raes et al., 2003).

De hier beschreven interventie kan bij al die beelden worden ingezet. Voorwaarde is steeds dat de patiënt bereid moet zijn om zijn gepieker als disfunctioneel te beschouwen. Zolang deze nog van mening is dat het piekeren (of rumineren) ook voordelen heeft, of wanneer er sterke aanwijzingen zijn dat het piekeren inderdaad een concrete functie voor hem heeft (bijvoorbeeld doordat piekeren intrusieve angstbeelden inhibeert), kan de interventie nog niet worden toegepast. In die gevallen zullen eerst de disfunctionele metacognities van de patiënt nader moeten worden bewerkt, of moet men de patiënt eerst desensitiseren voor de angstbeelden die hij zo vreest. Voor dat laatste kan men van verschillende technieken gebruikmaken. De Jongh en Ten Broeke (2003) illustreren hoe EMDR daarbij een rol kan spelen.

Toch is het waarschijnlijk dat anti-piekertraining een plaats verdient in de behandeling van patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis. Samen met gespannenheid vormt piekeren immers het kernsymptoom van de stoornis. De training die hier staat beschreven, is opgezet als een aparte module van zeven bijeenkomsten die naast de doorlopende behandeling wordt gegeven. We gaan ervan uit dat de meeste patiënten aan zeven zittingen voldoende hebben om zich de interventie eigen te maken. Daarna zullen zij regelmatig moeten worden aangespoord om de interventie te blijven toepassen in het dagelijks leven. Deze inschatting is vooral gebaseerd op de ervaringen die inmiddels zijn opgedaan met vergelijkbare modules als zelfbeeld en impulscontrole (Korrelboom & Appelo, 2002).

Wetenschappelijke status van anti-piekertraining

Anti-piekertraining is nog niet wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit in de klinische praktijk. Het eerste draaiboek voor de interventie is pas recent voltooid (Korrelboom, 2003b). Een serie formele studies, die op stapel staat, zal de effectiviteit

en draagwijdte van deze interventie moeten aantonen. Daaruit zal ook moeten blijken in hoeverre het hier beschreven format van een aparte, naast de hoofdbehandeling verzorgde groepsmodule voldoet. Tegenover het ontbreken van klinisch empirisch onderzoek staat een grote hoeveelheid experimenteel onderzoek naar het emotiemodel dat aan de interventie ten grondslag ligt (Lang, 1985) en naar de effecten van allerlei varianten van contraconditionering (Gray, 1987; Wolpe, 1958).

Samenvatting en beschouwing

Gegeneraliseerde angststoornis is de angststoornis waarover wellicht het minst bekend is. Er bestaan behandelingen voor waarvan de effectiviteit is aangetoond, maar de mate van effectiviteit lijkt voorsnog achter te blijven bij die van andere angststoornissen. Dat geldt voor farmacotherapeutische en voor psychologische behandelmethoden. In de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (LSMR, 2003) wordt ten aanzien van gegeneraliseerde angststoornis geen principiële voorkeur uitgesproken voor een van beide behandelingen. Van de psychologische behandelingen zijn cognitieve therapie en gedragtherapie in de Richtlijn opgenomen, waarbij een lichte voorkeur wordt uitgesproken voor cognitieve therapie. Op het ogenblik worden diverse samengestelde behandelprotocollen ontwikkeld waarin meerdere interventies, die ieder voor zich aangrijpen op deelaspecten van de stoornis, in combinatie met elkaar worden toegepast. Gecontroleerde onderzoeken naar de effectiviteit van deze behandelingen hebben voorsnog onvoldoende omvang om al definitieve uitspraken over de waarde ervan te kunnen doen (Craske, 1999).

Binnen cognitieve therapie is de laatste jaren een ontwikkeling op gang gekomen die zich meer richt op de beïnvloeding van het cognitieve proces dan op de beïnvloeding van de inhoud van allerlei cognities. Voorbeelden zijn: mindfulness-based cognitive therapy (Kabat-Zinn et al., 1992; Segal et al., 2002); acceptance and commitment therapy (Hayes et al., 2003) en attention training technique (Wells, 2000). Deze ontwikkeling kan ook betekenis hebben voor het beïnvloeden van piekeren als een van de kernsymptomen van de gegeneraliseerde angststoornis. Immers, bij piekeren gaat het er dikwijls niet zozeer om dat de patiënt de inhoud van zijn gepiekerd verandert (dat is ook de reden dat nauwelijks op de *inhoud* van de piekergedachten wordt ingegaan), hij moet leren het piekerproces op te geven, ervan los te komen. In dat kader is uitvoerig stilgestaan bij een vierde interventie, die op juist dat cognitieve proces is gericht, de anti-piekertraining (Korrelboom, 2003b).

