



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Competitive memory training (COMET) voor piekeren

De anti-piekertraining

Sabine Martens, Kees Korrelboom en Irma Huijbrechts

SAMENVATTING Hoewel verschillende methoden effectief zijn gebleken in de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (GAS), blijft de effectiviteit ervan bij de meeste andere angststoornissen een stuk minder. Mogelijk wordt dit in de hand gewerkt door het feit dat er betrekkelijk weinig interventies zijn ontwikkeld die zich specifiek richten op de meest karakteristieke kenmerken van de stoornis. Nu piekeren wordt beschouwd als dat centrale kenmerk van GAS, zijn er inderdaad enkele nieuwe veelbelovende specifieke methoden ontwikkeld, zoals metacognitieve therapie en een methode die zich speciaal richt op het reduceren van het onvermogen om met onzekerheid om te gaan. Deze nieuwe methoden moeten echter nog grondig worden getest op hun waarde. Een andere nieuwe methode is *competitive memory training* (COMET) voor piekeren en rumineren. Na een beschrijving van deze methode wordt een eerste baselinegecontroleerde pilotstudie gepresenteerd. Patiënten (35) kregen zes groepszittingen COMET, terwijl hun reguliere behandeling doorging. Zij vulden drie weken voor de start van COMET vragenlijsten in (M1), bij de start van COMET (M2) en aan het einde ervan (M3). In een 'intention to treat-analyse' waarbij ontbrekende scores waren geïmputeerd volgens de 'last observation carried forward-procedure', bleken er tijdens de baseline geen significante verbeteringen te zijn opgetreden, terwijl dit tijdens COMET wel gebeurde op alle uitkomstvariabelen. Beperkingen van de studie en mogelijke implicaties van de resultaten worden besproken.

DRS. S. MARTENS is psycholoog i.o. tot Gz-psycholoog bij GGZ-Zoetermeer, onderdeel van Rivierduinen. Ten tijde van het onderzoek werkte Martens als psycholoog bij de afdeling Angststoornissen van PsyQ Haaglanden, Parnassia-Bavo Groep. Correspondentie: s.martens@ggzzoetermeer.nl.

DR. C.W. KORRELBOOM is klinisch psycholoog-psychotherapeut en hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie PsyQ Haaglanden, Parnassia-Bavo Groep.

DR. I.P.A.M. HUIJBRECHTS is Gz-psycholoog en senior stafmedewerker wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie PsyQ Nederland.

Inleiding

Over de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is nog relatief weinig bekend. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat de diagnostische criteria in de verschillende versies van de DSM verschillend waren. GAS werd lang gezien als een restcategorie (Craske, 1999). Pas in DSM-III-R (APA, 1987) en DSM-IV (APA, 1994) werden de criteria voor GAS specifiek geformuleerd en verhelderd (Craske, 1999). In DSM-III-R werd excessief piekeren en/of onrealistisch piekeren over minimaal twee onderwerpen het centrale kenmerk van GAS. In de DSM-IV werd daaraan de oncontroleerbaarheid van het piekeren toegevoegd. Hiermee groeide de GAS uit tot een meer eenduidige zelfstandige classificatie met eigen kenmerken. Ook theorievorming en specifieke behandelmethoden werden verder ontwikkeld (Dugas & Ladouceur, 2000). Volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000) zijn mensen met een gegeneraliseerde angststoornis gedurende een periode van minstens zes maanden overmatig (meer dagen wel dan niet) angstig en bezorgd over minimaal twee thema's in het leven. Ze hebben moeite deze zorgen en angsten onder controle te houden. Daarnaast moeten bij hen drie of meer van de volgende symptomen aanwezig zijn: een constant gevoel van onrust en spanning, snel vermoeid raken, moeite met concentreren, geïrriteerdheid, spierspanning of een verstoorde slaap.

GAS blijkt vaak voor te komen. Er zijn prevalentiecijfers gevonden van 1.9 tot 5.4% (Craske, 1999). In Nederland ligt dit cijfer iets lager, namelijk op 2.3% (Bijl, Van Zessen, & Ravelli, 1997). Meer vrouwen dan mannen hebben last van deze angststoornis. De klachten bestaan meestal al erg lang voordat behandeling wordt gezocht. Mensen die in behandeling komen zeggen veelal: 'Zo ben ik altijd geweest,' (Craske, 1999).

