



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

De gegeneraliseerde angststoornis: recente ontwikkelingen in theorie en behandeling

Colin van der Heiden, Peter Muris en Henk van der Molen*

Samenvatting

Pas de laatste twee decennia is het onderzoek naar de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis op gang gekomen. Hoewel vooral cognitieve therapie effectief bleek, bleven ook de resultaten daarvan achter bij de behandeling van andere angststoornissen. Dit zou te wijten zijn aan het ontbreken van een stoornis-specifiek model. Recent zijn er twee specifieke modellen voor de gegeneraliseerde angststoornis ontwikkeld. Deze modellen en de daarop gebaseerde behandelprogramma's worden in dit artikel beschreven.

Inleiding

De gegeneraliseerde angststoornis (GAS) mag zich pas recent verheugen in toenemende aandacht van theoretici en onderzoekers. Dit is vooral een gevolg van verheldering van de diagnostische criteria in de DSM-III-R (APA, 1987) en de DSM-IV (APA, 1994). Voordien was de GAS min of meer een restclassificatie. Dit verklaart mede de beperkte aandacht voor theorievorming over en behandeling van de GAS. In de DSM-III-R werd excessief en/of onrealistisch piekeren over minimaal twee onderwerpen als centraal kenmerk van de GAS benoemd. In de DSM-IV werd de oncontroleerbaarheid van het piekeren daar als tweede specifieke criterium aan toegevoegd. Hiermee verwierf de GAS zich de status van zelfstandige classificatie en kwam theorievorming over en onderzoek naar de aard van de GAS op gang (Dugas, 2000; Roemer & Orsillo, 2002). Ook werden specifieke behandelmethoden beschreven (Brown, O'Leary, & Barlow, 1993; Dugas & Ladouceur, 2000; Wells, 1995, 1997; Korrelboom, Visser, & Ten Broeke, 2004).

Hoewel de klachten volgens de DSM-IV-criteria slechts minimaal zes maanden aanwezig hoeven te zijn voor het stellen van de diagnose GAS, is er meestal sprake van een levenslange geschiedenis van de klachten, zonder een duidelijk beginpunt (Brown et al., 1993; Rapee, 1991). Onderzoek wijst op een hoog niveau van 'trait anxiety' bij de gegeneraliseerde angststoornis (Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991; Rapee, 1991; Barlow, 1988), wat verschillende theoretici ertoe heeft gebracht voor te stellen de GAS als persoonlijkheidsstoornis te conceptualiseren. Hoe dan ook is de GAS een chronische,

* DRS. C. VAN DER HEIDEN, gz-psycholoog-psychotherapeut, is als behandelaar, opleider en onderzoeker werkzaam bij Ensis, instelling voor kortdurende behandeling. Correspondentieadres: Coolsingel 65, 3012 AC Rotterdam. E-mail: c.vanderheiden@ensis.nu
PROF. DR. P. MURIS is als hoogleraar klinische en gezondheidspsychologie verbonden aan het Instituut voor Psychologie van de Faculteit der Sociale Wetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam.
PROF. DR. H.T. VAN DER MOLEN is als hoogleraar psychologie verbonden aan het Instituut voor Psychologie van de Faculteit der Sociale Wetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam en aan de Faculteit Psychologie van de Open Universiteit Nederland.

pervasieve stoornis (Roemer & Orsillo, 2002), waarbij de kans op spontaan herstel klein is (slechts in 8% van de gevallen; Yonkers, Warshaw, Massion, & Keller, 1996).

Zowel piekeren als de GAS komen veel voor (Eysenck, 1992; Van Boeijen, Visser, & Van Balkom, 2001) en veroorzaken aanzienlijk lijden (Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994). De 12-maandsprevalentie van de gegeneraliseerde angststoornis is 3,1%, de lifetime prevalentie 5,1% (APA, 1994). Hoehn-Saric (1998) spreekt zelfs van de meest voorkomende angststoornis, Craske (1999) vindt het voorkomen van de gegeneraliseerde angststoornis vergelijkbaar met de paniekstoornis en de dwangstoornis. Uit Nederlands onderzoek komt een iets ander beeld naar voren (zie ook Korrelboom et al., 2004). De lifetime prevalentie blijkt in ons land 2,3% (Bijl, Van Zessen, & Ravelli, 1997). Desondanks stellen Van Boeijen et al. (2001) dat de gegeneraliseerde angststoornis de meest voorkomende diagnose is in de huisartsenpraktijk is. Schattingen van de prevalentie in huisartsenpraktijken lopen uiteen van 2-8% (Robinson, 1993) tot 10-15% (Goldberg, 1995). In de helft van de gevallen zou de GAS niet als zodanig herkend worden, maar als een somatisch probleem behandeld worden (Ten Broeke, Biert, & De Jongh, 1995). Daarbij komt nog dat slechts de helft van de mensen met deze stoornis een arts consulteert (Tonks, 2003). Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt de GAS dikwijls als aanvullende (comorbide) diagnose gesteld, naast een andere angststoornis of naast een stemmingsstoornis. De behandeling richt zich dan niet zelden alleen op de primaire diagnose en niet op de gegeneraliseerde angststoornis (Korrelboom et al., 2004).

In de loop der jaren zijn verschillende behandelmethoden ontwikkeld en onderzocht bij de GAS. Hoewel verschillende directieve methoden als applied relaxation, anxiety management en cognitieve interventies tot significante afname van klachten leidden (Borkovec & Costello, 1993; Dugas & Turvey, 1987; Öst & Breitholtz, 2000), bleef de effectiviteit achter bij de resultaten van cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's voor andere angststoornissen (Hunt, 2002; Wells & Butler, 1997). Cognitieve therapie bleek in vergelijkend onderzoek, zeker op langere termijn, effectiever dan andere therapievormen (non-directieve therapie, angstmanagementtraining, applied relaxation, exposure therapie) (DeRubeis & Crits-Cristoph, 1998; Durham et al., 1999). Op basis van die gegevens wordt cognitieve therapie aangemerkt als behandeling van eerste voorkeur (zie ook Gould, Otto, Pollack, & Yap, 1997; Tonks, 2003). Ook in de 'Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen' (LSMR, 2003) wordt cognitieve therapie als meest effectief op de lange termijn aangemerkt, hoewel er geen voorkeur wordt uitgesproken in vergelijking met farmacotherapie. Desondanks valt ook na een cognitieve therapie slechts ongeveer 60% van de cliënten met de diagnose GAS in de normale range van functioneren (Elgersma & Arntz, 1999), terwijl uit sommige studies blijkt dat cliënten na afloop van de behandeling nog altijd gemiddeld 40% van de dag piekeren (Craske, 1999).

Wells (1997) zag als verklaring voor de beperkte resultaten het ontbreken van een stoornis-specifiek model voor de behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis. Inmiddels zijn er twee stoornis-specifieke modellen voor de GAS ontwikkeld, beiden binnen het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader. Omdat deze modellen in het Nederlandse taalgebied relatief onbekend zijn, worden ze tezamen met de daarop gebaseerde behandelprogramma's in dit artikel toegelicht.

Het metacognitieve model van Wells

Theorie

Centraal in het model van Wells (1995; 1997) staat het onderscheid tussen enerzijds de inhoud en anderzijds de eigen inschatting van het piekeren (bijvoorbeeld 'Ik moet piekeren om controle te houden'). Daar de inhoud van GAS-piekeren niet te onderscheiden bleek van de inhoud van 'normaal' piekeren, veronderstelde Wells dat niet de inhoud (het zogenaamde type-I-piekeren) verantwoordelijk is voor de stoornis, maar het eigen oordeel over het piekeren (het zogenaamde type-II- ofwel meta-piekeren). In recente onderzoeken vonden Wells en Carter (1999; 2001) bevestiging voor een dergelijke samenhang, die onafhankelijk bleek van 'trait anxiety' en de inhoud van piekeren.

In het model wordt ervan uitgegaan dat de GAS zich geleidelijk, over een langere tijd ontwikkelt. Piekeren wordt aanvankelijk gebruikt als copingstrategie voor echte of veronderstelde problemen. De strategie is gebaseerd op positieve inschattingen die iemand heeft over piekeren, de zogenaamde positieve metacognities. Het gaat dan eigenlijk meer om 'anticiperen' dan om het (per definitie) negatief geladen piekeren. Positieve metacognities zijn aangeleerd door modelleren of bekrachtiging (zie ook Borkovec, Hazlett-Stevens, & Diaz, 1999). Als bijvoorbeeld gevreesde gebeurtenissen uitblijven, kan er een verband gelegd worden met het piekeren over die gebeurtenissen. Dit verband kan in het geheugen gerepresenteerd worden als (bijvoorbeeld) 'Piekeren helpt me negatieve gebeurtenissen te voorkomen' of 'Door piekeren ben ik goed voorbereid'. Op grond van dergelijke positieve associaties zal piekeren steeds vaker als coping- of veiligheidsstrategie worden gebruikt. Op korte termijn leidt dit tot de veronderstelde positieve resultaten: gevreesde gebeurtenissen vinden niet plaats en gevoelens van spanning en angst nemen af. Op de langere termijn blijft het piekeren in stand en wordt zelfs verder versterkt. Bovendien kan het piekeren leiden tot een grotere gevoeligheid voor 'gevaargerelateerde' informatie. Dat wil zeggen dat men steeds meer neutrale situaties als gevaarlijk gaat interpreteren en grotere aandacht krijgt voor bedreigende aspecten van een situatie. Bovendien worden er door het voortdurende gepieker steeds meer mogelijke negatieve uitkomsten gegenereerd, die elk weer kunnen leiden tot verder piekeren.

Ab, de piekerende bankemployé

Ab is een 38-jarige bankemployé, die door zijn bedrijfsarts wordt verwezen in verband met frequente kortdurende ziekmeldingen vanwege spanningsklachten (hoofdpijn, prikkelbaarheid, rusteloosheid, gejaagd voelen), piekeren en vermoeidheid. Dit patroon is ontstaan na een reorganisatie anderhalf jaar eerder, waarbij Ab zijn functie van groepsleider kwijtraakte. In de inventarisatiefase rapporteert Ab een al lang bestaande geschiedenis van spanningsklachten en zich zorgen maken. Hij is een piekeraar 'net als zijn moeder'. Hij heeft zo lang hij zich kan herinneren de neiging overal het negatieve van in te zien en zich over allerlei zaken zorgen te maken. Bij doorvragen lijkt zijn moeder als rolmodel gefungeerd te hebben. Zij had als stelregel 'als je maar goed over de dingen nadenkt, kom je nooit voor verrassingen te staan'.