abstract

The nature and efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder have been reviewed. Several interventions were discussed that are aimed at one of the core symptoms of the disorder: worry. Furthermore a recent development in cognitive therapy was highlighted: interventions that are not directed at the contents of the patients thoughts but rather at his thinking style and the process of his thinking. References were made to mindfulness based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy and attention training technique. Furthermore, a new intervention was discussed for the treatment of worry: anti-worry training. This is a short program consisting of seven different phases. It is based on a modern view on the principles of counter-conditioning and can be applied in an

individual setting as well as in a group setting. Research into the efficacy and the applicability of this program will have to be done.

Referenties

- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders. Fourth edition*. New York: American Psychiatric Association.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 633-646.
- Bernstein, D.A., & Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Bijl, R.V., Zessen, G. van, & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Boeijen, C., Visser, S., & Balkom, A. van (2001). Gegeneraliseerde angststoornis. In A. van Balkom, P. van Oppen & R. van Dyck (red.), *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bögels, S., Mulkens, S., & Jong, P. de (1995). Overmatig zelfbewustzijn en taakconcentratie: een nieuw model voor de behandeling van bloosangst. *Gedragstherapie*, 28, 153-175.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying. Perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Borkovec, T.D., & Whisman, M.A. (1996). Psychosocial treatments for generalized anxiety disorder. In M. Mavissakalian & R. Prien (Eds.), *Long-term treatment of anxiety disorders*. Washington DC.: American Psychiatric Association.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research & Therapy*, 21, 9-16.
- Brown, T.A., O'Leary, T., & Barlow, D.H. (1994). Generalized anxiety disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders. Second edition*. New York: The Guilford Press.
- Butler, G. (1996). Treatment of worry in generalized anxiety disorder. In G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying. Perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 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: Westview Press.
- Craske, M.G., Barlow, D.H., & O'Leary, T.A. (1992). *Master of your anxiety and worry*. Albany, New York: Graywind Publications.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Davey, G.C.L. (1994). Pathological worrying as exacerbated Problem-solving. In G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying. Perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Gray, J.A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hayes, S.C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment therapy: een derde generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 36, 69-97.
- Hunt, C.J. (2002). The current status of the diagnostic validity and treatment of generalized anxiety disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 157-162.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., & Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.

- 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. (2002). *Deelprogramma cluster agressie en conflicten*. Den Haag: Parnassia, interne publicatie.
- Korrelboom, C.W. (2003a). Mogelijkheden van cognitieve gedragstherapie bij moeilijke mensen: de module frustratietolerantie. In W.A. Hoogduin, C.A.L. Hoogduin & C.R. Peters van Neijenhof (red.), *Moeilijke mensen: naar een professionele aanpak*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Korrelboom, C.W. (2003b): 'Opdringende gedachtes die je maar niet kunt loslaten'. *Clëntenboek voor piekerende patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis*. Den Haag: Parnassia, interne publicatie.
- Korrelboom, C.W., & Appelo, M.T. (2002). Geef de stuurlozen het roer: contraconditionering en coping bij borderline-problematiek. In C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo (red.), *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- 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.
- 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, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lange, A. (2000). *Gedragverandering in gezinnen*. Groningen: Noordhoff, Wolters.
- Lange, A., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Smit, M. (2003). Interapy Burn-out; preventie en behandeling van burn-out via het internet. *Directieve Therapie*, 23, 121-146.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press. LSMR, 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.
- Meekeren, E. van (2000). De regievoering in de behandeling van borderline patiënten; context en eenheid van behandeling. *Directieve Therapie*, 20, 216-229.
- Michelson, L., & Ascher, L.M. (1984). Paradoxical intention in the treatment of agoraphobia and other anxiety disorders. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 15, 215-220.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Öst, L.-G., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 38, 777-790.
- Raes, F., Hermans, D., & Eelen, P. (2003). Rumineren bij depressie, of: hoe stilstaan eigenlijk achteruitgang is. *Gedragstherapie*, 36, 147-165.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002): *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Wegner, D.M. (1994). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Fourth edition. Oxford: Pergamon.