Boeijen, Visser en Van Balkom (2001) stellen dat GAS de meest voorkomende diagnose in de huisartsenpraktijk is. Patiënten komen vaak in de somatische zorg terecht, omdat hun hulpvraag veelal gericht is op de gevolgen van GAS, zoals slaapproblemen en lichamelijke spanningsklachten. De diagnose GAS wordt echter vaak gemist. Dit komt wellicht ook doordat mensen vanwege het sluimerende karakter van de aandoening vaak lang wachten om hulp te zoeken. Daarnaast blijken mensen hun gepieker te ontkennen (Van der Heiden, Methorst, Stigter, & Muris, 2008) en is er een behoorlijke overlap van de symptomen van GAS met symptomen van andere (angst)stoornissen. Het is gebleken dat 90% van de mensen met GAS ook een comorbide andere As-I-stoornis heeft (Carter, Wittchen, Pfister, & Kessler, 2001). Wellicht gaan mensen pas hulp zoeken voor hun klachten als er ook sprake is van andere (angst)klachten (Van

der Heiden et al., 2008). Het gebeurt niet zelden dat dan de GAS wordt beschouwd als secundaire diagnose en dat de behandeling zich richt op een andere primaire diagnose met het idee dat de klachten van GAS vanzelf ook overgaan (Korrelboom, Visser, & Ten Broeke, 2004).

In de loop der jaren zijn er verschillende behandelmethoden toegepast op GAS. Een van de eerste daarvan was *Applied Relaxation* (Toegepaste Relaxatie). In deze training leert de patiënt lichamelijke spanningen te herkennen en zichzelf te ontspannen met behulp van ontspanningsoefeningen. Vervolgens leert hij deze ontspanningstechniek toe te passen in de praktijk, zodra de eerste angstverschijnselen zich voordoen. Deze specifieke interventie is bij GAS herhaaldelijk redelijk effectief gebleken (Arntz, 2003, Öst & Breitholtz, 2000).

Emmelkamp, Bouman en Scholing (2000) beschrijven een andere methode voor GAS, namelijk de *Anxiety Management Training* (AMT). Dit is een combinatie van ontspanning, geruststellende zelf-spraak en het oproepen van (afwisselend) angstopwekkende en geruststellende voorstellingen (*image switching*). Er wordt gehoopt dat de patiënt op die manier leert zijn angsten onder controle te krijgen. Varianten van AMT bleken in verschillende studies effectief te zijn (Barlow, Rapee, & Brown, 1992; Durham et al., 1994).

Worry exposure is oorspronkelijk een onderdeel van cognitieve gedragsinterventies die bij GAS worden toegepast. Het gaat bij dit onderdeel om imaginaire exposure, waarbij de patiënt wordt gevraagd zich een voorstelling te maken van het meest gevreesde risico. Vervolgens moet de patiënt alternatieve uitkomsten bedenken, waarmee een realistischer visie op de gevreesde gebeurtenissen ontwikkeld kan worden (Van der Heiden & Ten Broeke, 2009). Hoyer en collega's (2009) onderzochten onlangs of deze techniek ook zou kunnen volstaan als volledig op zichzelf staande behandeling voor GAS. Daartoe vergeleken ze *worry exposure* met *Toegepaste Relaxatie*. Er werden geen verschillen gevonden en ze bleken beide effectief.

Een van de oudste effectief gebleken (bij een niet-klinische populatie) specifiek op piekeren gerichte gedragsinterventies is Borkovec's 'worry postponement-procedure' (Borkovec, Wilkinson, Folensbee, & Lerman, 1983). In dit programma leren patiënten hun gepieker uit te stellen tot bepaalde afgesproken momenten, het piekeruurtje. In dit piekeruurtje moet de patiënt de piekerthema's doornemen en een stappenplan volgen waarmee zijn problemen concreter worden en hij gaat nadenken over mogelijke oplossingen.