In de loop van de tijd neemt het gebruik van de (in de beleving van de cliënt) succesvolle copingstrategie in frequentie en tijd toe. Dit kan dusdanige vormen aannemen dat het piekeren als onbeheersbaar of schadelijk beleefd gaat worden. In plaats van alleen als positief wordt het piekeren dan ook als negatief beoordeeld (negatieve metacognities). Ook nieuwe informatie kan leiden tot een negatieve beoordeling van het piekeren. Als bijvoorbeeld een rolmodel dat veel piekerde een hartaanval krijgt of depressief wordt, of als men zelf steeds meer klachten (bijvoorbeeld hoofdpijn) krijgt door het piekeren, kan het piekeren als negatief of zelfs bedreigend beleefd gaan worden. Tot slot kunnen algemene opvattingen in de maatschappij (door Wells als algemene folklore aangeduid) over gevaren van stress en piekeren bijdragen aan het ontstaan van negatieve metacognities.

De afgelopen twee jaar is het piekeren van Ab sterk toegenomen. Als oorzaak ziet hij verschillende stresserende gebeurtenissen. Ten eerste de gezondheidsproblemen van zijn echtgenote. Zij is overspannen en heeft last van een maagzweer. Ten tweede de (volgens Ab) langzame ontwikkeling van zijn 7-jarige dochtertje. Ook over de genoemde reorganisatie en degradatie op zijn werk en over de daling van de beurskoersen piekert hij veel. Tot slot zijn zijn eigen spanningsklachten in reactie op het gepieker een onderwerp van piekeren. Ab bedenkt voortdurend rampscenario's over deze en andere situaties. Zo is hij bang dat zijn dochtertje niet goed zal mee kunnen komen op school, waardoor ze geen baan zal kunnen vinden en altijd alleen zal blijven. Daardoor zal ze psychische klachten krijgen en mogelijk zelfs suïcidaal worden. Als hij piekert over de degradatie op zijn werk, denkt hij veroordeeld te worden op fouten, wat weer tot gevolg zou hebben dat hij ontslagen wordt. Dat zou tot financiële problemen kunnen leiden, waardoor hij zijn huis en auto moet verkopen. Daardoor zal hij door zijn gezin in de steek gelaten worden.

Inmiddels piekert hij naar eigen zeggen voortdurend. Is hij 'uitgepiekerd' over het ene onderwerp, dan dient het volgende onderwerp om over te piekeren zich alweer aan. Door het piekeren slaapt hij slecht. Hij wordt daardoor steeds vermoeider en krijgt steeds meer last van lichamelijke spanningsklachten. Hij kan het denken niet stopzetten. Dat leidt tot zorgen over de gevolgen die het voortdurende piekeren kan hebben voor zijn gezondheid en gezin, en voor zijn leven in het algemeen. Hij is vooral bang door het piekeren depressief te worden en daardoor door zijn gezin in de steek gelaten te zullen worden. Ab trekt hierbij de vergelijking met zijn moeder. Ook zij werd depressief, wat volgens Ab de oorzaak was van de scheiding van zijn ouders (Ab was toen overigens al ruim tien jaar het huis uit).

De negatieve metacognities leiden tot 'piekeren over het piekeren' (bijvoorbeeld: 'Straks word ik nog gek van dat gepieker'), door Wells als type-II-piekeren aangeduid. Dit type-II-piekeren geeft gevoelens van spanning en angst (*emotionele responsen*), die geïnterpreteerd kunnen worden als een bevestiging van de negatieve metacognities. De klachten zullen dan toenemen. Om te voorkomen dat dit zichzelf versterkende proces in werking treedt, probeert de cliënt het piekeren zelf te voorkomen dan wel de negatieve gevolgen ervan te reduceren. Verschillende strategieën kunnen worden toegepast, die onderverdeeld kunnen worden in twee groepen: gedragsresponsen en gedachtecontrolepogingen.

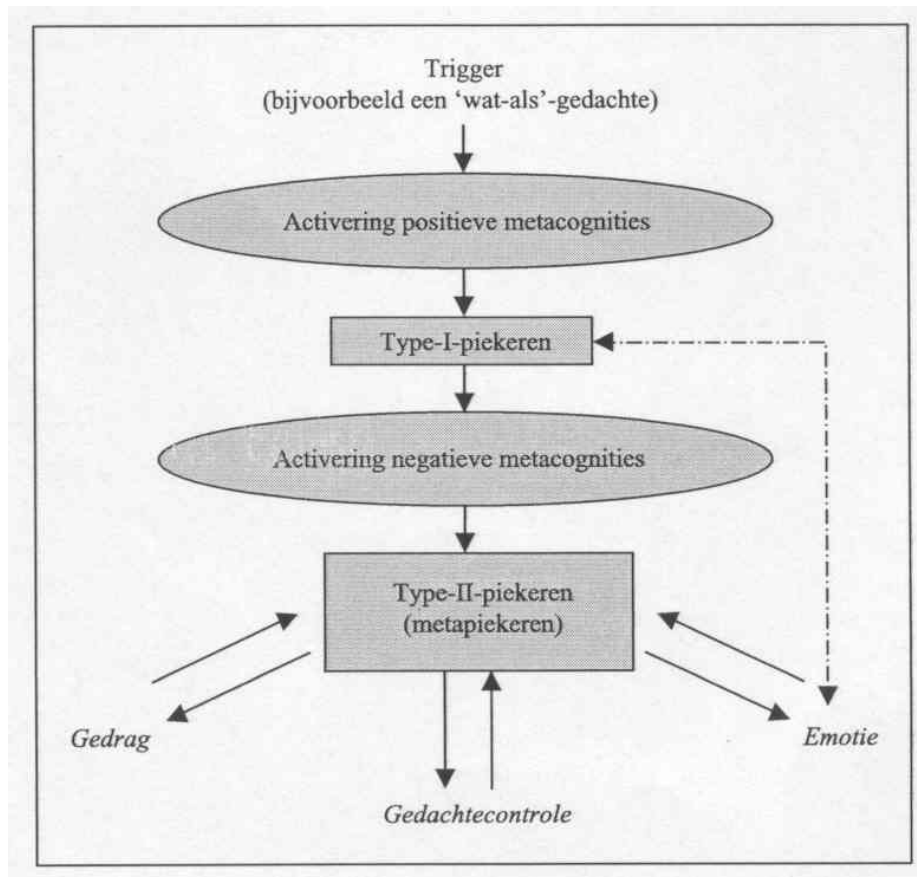
De '*gedragsresponsen*' kunnen onderverdeeld worden in verschillende categorieën. Ten eerste pogingen zaken of gebeurtenissen te vermijden die aanleiding kunnen geven tot piekeren. Een voorbeeld is het vermijden van bepaalde informatie uit de media (over ziekten of over inbraken in de buurt). Pogingen het piekeren zelf te vermijden

vormen een tweede categorie binnen de groep gedragsresponsen. Door voortdurend actief te blijven kan men trachten de aandacht van het piekeren af te leiden. Een laatste gedragsrespons is het zoeken van geruststelling. Vreest iemand bijvoorbeeld dat zijn dochter op weg naar school verongelukt zal zijn, dan geeft een telefoontje naar de school opluchting als blijkt dat de 'ramp' zich niet heeft voltrokken. Een ander voorbeeld is een belangrijke ander, bijvoorbeeld de partner of huisarts, om geruststelling vragen over de mogelijkheid gek te kunnen worden van piekeren.

Binnen de groep 'gedachtecontrolepogingen' (ofwel cognitieve pogingen het piekeren te beheersen) zijn eveneens enkele categorieën te onderscheiden. Ten eerste pogingen om het als bedreigend ingeschatte piekeren te onderdrukken. Gevolg hiervan is vaak juist een toename van het piekeren. (Dit bleek bijvoorbeeld uit het 'witte beer'-experiment (Wegner, 1989). Deelnemers die de instructie hadden gekregen niet aan een witte beer te denken, rapporteerden veel meer gedachten aan een witte beer dan deelnemers die te horen hadden gekregen dat ze wel aan een witte beer mochten denken). De toename van het piekeren als gevolg van de pogingen gedachten te onderdrukken kan weer leiden tot nieuwe negatieve metacognities of versterking van bestaande metacognities ('piekeren is oncontroleerbaar'). Een laatste gedachtecontrolepoging is piekeren te gebruiken als een manier om andere, nog bedreigender of aversievere beelden te blokkeren (piekeren als cognitieve vermijdingsstrategie; Borkovec & Inz, 1990). Op dit laatste aspect wordt later in dit artikel uitgebreider ingegaan.

Er is sprake van verschillende piekergedragingen bij Ab. Hij belt elke dag verschillende malen naar huis om te controleren of zijn echtgenote nog in orde is (terwijl het inmiddels veel beter met haar gaat), hij geeft zijn dochtertje bijles en probeert taken en situaties waarin hij beoordeeld kan worden, te vermijden. Om de kans op fouten te verkleinen plant hij activiteiten nauwkeurig. Ander actueel piekergedrag is zo min mogelijk van huis weggaan uit angst voor inbrekers. Dit naar aanleiding van recente berichten in de media over inbrekers in de omgeving van zijn woonplaats. Mediaberichten over ziekten probeert hij te vermijden. Dergelijke berichten leiden tot een sterke angst dat hij de betreffende ziekte ook zal krijgen. Ook probeert hij, tevergeefs, het piekeren te stoppen door ofwel afleiding te zoeken (kruiswoordpuzzels, televisie kijken) ofwel positief te denken.

Elk van de strategieën houdt de negatieve metacognities in stand, doordat voorkomen wordt dat strijdige informatie (bijvoorbeeld dat je van piekeren niet 'gek' wordt) voor de persoon toegankelijk wordt. Het cognitieve model van Wells (1997) wordt in figuur 1 weergegeven.



Figuur 1 Wells' cognitieve model van de GAS.