Ook zijn er meer generieke cognitief-(gedrags)therapeutische strategieën onderzocht bij GAS. De logica daarvoor wordt gevonden in het feit dat bij GAS drie kenmerkende denkfouten een rol spelen, namelijk dat:

1. de kans op daadwerkelijk gevaar wordt overschat;
2. feitelijke negatieve uitkomsten worden gecatastrofeerd; en
3. eigen vermogens om met deze catastrofes om te gaan, worden onderschat (Korrelboom et al., 2004).

Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat cognitieve (gedrags)therapie inderdaad significante verbeteringen tot gevolg heeft (Borkovec & Whisman, 1996; Gould, Otto, Pollack, & Yap, 1997). In de Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (LSMR, 2003) wordt cognitieve therapie aangemerkt als de meest effectieve psychologische behandeling voor GAS op de lange termijn. Er wordt echter geen voorkeur uitgesproken in vergelijking met farmacotherapie.

In een studie van Fisher (2006) werden verschillende onderzochte therapievormen voor GAS vergeleken. Hieruit bleek dat CGT betere resultaten heeft dan uitsluitend TR of CT. Bij CGT herstelt ongeveer de helft van de patiënten. Toch blijft, in algemene zin, de effectiviteit van CGT bij GAS nog steeds achter bij die bij andere (angst)stoornissen (Craske, 1999; Fisher, 2006).

Wellicht hebben deze relatief bescheiden resultaten te maken met het feit dat lange tijd een stoornisspecifieke theorie en daarop voortbordurende behandelingen voor GAS hebben ontbroken. Er is in de loop der jaren een aantal specifieke theorieën over GAS ontwikkeld, waaronder het *Avoidance Model of Worry and GAD* (AMW; Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004), het *Intolerance of Uncertainty Model* (IoU; Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998), het *Metacognitieve Model* (MCM; Wells, 1995), *Het Emotie Disregulatie Model* (EDM; Ekman & Davidson, 1994) en het *Acceptance-Based Model of GAD* (ABM; Roemer & Orsillo, 2002). Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, & Staples (2009) geven een uitgebreide beschrijving van deze modellen (zie ook Van der Heiden, Muris, & Van der Molen, 2005). Op basis van dergelijke modellen zijn er specifieke behandelmethoden voor GAS ontwikkeld. Het is nu natuurlijk de vraag of deze meer stoornisspecifieke behandelingen het beter doen dan de andere, meer generalistische GAS-behandelingen. In het onderzoek van Fisher (2006) lijken de behandelingen gebaseerd op Well's MCM en Dugas' IoU het beter te doen dan generieke CGT. Verder onderzoek naar de behandelingen op de vijf genoemde modellen is echter noodzakelijk.

De behandeling voor GAS is derhalve nog geen uitgemaakte zaak, waarover de boeken kunnen worden gesloten. In dit artikel wordt een nieuwe behandelmethode bij GAS gepresenteerd, namelijk COMET (*competitive memory training*) voor piekeren.

Competitive memory training (COMET) voor piekeren

Op basis van positieve ervaringen in de praktijk en onderzoeksbevindingen met vergelijkbare protocollen is COMET voor piekeren als specifieke interventie bij GAS ontwikkeld. Allerlei concepten hebben meerdere betekenissen en al die betekenissen zijn gerepresenteerd in het geheugen. Factoren als context, associatiesterkte en emotionele geladenheid zijn bepalend voor de betekenis die op een bepaald moment wordt geactiveerd. Per moment kan maar één betekenis geactiveerd zijn. Als gevolg daarvan bestaat er een zekere competitie tussen de verschillende betekenissen om voor activering in aanmerking te komen. Bij psychopathologie worden te vaak disfunctionele betekenissen geactiveerd. Op basis van de theorie van Brewin (2006) zou je kunnen zeggen dat het een centrale taak van de psychotherapie is om de 'activatiecompetitie' zodanig te beïnvloeden dat functionele betekenissen vaker gaan winnen. In COMET wordt in de activatiecompetitie geïntervenieerd door functionele betekenissen die relatief laag in de hiërarchie van de competitie staan, te versterken.

COMET werd al ontwikkeld voor verschillende soorten problemen, zoals voor obsessies (Guijken, Dommanschet, & Korrelboom, 2008; Korrelboom, Van der Gaag, Hendriks, Huijbrechts, & Berretty, 2008), paniekstoornis met/zonder agorafobie (Korrelboom, Peeters, Blom, & Huijbrechts, 2008), auditieve hallucinaties (Van der Gaag & Korrelboom, 2006) en negatief zelfbeeld (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts, & Daansen 2009; Korrelboom, Van der Weele, Gjaltema, & Hoogstraten, 2009; Olij et al., 2006). In al deze gevallen werden met COMET positieve resultaten geboekt. Met uitzondering van Korrelboom, De Jong et al., 2009 (RCT) en Korrelboom, Van der Weele et al., 2009 (baselinegecontroleerde studie) ging het tot nu toe veelal om ongecontroleerde (pilot)onderzoeken.

COMET voor piekeren richt zich meer op het cognitieve proces en nauwelijks op de inhoud van het piekeren. Piekeren wordt gezien als een oplossingsstrategie die regelmatig wordt bekrachtigd doordat de problemen waarop het piekeren zich richt, zich in de praktijk zelden voordoen (Borkovec et al., 2004; Davey, 1994). Piekeren is daarbij een *disfunctionele* oplossingsstrategie. Niet alleen is de door de patiënt veronderstelde relatie tussen piekeren en het uitblijven van problemen slechts schijn, het piekeren kost de patiënt ook veel. Zo veroorzaakt het spanning, terwijl de angsten waarvoor het gepieker oplossingen zou moeten bieden er juist door in stand worden gehouden. Ten slotte belemmert piekeren, door zijn circulaire en niet-doelgerichte karakter, het vinden van concrete oplossingen in situaties waar dat wel degelijk mogelijk zou zijn. Patiënten moeten daarom leren hun disfunctionele oplossingsstrategie (piekeren) los te laten. Op dat

loslaten tracht COMET aan te grijpen. Daarbij kan men loslaten zien als een serie samenhangende concrete nieuwe mentale gedragingen, maar tegelijk ook als een bepaalde nieuwe houding of attitude in de zin van ‘onverschilligheid’ of ‘distantie’. In feite wordt Brewins observatie dat aan allerlei concepten diverse betekenissen zijn geassocieerd, uitgebreid naar de veronderstelling dat met betrekking tot die concepten ook meerdere attitudes kunnen worden ingenomen. Men kan, bijvoorbeeld, bepaalde zaken mooi of lelijk vinden (er een betekenis aan toekennen), maar die betekenissen kunnen gepaard gaan met meer (‘ik vind het prachtig’, ‘ik vind het afgrijselijk’) of minder (‘ik vind het wel aardig’, ‘ik vind er niet zo veel aan’) betrokkenheid. Patiënten met GAS lijken niet alleen vaker negatieve uitkomsten te signaleren (overal baren op de weg zien), ze hebben ook sterk de neiging overbetrokken te raken op die negatieve uitkomsten. Binnen COMET wordt verondersteld dat die overbetrokkenheid de thema’s waarover wordt gepiekerd, zo hoog in de ‘retrieval hiërarchie’ houden dat bij deze mensen piekeren als oplossingsstrategie telkens gemakkelijk wordt geactiveerd. COMET wil de activeerbaarheid van de attitude ‘overbetrokkenheid’ ten aanzien van piekerthema’s verlagen door alternatieve, in de desbetreffende context meer functionele attitudes te versterken, zoals ‘onverschilligheid’, ‘acceptatie’, ‘er boven staan’, of in een meer algemene term ‘afstandelijkheid’. Op een wijze die vergelijkbaar is met die bij andere COMET-protocollen, worden deze functionele attitudes sterker en beter voelbaar gemaakt, zodat ze op een gegeven moment de competitie met overbetrokkenheid kunnen winnen. Net als bij de beschrijving van Korrelboom et al. (2004) wordt daarbij gebruik gemaakt van:

1. het *emotioneel meer saillant maken* van afstandelijkheid met behulp van imaginatie, lichaamshouding en gelaatsuitdrukking en zelfspraak;
2. *herhaling*, door deze afstandelijkheid veelvuldig op te roepen; en
3. *associatie*, door met behulp van contraconditionering afstandelijkheid specifiek te associëren met piekerthema’s die eerder juist geassocieerd waren met overbetrokkenheid.