Het model van Wells wordt door verschillende onderzoeksgegevens ondersteund (zie ook Wells, 2002): zowel positieve als negatieve opvattingen over piekeren zijn positief gecorreleerd met de neiging tot pathologisch piekeren (Cartwright-Hatton & Wells, 1997), GAS-cliënten scoren hoger op de beoordeling van positieve redenen om te piekeren dan niet-angstige personen (Borkovec & Roemer, 1995), GAS-cliënten rapporteren significant meer negatieve opvattingen over piekeren dan cliënten met een paniekstoornis of sociale fobie en dan een niet-klinische controlegroep (Wells & Carter, 2001), type-II-piekeren is een betere voorspeller voor pathologisch piekeren dan type-I-piekeren (Wells & Carter, 1999) en negatieve metacognities bleken een voorspeller voor GAS (Nassif, 1999). Voor een uitgebreid overzicht wordt verwezen naar Wells (2004).

Behandeling

De implicatie van het model van Wells is dat het succesvol wijzigen van het type-II-piekeren (ofwel het meta-piekeren) essentieel is voor het slagen van de behandeling. Wells (2004) stelt dat de effectiviteit van de behandeling van de

gegeneraliseerde angststoornis zal toenemen, als de interventies direct op de metacognities gericht worden. Voor deze stelling bestaat tot nu toe nauwelijks empirische ondersteuning. Er is slechts een effectiviteitsstudie verricht naar metacognitieve therapie bij de GAS (zie Wells, 2004). Een belangrijke beperking van het onderzoek is het ontbreken van een controlegroep. Uit het onderzoek bleek dat de behandeling leidde tot grote en significante verbeteringen op maten voor piekeren, angst en depressie. Deze verbeteringen bleven behouden bij follow-ups na zes en twaalf maanden. Ruim 87% van de cliënten voldeed na behandeling niet meer aan de DSM-IV-TM-criteria voor de GAS. Op basis van dit open onderzoek kan niet gesteld worden dat het expliciet richten van de behandeling op de metacognities inderdaad leidt tot betere resultaten dan andere behandelprogramma's voor de GAS.

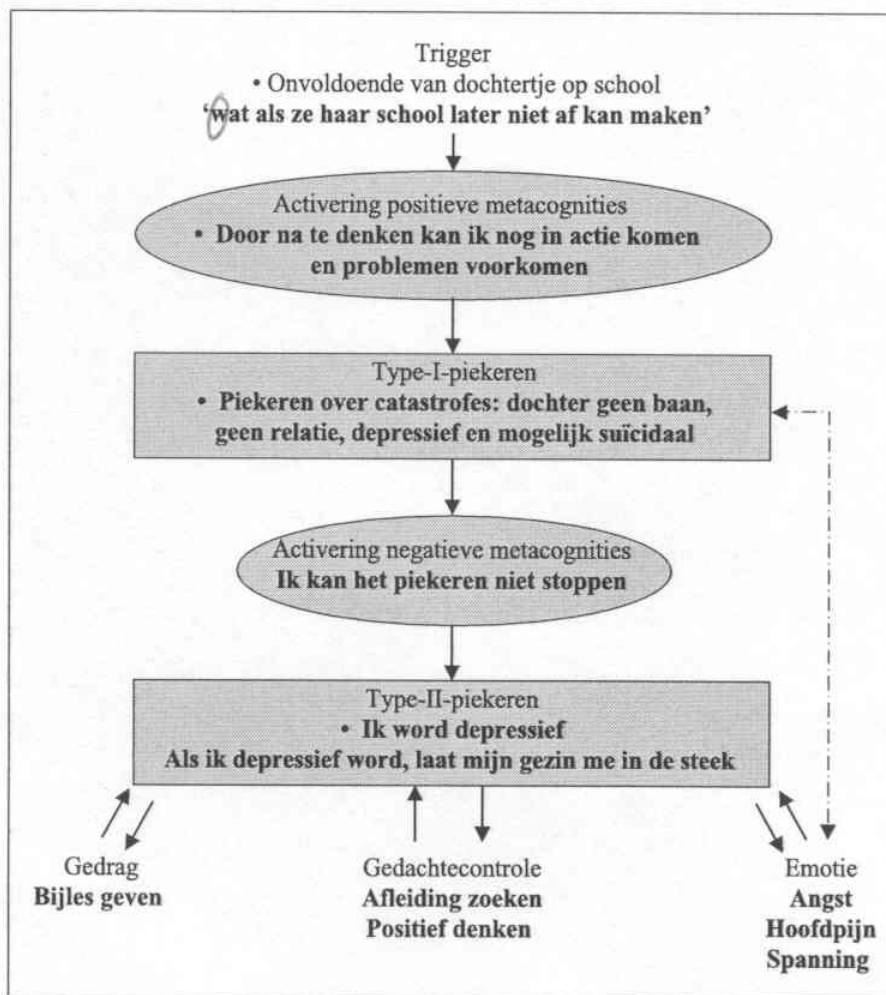
Voor het onderzoeken en wijzigen van zowel negatieve als positieve metacognities wordt naast standaardtechnieken uit de cognitieve therapie (Beck, 1999; Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, & Schurink, 2004) ook gebruik gemaakt van specifiek voor het onderzoeken van metacognities ontwikkelde technieken (Wells, 1997). In zijn behandelingsprogramma heeft Wells verschillende fasen onderscheiden. Gestart wordt met het identificeren van type-II-piekeren (fase I). Vervolgens worden de negatieve metacognities onderzocht en gewijzigd, waarbij gestart wordt met opvattingen over oncontroleerbaarheid van piekeren en pas in tweede instantie met de andere negatieve metacognities (fase II). In de derde fase worden de positieve metacognities onderzocht. Afgesloten wordt met het exploreren en oefenen van alternatieve copingstrategieën om gevaar in te schatten en met veronderstelde bedreigingen om te gaan (fase IV). Onderscheidend ten opzichte van andere GAS-behandelprogramma's is dat de behandeling niet gericht is op de inhoud van het piekeren (type-I-piekeren) en dat er geen manieren aangeleerd worden om het piekeren onder controle te brengen of te houden.

Fase I: Identificeren van type-II-piekeren

Men begint met het opsporen van type-II-piekeren. Hiervoor staan de therapeut verschillende technieken ter beschikking. Ten eerste kan gericht gevraagd worden naar de beoordeling van het piekeren door te informeren naar de inschatting van de gevolgen, het ergste dat er volgens de cliënt zou kunnen gebeuren en de redenen waarom hij er niet mee stopt. Ten tweede kan er samen met de cliënt een voor- en nadelenlijst van het piekeren opgesteld worden. Een derde methode is een experiment voor te stellen, waarbij de cliënt gevraagd wordt zich op het piekeren te concentreren. Door dit experiment worden metacognities direct geactiveerd. Door na te vragen of de cliënt pogingen doet het denken te stoppen en zo ja, wat de reden daarvan is, komt men eveneens metacognities op het spoor.

Een laatste methode om metacognities op te sporen is het laten invullen van de Meta-Cognitie Vragenlijst (MCV; Hermans, Crombez, Van Rijsoort, & Laeremans, 1998), een vragenlijst om inter-individuele verschillen te meten met betrekking tot positieve en negatieve overtuigingen over piekeren en intrusieve gedachten. Deze vragenlijst die bestaat uit 65 items, is de geautoriseerde vertaling van de Meta Cognitions Questionnaire ontwikkeld door Cartwright-Hatton en Wells (1997). Uit onderzoek onder 581 proefpersonen bleek de MCV een intern consistent instrument te zijn met een goede test-hertestbetrouwbaarheid (Hermans, Crombez, Van Rijsoort, & Laeremans, 2002).

De negatieve metacognities kunnen bij Ab relatief eenvoudig geïdentificeerd worden. Op de vraag wat naar zijn idee de gevolgen van het vele piekeren kunnen zijn, antwoordt Ab dat hij bang is depressief te worden (negatieve metacognitie 1). Het ergste dat er vervolgens zou kunnen gebeuren is dat zijn gezin hem zal verlaten (negatieve metacognitie 2). Op de vraag waarom hij niet stopt met piekeren als het zo bedreigend voor hem is, antwoordt Ab dat hij het piekeren niet meer kan controleren (negatieve metacognitie 3). Op de vraag of het piekeren ook voordelen voor hem heeft of heeft gehad, antwoordt Ab dat hij door het piekeren jarenlang gedacht heeft in elk geval op het ergste voorbereid te zijn (positieve metacognitie 1). Ook dacht Ab dat hij door aan mogelijke problemen te denken nog actie kon ondernemen om die problemen te voorkomen (positieve metacognitie 2). In Figuur 2 worden de metacognities van Ab ingepast in het model van Wells.



Figuur 2 Probleemanalyse van Ab volgens het model van Wells.

Fase II: Onderzoeken en wijzigen van negatieve metacognities

Wells (1997) adviseert de interventies eerst te richten op negatieve metacognities over de oncontroleerbaarheid van het piekeren en pas in tweede instantie op de overige negatieve metacognities. Hiervoor paste Wells (1995; 1997) een aantal technieken uit de cognitieve therapie speciaal voor de GAS aan. Deze technieken kunnen worden onderverdeeld in verbale reattributietechnieken en gedragsexperimenten. Een voorbeeld van een specifiek op de GAS gerichte verbale techniek is te vragen of de cliënt ervaringen heeft gehad waarin het lukte de aandacht van het piekeren af te leiden. Als dat zo is, wordt besproken wat de betekenis van die ervaringen is voor de ingeschatte oncontroleerbaarheid van het piekeren. Een ander voorbeeld is het gebruik van dissonantietechnieken. Met de cliënt wordt het tegelijkertijd bestaan van positieve en negatieve metacognities besproken. Vervolgens wordt nagevraagd hoe de cliënt dit verklaart. Specifieke gedragsexperimenten die bij de behandeling van de GAS gebruikt kunnen worden, zijn het op vaste momenten oproepen van het piekeren ('gecontroleerde piekerperiodes') met als doel de beleefde oncontroleerbaarheid en het veronderstelde gevaar te testen, de paradoxale instructie geven het piekeren op te roepen en daarbij te proberen de controle te verliezen, en de cliënt te vragen bij spontane piekerperiodes 'erger' te gaan piekeren met als doel de gevreesde gevolgen te testen.

Ab's inschatting van de (on)controleerbaarheid van het piekeren wordt vooral met behulp van gedragsexperimenten onderzocht. Het oproepen van het piekeren (gecontroleerde piekerperiodes) geeft Ab een 'gevoel van controle'. Hij voelt zich minder gespannen en krijgt er zelfs een enigszins prettig gevoel bij. Zijn inschatting depressief te worden van het piekeren neemt daardoor ook wat af. Als hij vervolgens probeert bij de gecontroleerde piekerperiodes juist de controle te verliezen, merkt Ab dat het verliezen van de controle niet lukt. Sterker nog, na verloop van tijd neemt het piekeren af. Op basis van deze bevinding wordt afgesproken dat Ab stopt met gedachtecontrolepogingen, om te onderzoeken of het piekeren dan juist vanzelf afneemt. Dit blijkt het geval. Behalve geen pogingen meer te doen het piekeren te stoppen, wordt Ab ook gevraagd bij 'spontaan' piekeren te proberen het piekeren te versterken. Ook deze interventie heeft een paradoxaal effect: het piekeren neemt af als Ab probeert het erger te maken (in plaats van het te onderdrukken). Als gevolg van deze interventies verandert Ab's inschatting van de (on)controleerbaarheid van het piekeren in positieve zin. Zijn angst en het piekeren zelf nemen hierdoor af.

De volgende stap is het onderzoeken van de andere negatieve metacognities: 'van piekeren word ik depressief en dan zal mijn gezin me in de steek laten'. Deze metacognitie leent zich wat minder voor experimenten en meer voor verbale technieken. Begonnen wordt met het verzamelen van bewijzen voor en tegen deze opvatting. Het enige bewijs dat zijn opvatting ondersteunt is voor Ab de scheiding van zijn ouders, nadat zijn moeder door al haar gepiekerd depressief was geworden. Bewijzen die in strijd zijn met zijn opvatting, zijn dat zijn vrouw hem geregeld heeft verteld dat ze hem niet zal verlaten en dat ze van hem houdt, dat zijn huisarts en zijn behandelaar hem hebben uitgelegd dat piekeren veel voorkomt en niet automatisch leidt tot een depressie en dat hij een vriend heeft die depressief is geweest maar niet door zijn gezin verlaten is. Een laatste bewijs tegen zijn gedachte is dat hij al zijn leven lang piekert, maar nog nooit depressief is geweest. De kans dat hij van piekeren depressief wordt, schat Ab op basis van de bewijsovervoering lager in. De kans dat als hij depressief wordt zijn gezin hem verlaat, schat hij op nagenoeg nul. Toch geeft hij aan niet uit te sluiten van al het piekeren 'iets' te kunnen krijgen en er daarom toch graag van af te willen komen.

Fase III: Onderzoeken en wijzigen van positieve metacognities

Om te voorkomen dat piekeren ook in de toekomst als strategie gebruikt blijft worden, met het gevaar dat de klachten terugkeren, moeten ook de positieve metacognities bijgesteld worden. Ook hier kan naast standaard cognitieve interventies een aantal specifiek voor GAS ontwikkelde technieken gebruikt worden. Er kan bijvoorbeeld aan de cliënt gevraagd worden of hij zich situaties kan herinneren, waarin hij niet piekerde maar de afloop wel positief was. Ook kunnen zogenoemde mismatch-strategieën gebruikt worden. Deze zijn gericht op het onderzoeken van de aanname dat piekeren tot accurate voorspellingen leidt.

Er zijn twee vormen: een retrospectieve en een prospectieve variant. In de retrospectieve variant wordt een recente piekerperiode gedetailleerd uitgevraagd (met name de beangstigende voorspelling) en vergeleken met de uiteindelijke uitkomst. In de prospectieve variant worden zorgelijke gedachten over een toekomstige gebeurtenis opgespoord, waarna de cliënt gevraagd wordt de situatie op te zoeken. De reële uitkomst wordt in de volgende sessie vergeleken met de verwachte uitkomst. In beide varianten wordt aan de cliënt gevraagd wat de uitkomsten betekenen voor de houdbaarheid van de positieve metacognitie. Voorbeelden van specifieke gedragsexperimenten voor het toetsen van positieve metacognities zijn 'stoppen met piekeren'-experimenten om te toetsen of de gevreesde negatieve gevolgen van niet-piekeren optreden en een 'piekertoename'-experiment om te onderzoeken of de prestaties inderdaad beter worden door piekeren.

Gestart wordt met het verzamelen van de bewijzen voor en tegen de positieve metacognitie. Ab heeft een aantal bewijzen voor zijn gedachte dat hij door na te denken actie kan ondernemen om mogelijke problemen te voorkomen. Zo meent hij door de bijles aan zijn dochtertje een aantal onvoldoendes te hebben voorkomen. Daartegenover staat dat het piekeren vaak leidt tot spanningsklachten en dat hij inmiddels zo vaak mogelijke gevaren ziet, dat hij voortdurend bezig lijkt met het nadenken over oplossingen daarvoor. Uiteindelijk vindt hij nauwelijks oplossingen, maar komen de meeste veronderstelde 'rampen' ook niet uit. Deze bevindingen leiden tot een nieuwe gedachte: 'Soms helpt het nadenken over problemen, maar vaker werkt het juist tegen me: ik word er gespannen van en pieker zoveel en over zoveel zaken dat ik niet meer tot oplossingen kom. Bovendien komen mijn voorspellingen vaak helemaal niet uit.'

Vervolgens worden met Ab situaties doorgenomen waarin hij niet piekerde, maar de afloop wel positief was. In het begin komen er alleen wat oudere situaties naar boven bij Ab, want de laatste tijd piekerde hij over vrijwel alles. De oudere herinneringen helpen hem wel bij het ontkrachten van zijn positieve opvattingen over piekeren. Doordat het piekeren in de loop van de behandeling afneemt, doet Ab vaker ervaring op met situaties waarover hij niet gepiekerd heeft, maar die toch goed aflopen.

Fase IV: Oefenen met alternatieve manieren van informatieverwerking

In de laatste behandelfase worden manieren geoefend om anders met informatie om te gaan dan erover te piekeren. De interventies zijn enerzijds gericht op het modificeren van de overgevoeligheid (hypervigilantie) voor cognitieve bevestigende informatie (zoals letten op berichten in de media over inbrekers, de aandacht richten op lichamelijke verschijnselen als bewijs dat piekeren inderdaad tot bepaalde klachten leidt) en anderzijds op wijzigingen in de 'denkstrategie'. Ook hier staan de therapeut weer

verschillende technieken ter beschikking, die deels overlappen met technieken die ook in de andere fasen gebruikt konden worden.

Om de overgevoeligheid voor informatie die de eigen gedachtegang bevestigt te verminderen, worden standaard cognitieve technieken als de socratische dialoog, de taartpunttechniek, een logboek van positieve gebeurtenissen en gedragsexperimenten gebruikt (zie Beck, 1999; Ten Broeke et al., 2004). Doel is te leren de aandacht te richten op informatie die laat zien dat de gedachten niet of niet helemaal kloppen. Daardoor neemt de geloofwaardigheid van de oorspronkelijke gedachten af en kunnen er alternatieve gedachten geformuleerd worden, met als resultaat verandering van de negatieve gevoelens.

Ab let op elk foutje van zijn dochtertje, wat voor hem bewijs vormt dat ze een ontwikkelingsachterstand heeft. Om te zorgen dat hij ook aandacht krijgt voor positieve kanten van zijn dochtertje, wordt hem gevraagd een logboek van positieve gebeurtenissen over haar bij te houden. Ook krijgt hij de opdracht een mini-onderzoek te doen: hij interviewt haar onderwijzer en enkele ouders van klasgenootjes en zoekt informatie over de ontwikkeling van kinderen. Deze interventies nuanceren zijn beeld; zijn dochtertje is geen hoogvlieger, maar ze heeft geen ontwikkelingsachterstand. Ze wordt door anderen gezien als een lief en leuk kind, wat Ab eigenlijk ook wel belangrijk vindt. Bovendien reduceert dit zijn angst dat ze altijd alleen zal blijven. Ten aanzien van zijn angst voor inbrekers krijgt hij de instructie niet meer actief te zoeken naar informatie over inbraken in de buurt. Zijn angst neemt daardoor na verloop van tijd af, waardoor hij langzaam maar zeker ook weer meer activiteiten buitenshuis durft te ondernemen.

Wijzigingen in de 'denkstrategie' kunnen op drie manieren bereikt worden. Ten eerste kan de cliënt geleerd worden een nieuw einde voor oude zorgen te bedenken door in brainstormsessies positieve uitkomsten te genereren. Ook kan geoefend worden met het laten gaan van gedachten in plaats van ze te onderdrukken. Een laatste mogelijkheid zijn exposure- en responspreventieoefeningen (door Wells countervermijdingsstrategieën genoemd), zoals niet meer opbellen om te controleren of een belangrijke ander op de plaats van bestemming is gearriveerd, geen geruststelling meer vragen of vermeden informatie bewust gaan opzoeken.

Ab leert voor mogelijke probleemsituaties op vaste tijden alternatieve uitkomsten te bedenken en te noteren. Zo bedenkt hij naar aanleiding van de dalende beurskoersen dat de koersen zoals altijd uiteindelijk weer zullen verbeteren, dat hij kan wachten met het verkopen van aandelen tot de beurskoersen weer aantrekken en dat hij een te dragen verlies zal lijden bij eventuele verkoop als de beurskoersen toch ongunstig blijven. Hij wordt minder bang failliet te gaan, voelt zich rustiger en neemt het besluit in de toekomst te stoppen met de aandelenhandel. Wat betreft zijn dochter zet hij de reeds in gang gezette nuancering van zijn rampscenario door. Ook al is ze geen hoogvlieger op school, toch kan ze een baan vinden, ze wordt door anderen gewaardeerd om andere kwaliteiten en het vinden van een partner hangt niet alleen af van prestaties op school en in werk. Hij gaat haar met wat andere ogen bekijken en meer waarderen. In overleg stopt hij met het geven van bijles, zonder dat dit negatieve gevolgen heeft voor haar prestaties. Verder wordt hem gevraagd te stoppen met het vermijden van berichten over ziekten. De zorgen die dit soms nog oproept pakt hij met succes aan in zijn brainstormsessies, waarin hij alternatieve uitkomsten bedenkt.