In het hiernavolgende wordt eerst een casus beschreven om de concrete toepassing van COMET bij piekeren nader te illustreren. Vervolgens wordt stilgestaan bij een eerste pilotonderzoek, waarin de effectiviteit van COMET bij piekeren in een groep werd onderzocht.

Casusbeschrijving Dunya

Dunya¹ is een 45-jarige vrouw van Turkse afkomst. Zij woont al dertig jaar in Nederland en heeft hier haar Turkse man leren kennen, met wie zij twintig jaar is getrouwd. Ze hebben een zoon van 16 jaar die op het gymnasium zit. Samen met haar man heeft Dunya een goedlopend eigen bedrijf.

Begin 2007 meldt Dunya zich aan bij de huisarts, nadat zij een paniekaanval heeft gehad. Na vijf gesprekken met een sociaal psychiatisch verpleegkundige (SPV), wordt zij naar PsyQ Angststoornissen verwezen. Tijdens de intake vertelt Dunya dat ze de laatste tijd veel trilt en erg angstig is. Ze maakt zich overmatig zorgen om de gezondheid van haar ouders, die in Turkije wonen. Ze belt elke dag op om te vragen hoe het met hen gaat en geeft hun opdrachten om gezond te leven. Ook maakt ze zich veel zorgen om de schoolprestaties van haar zoon en probeert zij hierover controle te houden door hem continu aan te sporen huiswerk te maken en hem veelvuldig te overhoren. Hierdoor ontstaan er ruzies. Verder vertelt Dunya dat ze vaak zenuwachtig is. Als voorbeeld noemt ze dat zij zich, als er mensen komen eten, constant druk maakt of het eten wel lekker is, of het eten wel op tijd klaar is, of de gasten het wel gezellig vinden enzovoort. Als zij ergens naartoe gaat, maakt zij zich altijd zorgen om niet te laat te komen. Al deze zorgen ontnemen haar het plezier in haar leven.

De laatste tijd is Dunya ook vaak moe en is ze snel geïrriteerd; ze is erg prikkelbaar. Tevens heeft ze last van spierspanningen in haar lijf, voornamelijk in haar nek en rug. Ze krijgt hiervoor fysiotherapie, wat nog onvoldoende effect lijkt te hebben. Ze kan zich de laatste tijd ook moeilijk concentreren, bijvoorbeeld bij het lezen van een boek. Al deze klachten blijken al een aantal jaar te bestaan en lijken een hoogtepunt te hebben bereikt in de eerder beschreven paniekaanval. Ze zegt altijd al een piekeraar te zijn geweest en ze is bovendien altijd erg perfectionistisch. Er wordt een gegeneraliseerde angststoornis gediagnosticeerd bij Dunya.

Na twee individuele behandelgesprekken waarin aandacht werd besteed aan het opstellen van een behandelplan, meldt haar hoofdbehandelaar Dunya aan voor de COMET anti-piekertraining. Tijdens een intakegesprek drie weken voor de start van de training worden de criteria van GAS doorlopen en wordt de inhoud van de training aan Dunya beschreven. Dunya is erg gemotiveerd, maar ook enigszins

¹ Namen en andere persoonsgegevens zijn veranderd om de anonimiteit te waarborgen.

sceptisch: 'Ik pieker al mijn hele leven. Dat kan toch echt niet veranderen in zes weken?'

In de eerste groepsbijeenkomst wordt onderscheid gemaakt tussen zinvol en zinloos piekeren en wordt de 'cirkel van adequaat probleemoplossen' besproken. Na een week het piekeren geregistreerd te hebben beseft Dunya opeens dat ze echt de hele dag piekert en dat dit veelal een zinloze activiteit is: de meeste zaken waarover zij piekert kan zij toch niet beïnvloeden.