Het 'intolerance of uncertainty'-model van Dugas

Theorie

In het model van Dugas, Gagnon, Ladouceur en Freeston (1998) staat 'intolerance of uncertainty' (IofU; het niet tolereren van onzekerheid) centraal. IofU wordt gedefinieerd als 'de neiging negatief te reageren op onzekere gebeurtenissen of situaties, ongeacht de kans dat deze optreden en ongeacht de gevolgen van de situaties of gebeurtenissen' (Ladouceur, Gosselin, & Dugas, 2000). Iemand met een hoge IofU zou het onaantvaardbaar vinden dat een negatieve gebeurtenis kan voorvallen, hoe klein die kans ook is (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001).

Volgens het model zou intolerance of uncertainty leiden tot toenemende 'rampscenari'o's' na een aanvankelijke 'wat als?'-vraag. Intolerance of uncertainty zou zelfs leiden tot het uitlokken van 'wat als?'-vragen zonder dat er een uitlokkende stimulus is (Dugas et al., 1998). Verondersteld wordt dat IofU het resultaat is van:

- 1 een lagere drempel voor het waarnemen van ambiguïteit;
- 2 sterkere reacties in ambigue situaties (er wordt meer onzekerheid en angst ervaren en meer gepiekerd in vergelijkbare situaties door mensen met een hoge IofU dan mensen met een lage IofU); en
- 3 het anticiperen op gevreesde toekomstige gevolgen van onzekerheid (Krohne, 1993).

Omdat het dagelijks leven per definitie veel onzekere en ambigue situaties omvat, zullen mensen met een hoge IofU dan ook veel mogelijke gevaren zien. Gevolg daarvan zijn vele zorgen en negatieve emoties, zoals angst en somberheid (Dugas, Freeston, Blais, & Ladouceur, 1994; Macleod & Mathews, 1988). Hiermee vertoont IofU veel overlap met piekeren, het centrale probleem van de gegeneraliseerde angststoornis, dat volgens onderzoeksgegevens (voor een overzicht wordt verwezen naar Ladouceur et al., 2000) gekenmerkt wordt door:

- 1 de neiging ambigue situaties als bedreigend te interpreteren;
- 2 een verhoogde kansschatting voor mogelijk gevaar; en
- 3 de neiging in onzekere situaties negatieve scenario's te genereren.

Uit onderzoek bleek dat IofU een sterke voorspeller is van de neiging tot piekeren (Dugas, Ladouceur, & Freeston, 1995; Lachance, Dugas, & Ladouceur, 1995) en geassocieerd is met piekeren (Ladouceur et al., 2000). Dugas et al. (2001) stelden op basis van deze gegevens dat piekeren mogelijk een gevolg is van IofU. De precieze aard van het verband tussen IofU en piekeren is echter nog altijd onduidelijk (Ladouceur et al., 2000). Uit onderzoek bleek verder dat IofU onderscheidend is voor de GAS ten opzichte van niet-klinische gemiddelde piekeraars (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1994), een normale populatie (Dugas et al., 1998) en andere angststoornissen zoals de obsessief-compulsieve stoornis, paniekstoornis en sociale fobie (Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998).

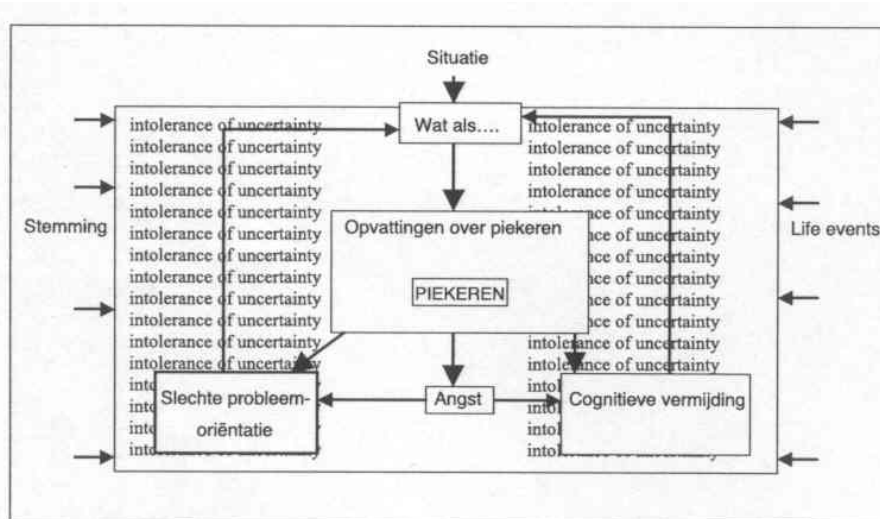
Diny, de zorgelijke aanstaande moeder met de vermeend ontrouwe partner

Diny (34 jaar) meldt zichzelf aan in verband met sterke gevoelens van onrust en vermoeidheid. De gevoelens van onrust heeft ze al zolang ze zich kan herinneren, zowel lichamelijk (niet

stil kunnen zitten) als geestelijk (voortdurend piekeren). De onrust resulteert geregeld in paniekaanvallen, die ze interpreteert als spanningsklacht. De paniekgevoelens nemen af door een bekende op te bellen of in haar dagboek te schrijven. Ze omschrijft zichzelf als een piekeraar, die altijd een negatieve kijk op zaken heeft.

Een belangrijk thema waar Diny over piekert, is de relatie met haar partner: ze hebben frequent ruzie, terwijl er verder weinig positieve communicatie is. Ze maakt zich zorgen over mogelijke ontrouw van haar partner, waar ze bij navraag geen aanwijzingen voor heeft. Ook over de relatie met haar moeder piekert ze geregeld. Verder maakt ze zich frequent zorgen over haar werk. Ze is bang fouten te maken en twijfelt aan haar capaciteiten. Haar gezondheid vormt een andere bron van zorg, evenals het al dan niet krijgen van kinderen. Wat het laatste punt betreft piekert ze over de vraag of ze het moederschap wel aankan en over de gevolgen van kinderen voor haar leven. Het piekeren maakt haar zeer onzeker en gespannen, doordat ze geen antwoord vindt op de vragen die naar voren komen. Ze tracht zekerheid te krijgen door onder meer herhaaldelijk aan verschillende mensen te vragen of zij denken dat ze een goede moeder zal zijn of dat ze advies kunnen geven over het al dan niet aan kinderen beginnen, haar partner te controleren door naar zijn werk te bellen als hij moet overwerken en door zijn kleding te controleren op parfum en lippenstift, en de dokter te bezoeken als ze iets 'vreemds' voelt. Wat betreft haar zorgen over het werk probeert ze de onzekerheid te reduceren door haar baas om zijn mening over haar te vragen, collega's te vragen haar werk op fouten te controleren en lange werkdagen te maken (10 à 11 uur per dag) en haar werk nauwgezet uit te voeren, om zo de kans op fouten zo klein mogelijk te maken. Ze probeert inmiddels het piekeren te vermijden door voortdurend actief te zijn, ook buiten haar werk. Dit was eerst een redelijk succesvolle strategie, maar inmiddels wordt ze er steeds vermoediger van.

Naast de centrale component in dit model, intolerance of uncertainty, omvat het model een drietal andere componenten: opvattingen over piekeren, slechte probleemoriëntatie en cognitieve vermijding (zie Figuur 3). Alle drie de componenten zijn aan de GAS gerelateerd (Dugas et al., 1998) en worden volgens het model door intolerance of uncertainty beïnvloed.



Figuur 3 Intolerance of uncertainty-model (Dugas et al., 1998).

Mensen met meer (negatieve en positieve) opvattingen over de gevolgen van piekeren hebben een grotere neiging tot piekeren (Davey, Tallis, & Capuzzo, 1996) (zie ook de theorie van Wells). GAS-patiënten hebben vergeleken bij matige, niet-klinische piekeraars bovendien meer positieve cognities over piekeren (Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). Dit soort metacognities worden mogelijk negatief bekrachtigd door het uitblijven van de gevreesde gebeurtenis, wat toegeschreven wordt aan het piekeren. Intolerance of uncertainty zou volgens het model bijdragen aan de instandhouding van disfunctionele opvattingen over piekeren. GAS-cliënten zouden bijvoorbeeld geloven dat 'piekeren helpt om geliefden te beschermen', omdat ze het moeilijk vinden te accepteren dat de kans bestaat dat hun kinderen iets overkomt.

Diny geeft aan vaak gepiekerd te hebben, omdat ze geen andere oplossing wist dan te piekeren (positieve metacognitie 1). Ze hoopte dat het piekeren tot een oplossing zou leiden (positieve metacognitie 2). Desgevraagd geeft ze aan dat dit in de meeste gevallen niet zo was, maar slechts leidde tot 'denken in cirkeltjes'. Ondanks dat piekeren niet tot oplossingen leidt, geeft ze aan door het piekeren in elk geval wel rekening te houden met het ergste, waardoor het niet zo tegenvalt als het ergste ook echt gebeurt (positieve metacognitie 3). Als haar vervolgens gevraagd wordt wat er dan zo erg is aan piekeren gezien de genoemde voordelen, komen de volgende negatieve metacognities aan het licht: (1) 'als ik zoveel pieker, word ik een negatief persoon' en (2) 'ik pieker zoveel, dat als ik zo doorga, ik straks alleen nog maar pieker'.

Probleemoriëntatie kan gedefinieerd worden als de opvattingen die iemand heeft over problemen (onder meer probleemperceptie, probleemattributie en probleeminschatting) en het eigen vermogen problemen op te lossen (Maguth, Nezu, D'Zurilla, & Friedman, 1996). Mensen met een slechte of gebrekkige probleemoriëntatie hebben de neiging ambigue situaties sneller als bedreigend in te schatten, hebben minder vertrouwen in hun eigen vermogen problemen op te lossen en zijn beter in het bedenken van problemen dan in het bedenken van oplossingen (Davey, Hamptom, Farrell, & Davidson,

1992). Bij GAS-cliënten lijkt met name een slechte probleemoriëntatie een rol te spelen en niet zozeer een gebrek aan oplossingsvaardigheden (Davey et al. 1992; Ladouceur et al., 1998). GAS-cliënten lijken wel te weten wat ze moeten doen om problemen op te lossen, maar hebben moeite de oplossingsvaardigheden toe te passen vanwege de ambigue of onzekere elementen van een probleemsituatie en het probleemoplossingsproces (Dugas & Ladouceur, 2000). Dit speelt vooral in gemiddeld ambigue situaties (Ladouceur et al., 1997). In een poging de onzekerheid omtrent de situatie en het probleemoplossingsproces op te heffen, wordt overmatig veel nagedacht over relatief onbelangrijke details van de situatie waarover gepiekerd wordt. Dit verstoort het effectief probleemoplossen en verklaart ook waarom piekeraars er langer over doen een beslissing te nemen in ambigue situaties (Ladouceur, Talbot, & Dugas, 1997). Dugas et al. (1997) toonden aan dat intolerance of uncertainty het aandeel van probleemoriëntatie bij piekeren in belangrijke mate verklaart.

Het aspect van de slechte probleemoriëntatie komt bij Diny al tot uiting in de positieve metacognities. Ze weet verder niets anders te doen dan te piekeren en hoopt dat dit tot een oplossing zal leiden, in plaats van concrete oplossingen te bedenken en uit te voeren. In haar werk bijvoorbeeld is ze onzeker over haar prestaties; ze tracht dit op te lossen door lang en nauwkeurig te werken en door geruststelling te vragen aan collega's, zonder het gewenste resultaat. Thuis gaat ze piekeren over haar geleverde prestaties, waarbij ze gedetailleerd haar werkdag doorloopt. Ze vindt dan vrijwel altijd iets wat ze mogelijk niet goed heeft gedaan, waarover ze dan weer verder piekert. Uiteindelijk is ze bang 'afgerekend' te zullen worden, waarmee ze bedoelt dat ze ontslagen zal worden. In haar relatie denkt ze ook telkens aanwijzingen te vinden dat haar partner de relatie wil verbreken. Als hij overwerkt of prikkelbaar is, interpreteert ze dat als bewijs dat hij haar afwijst en/of een ander heeft. Om zekerheid te krijgen controleert ze haar partner voortdurend. Als hij dit merkt wordt hij boos, wat voor Diny weer een aanwijzing is dat hij eigenlijk de relatie wil verbreken. Dit vormt dan weer een aanleiding om te piekeren. Op een rustig moment de problemen bespreken om tot een oplossing te komen, komt niet (meer) voor.

De laatste component in het model van Dugas et al. is de cognitieve vermijdingsfunctie van piekeren. Borkovec, Ray en Stober (1998) definiëren piekeren als 'overwegend negatief geladen verbaallinguïstische denkactiviteit', waarbij men denkt aan negatieve gebeurtenissen die in de toekomst zouden kunnen plaatsvinden. Piekeren gebeurt vooral in woorden en zinnen en veel minder in beelden (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 1998; Borkovec & Inz, 1990; Rapee, 1993; Tallis, Davey, & Capuzzo, 1994). De functie hiervan zou zijn om heftige gevoelens van angst die door bedreigende beelden opgeroepen worden, te vermijden. Deze gevoelens zijn vergelijkbaar met de autonome 'fight-or-flight'-activatie (Craske & Hazlett-Stevens, 2002). Anders dan bij andere angststoornissen bestaan er nauwelijks andere vermijdings-, vlucht- of veiligheidsgedragingen om deze activatie te beheersen dan piekeren.

In psychofysiologisch onderzoek werd ondersteuning voor deze hypothese gevonden. Angstinducerende beelden blijken inderdaad tot een toename van aversieve lichamelijke activatie te leiden (onder meer cardiovasculaire activiteit; Vrana, Cuthbert, & Lang, 1986). Het (semantische) piekeren daarentegen blijkt juist tot een afname van aversieve lichamelijke activatie te leiden (Borkovec & Lyonfields, 1993; Thayer, Friedman, & Borkovec, 1996; Lyonsfields, Borkovec, & Thayer, 1995).

Ook zelfrapportagedata ondersteunen de cognitieve vermijdingshypothese. Uit deze data bleek dat GAS-cliënten piekeren beschrijven als een manier om 'zichzelf van meer emotionele onderwerpen af te leiden' (Borkovec & Roemer, 1995; Freeston, Rheume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Het piekeren wordt door zowel de afname van aversieve lichamelijke arousal als het afgeleid worden van emotionele onderwerpen negatief bekrachtigd (Borkovec, 1994). Hierdoor wordt het piekeren in stand gehouden en op de langere termijn mogelijk zelfs versterkt.

Intolerance of uncertainty zou aan cognitieve vermijding bijdragen doordat beelden van gevreesde toekomstige gebeurtenissen die per definitie onzeker zijn, moeilijker te verdragen zijn voor mensen met een hoge IofU dan voor mensen met een lage IofU (Dugas & Ladouceur, 2000).

Diny geeft desgevraagd aan vooral in zinnen te piekeren. Het piekeren geeft aanvankelijk enige opluchting (zoals ook naar voren komt in de positieve metacognities), maar leidt niet tot oplossingen en evenmin tot een afname van het piekeren. Ze ziet meestal geen beelden als ze piekert; op momenten dat ze wel beelden in gedachten krijgt van veronderstelde negatieve gebeurtenissen (bijvoorbeeld haar partner met een andere vrouw) raakt ze min of meer in paniek. Door de eerder genoemde gedragingen uit te voeren (zoals in dit voorbeeld haar partner op zijn werk te bellen om hem te controleren) probeert ze zekerheid te krijgen, waardoor haar paniekgevoelens wat afnemen. Vervolgens gaat het piekeren (in zinnen) weer door.

Behandeling

De op dit model gebaseerde behandeling richt zich op het leren onderscheiden van twee typen piekeren:

- 1 piekeren over situaties die zich lenen voor probleemoplossen;
- 2 piekeren over situaties die zich daar niet voor lenen.

Een conflict met een collega is een voorbeeld van het eerste type, piekeren over de mogelijkheid ooit failliet te gaan zonder dat er sprake is van financiële problemen is een voorbeeld van het tweede type (Dugas & Ladouceur, 2000). Doel van de behandeling is cliënten onzekerheden (beter) te leren verdragen door het onderscheid tussen de twee typen piekeren te leren maken en vervolgens de juiste strategie bij de typen te leren toepassen. Dit doel is onderscheidend ten opzichte van andere cognitief-gedragstherapeutische behandelmethoden voor de gegeneraliseerde angststoornis.

Dugas en Ladouceur (2000) beschrijven een behandelprogramma, waarin vier fasen onderscheiden worden:

- 1 bewustwording van dagelijkse zorgen;
- 2 herevaluatie van opvattingen over het piekeren met behulp van cognitieve interventies;
- 3 probleemoriëntatietraining; en
- 4 blootstelling aan zorgen over situaties die zich niet lenen voor probleemoplossing.

In twee gecontroleerde onderzoeken bleken de behandelde cliënten op alle uitkomstmaten significant meer verbeterd dan cliënten uit de wachtlijstconditie. In het ene onderzoek werd de behandeling individueel gegeven (Ladouceur et al., 2000), in het andere onderzoek werd de behandeling groepsgewijs aangeboden. De groepen bestonden uit vier tot zes cliënten met een GAS (Dugas et al., 2003).

Fase I: Bewustwordingstraining

Op vastgestelde tijden stopt de cliënt met zijn bezigheden om onmiddellijk de eigen piekergedachten te registreren in een dagboek. Het doel is de cliënt bewuster te maken van zijn dagelijkse zorgen. Vervolgens wordt de cliënt gevraagd de geregistreerde zorgen onder te verdelen in één van de twee typen piekeren.

Diny registreert op drie momenten per dag haar gepieker: bij de lunch, na het avondeten en om negen uur 's avonds. Uit de registratie blijkt dat ze rond de lunch nauwelijks piekert. Waarschijnlijk doordat ze intensief met haar werk bezig is. Op de andere twee momenten piekert ze wel veel. Na het avondeten piekert ze opvallend vaak over haar werkdag (en mogelijke fouten in haar werk), 's avonds gaan haar zorgen het meest over haar partner en geregeld over haar moeder, kinderen krijgen en haar gezondheid. Diny kan de twee typen piekeren goed onderscheiden. De zorgen over haar relatie, haar moeder en haar werk duidt ze aan als 'oplosbaar', die over het vermeende vreemdgaan, haar gezondheid en het moederschap duidt ze aan als zorgen die zich niet lenen voor probleemoplossing. Een deel van haar zorgen met betrekking tot het werk valt overigens ook onder die laatste categorie.

Fase II: Herevaluatie van opvattingen over piekeren

Opvattingen over het piekeren worden opgespoord aan de hand van geregistreerde piekerperiodes. Met behulp van (standaard) cognitief-gedragstherapeutische technieken (zie onder meer Beck, 1999; Ten Broeke et al., 2004) worden de opvattingen over het piekeren geanalyseerd. Vooral het nut van piekeren wordt onderzocht. Voor uitgebreide informatie en verbatim verslagen over deze basistechnieken van de cognitieve therapie wordt verwezen naar onder meer Beck (1999), Bögels en Van Oppen (1999) en Ten Broeke et al. (2004).

Met behulp van de socratische dialoog worden de metacognities in de sessies onderzocht. In de loop van de tijd leert Diny haar eigen metacognities te onderzoeken met behulp van gedachtedagboeken en gedragsexperimenten. Diny formuleert uiteindelijk de volgende, voor haar geloofwaardige, alternatieve opvattingen:

- *Piekeren maakt me niet vanzelf tot een negatief persoon. Ik wil niet negatief zijn en heb daar zelf best invloed op. Ik kan leren positiever te denken en niet alleen op negatieve dingen te letten.*
- *Ik pieker te lang over te veel zaken zonder dat ik tot een oplossing kom. Het is dus geen zinvolle strategie. Ik kan beter proberen op een andere manier oplossingen te vinden. Dat ga ik samen met mijn therapeut doen.*

Fase III: Probleemoriëntatietraining

In fase I leerde de cliënt al onderscheid maken tussen de twee beschreven typen piekeren. In deze fase worden de interventies gericht op het piekeren over situaties

die zich lenen voor probleemoplossing. In het proces van constructief probleemoplossen worden vijf stadia onderscheiden (D'Zurilla & Goldfried, 1971):

- 1 algemene oriëntatie;
- 2 omschrijven en formuleren van het probleem;
- 3 ontwikkelen van keuzemogelijkheden;
- 4 het nemen van de beslissing; en
- 5 evaluatie van de uitgevoerde oplossing.