Tijdens de tweede bijeenkomst wordt er gezocht naar situaties in het leven van Dunya en haar groepsgenoten die zij losgelaten (geaccepteerd) hebben of waar zij onverschillig tegenover staan. In de derde bijeenkomst vertelt Dunya heel enthousiast dat ze al minder gepiekerd heeft dan de week ervoor. Ze kan het zelf amper geloven. Ze vertelt bij zinvol piekeren niet verder te piekeren, maar daadwerkelijk – in overeenstemming met de eerder gedemonstreerde cirkel van adequaat probleemoplossen – een keuze te maken tussen de mogelijke oplossingen, deze vervolgens uit te voeren en te evalueren. Kleine zinloze piekerthema's, zoals te laat komen, lijkt zij nu al los te kunnen laten: 'Ik maak me er veel minder druk om. Het gaat even door mijn hoofd, maar dan denk ik: dit is zinloos gepieker!'

Zij heeft ook een aantal loslaatsituaties opgeschreven en zegt het sterkste accepterende gevoel te ervaren bij de dood van haar schoonvader. Nadat de trainers haar hebben uitgelegd dat dit thema ook heftige gevoelens kan oproepen in de oefeningen, wil zij het toch graag proberen met dit thema. Ze vertelt een goede band met haar schoonvader te hebben gehad en heel verdrietig te zijn geweest na zijn dood, maar na een tijdje had ze er vrede mee: 'Het is nou eenmaal zo. Ik kan het niet veranderen, ik ben blij hem te hebben gekend.' Vervolgens wordt in de bijeenkomst aan Dunya gevraagd haar ogen dicht te doen en zich het beeld van haar schoonvader voor te stellen. Ze maakt een foto van hem in gedachten. Deze foto laat ze in haar gedachten oud worden door vergeelde kleuren en scheurtjes in de hoeken. Hierbij spreekt ze de accepterende woorden uit: 'Ik kan het niet veranderen, het is goed zo.' Daarna neemt ze hierbij een accepterende houding aan: ontspannen, rechtop zittend op een stoel, haar schouders rustig ophalend en een tevreden knikje met haar hoofd.

In de vierde bijeenkomst blijkt dat Dunya deze oefening thuis vaak heeft gedaan en er wordt nu een oefening gedaan om het loslaten voelbaar te maken in actuele problematische piekerthema's. Ze sluit haar ogen en ziet het beeld van haar schoonvader weer voor zich, neemt de accepterende houding aan en spreekt de accepterende zin uit. Vervolgens laat zij het beeld van haar schoonvader uit haar gedachten weggaan en laat ze er een 'foto' van haar ouders voor in de plaats komen. De bedoeling is dat ze de accepterende houding

blijft aanhouden en de accepterende zin blijft uitspreken om zo het accepterende gevoel te behouden, terwijl ze naar de foto van haar ouders kijkt die in haar gedachten oud wordt.

Dit lukt echter niet direct in de bijeenkomst en ook een week later, tijdens de vijfde bijeenkomst, blijkt dat Dunya dit een bijzonder moeilijke oefening vindt. Het is haar dan ook niet altijd gelukt. Soms echter lukte het wel heel even om het acceptatiegevoel 'ik heb er geen invloed op, ik kan er niets aan veranderen' te behouden, terwijl ze naar de foto van haar ouders keek.

In deze bijeenkomst wordt vervolgens geoefend met een andere COMET-procedure om het loslaten voelbaar te maken met betrekking tot actuele problematische piekerthema's. Het gaat nu om de vaardigheid om opkomend gepiekerd tijdig de kop in te drukken. Deze oefening start met het zich inbeelden van een piekersituatie. Dunya kiest weer voor het thema de gezondheid van haar ouders. Ze probeert zich goed in te leven in het piekeren over dit thema, totdat zij de spanning voelt, die zij normaalgesproken altijd voelt bij het piekeren over dit thema. Vervolgens schakelt zij om en neemt haar accepterende houding aan en spreekt haar accepterende zin uit. Daarbij stelt zij zich het gepiekerd over haar ouders voor als op een verouderende foto. De oefening werkt direct: ze kan de spanning die bij het piekeren opkomt, onmiddellijk laten zakken. Dit geeft een euforisch gevoel.