De therapeut helpt de cliënt gericht te blijven op het probleem en helpt de belangrijkste elementen van de probleemsituatie te identificeren, in plaats van zich overmatig op relatief onbelangrijke details te concentreren (stadia 1 en 2). Vervolgens wordt de patiënt aangemoedigd oplossingsvaardigheden toe te passen (stadia 3, 4 en 5). Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een stappenplan, dat uit zeven stappen bestaat (zie onder meer Van der Heiden, 2004). In tabel 1 wordt een uitgewerkt stappenplan van Diny weergegeven: in dit geval het stappenplan met betrekking tot het probleem 'slechte relatie met mijn partner'.

Met behulp van het stappenplan leert Diny de als 'oplosbaar' getypeerde zorgen concreet aan te pakken. Door het maken en uitvoeren van concrete stappenplannen nam het piekeren over de betreffende onderwerpen af. Diny rapporteerde meer controle over de situaties te hebben.

Tabel 1. Stappenplan voor probleemoplossing van Diny.

Figuur 3 Intolerance of uncertainty-model (Dugas et al., 1998).

Relatietherapie	
voor:	deskundige hulp
	we staan er niet alleen voor
	een onafhankelijke partij kijkt mee
tegen:	ik weet niet of Gerard het wil
	het kost veel tijd en we hebben het al zo druk
	wat zullen anderen er wel van denken?
verwacht resultaat:	Gerard wil het niet en dan krijgen we daar ruzie over
Zelf met Gerard overleggen over het meer en beter met elkaar praten	
voor:	kost minder tijd
	voelt goed als we het zelf hebben gedaan
	we moeten zoiets toch zelf kunnen regelen
	Gerard wil waarschijnlijk toch niet naar een therapeut
tegen:	tot nu toe is het ons samen niet gelukt
	misschien krijgen we juist wel weer ruzie
verwacht resultaat:	met adviezen van mijn therapeut moet het lukken en het zal goed voelen het zelf te doen
Uit elkaar gaan	
voor:	dan hebben we geen ruzies meer
	misschien vinden we dan een betere partner
tegen:	we willen juist met elkaar verder!!
	ik zou niet zonder Gerard kunnen
	dan moeten we ons huis verkopen
	hoe gaat het dan verder met onze vrienden
	dan vind ik misschien nooit meer een partner
verwacht resultaat:	we zouden ons beiden slecht voelen
Advies vragen aan vrienden of aan Gerards ouders	
voor:	is vertrouwd
	het zijn verstandige mensen
tegen:	we willen de vuile was niet buiten hangen
	wat zullen ze wel niet van ons denken?
verwacht resultaat:	liever eerst een andere optie: dit geeft te veel schaamte
Advies aan mijn moeder vragen	
voor:	ze heeft ervaring met dit soort problemen
tegen:	ik kan met mijn moeder ook niet goed praten
	ze zal vast negatief over me zijn en me een schuldgevoel geven
verwacht resultaat:	negatieve gevoelens

- 1 **Beschrijving van het probleem waarover gepiekerd wordt**
Slechte communicatie met Gerard: als we met elkaar praten is dat alleen maar in een ruzieachtige sfeer.
- 2 **Formulering van het doel, in concrete termen**
Ik wil weer op rustige wijze met Gerard kunnen praten over het dagelijks leven en over onze relatie.
- 3 **Brainstormen over mogelijke oplossingen**

- Relatietherapie
 - Zelf met Gerard overleggen over het meer en beter met elkaar praten
 - Uit elkaar gaan
 - Advies vragen aan vrienden of aan Gerards ouders
 - Advies aan mijn moeder vragen
- 4 **Voor- en nadelen, en waarschijnlijk resultaat van elke oplossing**
 - 5 **Kies een oplossing die toegepast gaat worden (op basis van stap 4)**

Ik wil zelf met Gerard de problemen bespreken. Ik plan een gesprek met hem en zal in de therapie het gesprek voorbereiden. Ik noteer de punten die ik wil bespreken. Het gesprek wil ik oefenen in de therapie, opdat ik goed beslagen ten ijs kom.
 - 6 **Uitvoering van de gekozen oplossing**

Op dinsdag 7 juni hebben we een rustig avondje samen. Dan ga ik het probleem met Gerard bespreken.
 - 7 **Evaluatie: heeft de gekozen oplossing geleid tot het gestelde doel?**

Het gesprek is goed verlopen. Ik heb het gesprek goed aangepakt en ben blij zelf het probleem ter sprake te hebben gebracht. Het resultaat was prima. Gerard wilde ook graag anders communiceren. We hebben afgesproken na het avondeten in elk geval een kwartier na te tafelen om elkaars wetenswaardigheden te bespreken. Wat betreft het bespreken van lastige onderwerpen hebben we afgesproken dit voortaan op rustige momenten te doen. Mocht de spanning oplopen, dan nemen we een time-out. Uiterlijk de volgende dag komen we erop terug.

Fase IV: Blootstelling aan zorgen over situaties die zich niet lenen voor probleemoplossing

In de laatste behandelfase wordt de cliënt blootgesteld aan zorgen over situaties die zich niet lenen voor probleemoplossing. De cliënt beschrijft voor belangrijke piekeronderwerpen de beangstigende of zorgelijke beelden die hij tracht te vermijden. Deze beschrijving wordt meerdere malen achter elkaar (op een cassettebandje) opgenomen. Vervolgens stelt de cliënt zichzelf bloot aan de beelden door het bandje af te luisteren. Bij deze exposure-oefening wordt een responspreventie-instructie gegeven: de cliënt mag niet toegeven aan (overtre dan wel covertre) activiteiten of pogingen om het beeld te neutraliseren.

Naast het opheffen van het (covertre) vermijdingsgedrag is het doel van deze interventie ook intolerantie of uncertainty te doen afnemen, door de betekenis te veranderen van toekomstige gevreesde gebeurtenissen.

Diny beschrijft de volgende zorgen met betrekking tot haar eventuele moederschap: 'Als ik kinderen krijg zullen zij vast ook klachten krijgen. Hoe kan ik nu een goede moeder zijn, als ik voortdurend angstig en bezorgd ben? Ze zullen helemaal gek van me worden. Ik zal steeds bang zijn dat hen wat overkomt en misschien ga ik hen ook wel controleren of ga ik overal mee naartoe. Ik zal zo bezorgd zijn dat ik er helemaal aan onderdoor ga en dan kan ik helemaal niet meer voor ze zorgen. Ik ben veel te veel een tobber om een goede moeder te zijn.'

Gevraagd naar hoe ze dit voor zich ziet, beschrijft ze het beeld van zichzelf jammerend in bed, waarvan de kinderen in paniek raken. De betekenis van dit beeld is dat ze een slechte moeder zal zijn. Het frequent luisteren naar het bandje waarop de beschrijving van het beangstigende beeld enkele keren achter elkaar is opgenomen, leidt tot een afname van de

gevoelens van angst en spanning. Na verloop van tijd geeft Diny aan haar angst overtrokken te vinden. Ze vindt nog steeds dat haar bezorgdheid best een probleem zou kunnen zijn, maar is zich er ook van bewust dat ze veel eigenschappen van een goede moeder heeft (ze rapporteert onder meer dat ze lief en zorgzaam is, graag kinderen wil en altijd leuk met kinderen omgaat). Vooral dit laatste maakt haar onzekerheid over haar toekomstige moederschap minder.

Tot besluit

Gecontroleerde studies naar de behandel-effecten bij de gegeneraliseerde angststoornis zijn beperkt. Uit deze studies komt naar voren dat er wel effectieve behandelingen voor de GAS bestaan, maar dat de behandel-effecten slechts bescheiden zijn (Hunt, 2002). Er kan op basis van de onderzoeksgegevens geen duidelijke voorkeur uitgesproken worden voor farmacotherapeutische of psychologische behandeling, tenzij er sprake is van een ernstige comorbide depressie (LSMR, 2003). Binnen de psychologische behandelingen is er een lichte voorkeur voor cognitieve therapie, met name vanwege de betere langetermijneffecten in vergelijking met gedragstherapie (zie Korrelboom et al., 2004). Echter, in vergelijking met de behandel-effecten van vooral cognitieve gedragstherapie bij andere angststoornissen zijn ook de resultaten van cognitieve therapie bij de GAS matig. Een mogelijke verklaring hiervoor is het ontbreken van stoornisspecifieke theoretische modellen (Wells, 1997; zie ook Öst & Breitholtz, 2000). Onderzoek naar nieuwe behandelmethoden gebaseerd op GAS-specifieke theoretische modellen is om die reden van groot belang (zie ook Hunt, 2002).

In dit artikel zijn twee recent ontwikkelde, GAS-specifieke modellen en de daarop gebaseerde behandelprogramma's beschreven. Beide behandelprogramma's bestaan uit cognitief-gedragstherapeutische interventies. In het metacognitieve model van Wells (1995, 1997) staat niet het piekeren centraal, maar de gedachten over het piekeren zelf. De interventies worden ook direct op deze zogenaamde metacognities gericht. Wells ontwikkelde specifieke technieken om de metacognities te onderzoeken en te wijzigen. In het 'intolerance of uncertainty'-model van Dugas et al. (1998) wordt de neiging het onaanvaardbaar te vinden dat een negatieve gebeurtenis kan voorvallen, als belangrijkste klachtonderhoudende factor gezien. De interventies worden gericht op de drie componenten die door intolerance of uncertainty beïnvloed worden, te weten opvattingen over piekeren, slechte probleemoriëntatie en cognitieve vermijding. Door die drie componenten gunstig te beïnvloeden wordt de intolerance of uncertainty in positieve zin gewijzigd, waardoor de neiging tot piekeren afneemt.

Beide modellen sluiten min of meer aan op een van de twee 'grove' theorieën die er bestaan over piekeren bij de GAS (zie Korrelboom et al., 2004). Het metacognitieve model van Wells (1995) sluit aan bij de theorie die het autonome karakter van piekeren benadrukt. Piekeren is volgens deze visie een uit de hand gelopen vorm van probleemoplossen, waarover de cliënt de controle heeft verloren (Davey, 1994). Het functionele aspect komt tot uiting in de positieve metacognities, het ervaren controleverlies in de negatieve metacognities. Het intolerance of uncertainty-model van Dugas et al. (1998) sluit aan bij de theorie die de functionele aspecten van het piekeren benadrukt. In die visie is piekeren een min of meer doelgerichte activiteit die ervoor zorgt dat al te heftige angstgevoelens als gevolg van bedreigende beelden worden voorkomen. Dit komt in het model met name tot uiting in de veronderstelde cognitieve vermijdingsfunctie van het (semantische) piekeren.

Overeenkomst tussen beide modellen is dat opvattingen over piekeren een rol spelen in de visie op de klachten. Verschil is dat deze metacognities, zoals gezegd, in het metacognitieve model centraal staan, terwijl ze in het IofU-model een veel minder prominente rol spelen. Dit komt ook in de gebruikte interventies naar voren. In het behandelprogramma van Wells zijn de interventies vooral gericht op de metacognities, waarbij gebruik wordt gemaakt van specifiek hiervoor ontwikkelde interventies. In het IofU-model vormt het onderzoeken van metacognities slechts één van de vier fasen van de behandeling, waarin gebruik wordt gemaakt van standaard cognitief-gedragstherapeutische interventies.

De effectiviteit van de beschreven behandelprogramma's is nog slechts beperkt onderzocht. De resultaten uit deze beperkte onderzoeken zijn echter veelbelovend (Dugas et al., 2003; Ladouceur et al., 2000; Wells, 2004). Gecontroleerd onderzoek waarin de twee programma's direct met elkaar vergeleken worden, is nog helemaal niet uitgevoerd. Recent is door de auteurs een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek opgezet, waarin twee experimentele groepen vergeleken zullen worden met een controleconditie. De experimentele groepen worden behandeld volgens protocollen die gebaseerd zijn op de bovenbeschreven modellen. De overeenkomsten tussen beide behandelprogramma's worden in deze protocollen zo veel mogelijk geminimaliseerd. Dat betekent dat met name de interventies voor cognities over het piekeren zelf (de centrale component van het metacognitieve model) niet in het op het intolerance of uncertainty-model gebaseerde protocol worden opgenomen. De bedoeling is zo goed mogelijk te onderzoeken of er verschillen in effectiviteit bestaan tussen een behandelprogramma gericht op het wijzigen van de metacognities en een behandelprogramma gericht op het verminderen van IofU. Daardoor wordt onder meer duidelijk of het, zoals Wells meent, noodzakelijk is de behandeling direct te richten op de metacognities, of dat volstaan kan worden met een meer algemeen cognitief-gedragstherapeutische aanpak bij de behandeling van de GAS.

Gezien de overeenkomsten kan niet uitgesloten worden dat de beide modellen in de toekomst nadrukkelijker geïntegreerd dienen te worden. Zo zouden bijvoorbeeld de specifieke interventies van Wells om de metacognities te bewerken ingepast kunnen worden in het intolerance of uncertainty-model. Mogelijk geeft dit nog betere resultaten dan behandelingen die uitsluitend gericht zijn op de metacognities of op intolerance of uncertainty. Nader onderzoek zal dat verder moeten uitwijzen.

Abstract

During the last two decades the study of the treatment of generalized anxiety disorder (GAD) has increased dramatically. Although especially cognitive therapy appeared to be effective, the results were not as good as the results of treatments of other anxiety disorders. This would be due to the fact that there was no disorder-specific model of GAD. Recently two

specific models has been developed. These models en the treatments that are based on them are described in this article.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd revised edition (DSM-III-R). Washington: APA.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (1999). *Basisboek cognitieve therapie* (vertaling door H. Geluk). Baarn: HB Uitgevers.
- Boeijen, C. van, Visser, S., & Balkom, A. van (2001). Gegeneraliseerde angststoornis. In: A.J.M.L. van Balkom, P. van Oppen & R. van Dyck (red.). *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*, 2^e geheel herziene druk (pp. 118-135). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bögels, S.M., & Oppen, P. van (1999). *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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* (pp. 5-33). New York: Wiley.
- 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., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M.L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126-138.
- Borkovec, T.D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T.D., & Lyonfields, J.D. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. In: H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance* (pp. 101-118). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Borkovec, T.D., Ray, W.J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Borkovec, T.D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Broeke, E. ten, Biert, A., & Jongh, A. de (1995). Gegeneraliseerde angststoornis: Diagnostiek, theorie, onderzoek en behandeling. *Gedragstherapie*, 28, 257-277.
- Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Schurink, G. (2004). *Cognitieve therapie: De basisvaardigheden*. Nijmegen: Cure and Care Publishers.
- Brown, T.A., O'Leary, T.A., & Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. In: D.H. Barlow (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*, 2nd edition (pp. 137-188). New York: The Guilford Press.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- 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.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-315.
- Craske, M.G. (1999). *Anxiety disorders. Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder: Westview Press.
- Craske, M.G., & Hazlett-Stevens, H. (2002). Facilitating symptom reduction and behaviour change in GAD: The issue of control. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 69-75.
- Davey, G.C.L. (1994). Pathological worry as exacerbated problem-solving. In: G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying. Perspectives on theory, assesment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Davey, G.C.L., Hamptom, J., Farrell, J., & Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, 13, 133-147.
- Davey, G.C.L., Tallis, F., & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 499-520.
- DeRubeis, R.J., & Crits-Cristoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Dugas, M.J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: So where do we stand? *Journal of anxiety disorders*, 14, 31-40.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1994). *The nature of worry*. Poster gepresenteerd op de 'Annual Convention of the Advancement of Behavior Therapy', San Diego, Verenigde Staten.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., Blais, F., & Ladouceur, R. (1994). *Anxiety and depression in GAD patients, high and moderate worriers*. Poster gepresenteerd op de 'Annual Convention of the Advancement of Behavior Therapy', San Diego, Verenigde Staten.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M.J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-559.
- Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of generalised anxiety disorder: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, 635-658.
- Dugas, M.J., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1995). *Worry: The contribution of intolerance of uncertainty, problem solving and worry appraisal*. Poster gepresenteerd op de 'World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies', Kopenhagen, Denemarken.
- Dugas, M.J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M.H., Langlois, F., Provencher, M.D., & Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 821-825.
- Dugas, M.J., & Turvey, A.A. (1987). Cognitive therapy versus behaviour therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Treliving, L.R., Hau, C.M., Richard, K., & Stewart, J.B. (1999). One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 19-35.
- D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Elgersma, H.J., & Arntz, A. (1999). Protocollaire behandeling van patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II* (pp. 100-123). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hillsdale: Erlbaum.
- Freeston, M.H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Goldberg, R.J. (1995). *Practical Guide to the care of the psychiatric patient*. St. Louis: Mosby.
- Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalised anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavioural Research and Therapy*, 28, 285-305.
- Heiden, C. van der (2004). Stappenplan voor het oplossen van problemen: cliëntinformatie. *Psychopraxis*, 6, 202-205.
- Hermans, D., Crombez, G., Rijsoort, S. van, & Laeremans, I. (1998). *Meta-Cognities Vragenlijst*. (ongepubliceerde, geautoriseerde vertaling van de Meta-cognitions Questionnaire).
- Hermans, D., Crombez, G., Rijsoort, S. van, & Laeremans, I. (2002). De Meta-Cognities Vragenlijst. *Gedragstherapie*, 35, 341-352.
- Hoehn-Saric, R. (1998). Generalised anxiety disorder: Guidelines for diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 9, 85-98.
- Hunt, C.J. (2002). The current status of the diagnostic validity and treatment of generalized anxiety disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 157-162.
- Korrelboom, K., Visser, S., & Broeke, E. ten (2004). Gegeneraliseerde angststoornis: wat is het en wat kun je er tegen doen? *Dth*, 24, 1-22.

- Krohne, H.W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In: H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance* (pp. 19-50). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Lachance, S., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1995). *Worry: Specific contributions of intolerance of uncertainty, thought suppression and worry appraisal*. Poster gepresenteerd op de 'Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy', Washington DC, Verenigde Staten.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139-152.
- Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M.J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M.J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21, 355-371.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (LSMR) (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lyonfileds, J.D., Borkovec, T.D., & Thayer, J.F. (1995). Vagal tone in generalized anxiety disorder and the effects of aversive imagery and worrisome thinking. *Behavior Therapy*, 26, 457-466.
- Macleod, C. & Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 4, 653-670.
- Maguth, C., Nezu, A.M., D'Zurilla, T.J., & Friedman, S.H. (1996). *Problem solving assessment and therapy: Clinical practice applications*. Workshop gegeven op de 'Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy', New York, Verenigde Staten.
- Nassif, Y. (1999). *Predictors of pathological worry*. Ongepubliceerd manuscript. Geciteerd in Wells (2002).
- Öst, L.-G., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Rapee, R. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Rapee, R.M. (1993). The utilisation of working memory by worry. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 617-620.
- Robinson, M.D. (1993). Anxiety disorders in the general practice. *New Jersey Medicine*, 90, 129-132.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral methods. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Tallis, F., Davey, G.C.L., & Capuzzo, N. (1994). The phenomenology of nonpathological worry: A preliminary investigation. In: G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 61-89). New York: Wiley.
- Thayer, J., Friedman, B.H., & Borkovec, T.D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 39, 255-266.
- Tonks, A. (2003). Treating generalised anxiety disorder. *British Medical Journal*, 326, 700-702.
- Vrana, S.R., Cuthbert, B.N., & Lang, P.J. (1986). Fear imagery and text processing. *Psychophysiology*, 23, 247-253.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Viking.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 95-100.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: Metacognitions and pathological worry. In: R.G. Heimberg, C.L. Turk & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York/Londen: The Guilford Press.
- Wells, A., & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In: D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 155-178). Oxford: Oxford University Press.

- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary test of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C., & Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R Generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.
- Yonkers, K.A., Warshaw, M.G., Massion, A.O., & Keller, M.B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308-313.