In de laatste bijeenkomst wordt de training geëvalueerd. Dunya bekijkt haar piekerregistraties en het valt duidelijk op dat haar lijsten steeds leger zijn geworden. Ze piekert steeds minder en dat in slechts zes weken tijd.

Eén belangrijk piekerthema kan ze echter nog niet goed loslaten: de schoolprestaties van haar zoon. Dunya is van plan na de training alle oefeningen nog eens te doorlopen voor dit thema.

Pilotonderzoek

Overzicht en procedure

Deelnemers van het onderzoek waren allen patiënten die in de periode januari 2008 tot maart 2009 in behandeling waren bij PsyQ Angststoornissen te Den Haag, onderdeel van de Parnassia Bavo Groep. Zij moesten voor de training worden aangemeld door hun hoofdbehandelaar. Dit gebeurde op indicatie, wanneer de behoeften en doelen van de patiënt aansloten bij de doelen en methode van de training (minder piekeren, leren accepteren, leren loslaten enz.).

Derhalve werden zowel patiënten met een primaire als met een secundaire GAS toegelaten tot het onderzoek.

Minimaal drie weken voor start van de training kregen allen een intakegesprek met een van de trainers. In dit informele klinische interview werden de criteria van GAS volgens de DSM-IV nagegaan (APA, 2000) en werd bekeken of er contra-indicaties voor groepsbehandeling aanwezig waren. Tevens werd uitleg gegeven over de training en de (onderzoeks)procedure, en werd de techniek zeer beknopt geïllustreerd. Direct na de intake vond de eerste meting plaats (M1), waarbij de vragenlijsten werden afgenomen en een lijst met biografische gegevens werd ingevuld. Bij de start van de training, aan het begin van de eerste groepsbijeenkomst, werden de vragenlijsten opnieuw afgenomen (M2). Tijdens de laatste (zesde) sessie werden de vragenlijsten voor de laatste keer ingevuld (M3).

Voorafgaand aan en gedurende COMET volgden de patiënten de reguliere behandelingen (*treatment as usual*) die binnen het zorgprogramma Angststoornissen van PsyQ worden gegeven. Uitgangspunt van die behandelingen is dat zoveel mogelijk volgens de Richtlijn Angststoornissen (LSMR, 2003) wordt gewerkt. Dat betekent dat de patiënten, afhankelijk van hun primaire en secundaire diagnoses, vooral worden behandeld met cognitieve therapie, exposure, ontspanning en sociale vaardigheidstraining. Deze behandelingen worden binnen het zorgprogramma dikwijls in een groepsformat gegeven. Daarnaast hebben alle patiënten regelmatig contact met hun hoofdbehandelaar, die verantwoordelijk is voor het opstellen en bewaken van het behandelplan en die, in samenhang met de groep(en) die de patiënt volgt, ook (deels) uitvoering geeft aan dit behandelplan. Deze individuele contacten waren ten tijde van COMET over het algemeen minder frequent, hetgeen betekent dat de deelnemers naar schatting gemiddeld twee keer tijdens de training hun hoofdbehandelaar spraken.

Patiënten

Alle patiënten die aan het onderzoek deelnamen, hadden een (primaire of secundaire) DSM-IV-diagnose gegeneraliseerde angststoornis (APA, 2000). Uiteindelijk werden 35 patiënten met een GAS als hoofddiagnose (25) of secundaire GAS-diagnose (10) in COMET behandeld. Van de patiënten met een secundaire GAS-diagnose hadden er vier paniekstoornis als primaire diagnose, één dysthymie, één sociale fobie, één hypochondrie, één borderline persoonlijkheidsstoornis, terwijl van twee patiënten de primaire diagnose niet was ingevuld. De geïncludeerde patiënten werden behandeld in zeven

aparte groepstrainingen, die in de periode tussen januari en december 2008 werden gegeven. In totaal volgden twaalf mannen en 23 vrouwen de training. De gemiddelde leeftijd was 38 jaar ($SD = 10$ jaar). Gemiddeld waren deze patiënten 22 weken in behandeling ($SD = 16,8$) voordat zij deelnamen aan de training.

Therapeuten

Iedere training werd gegeven door twee trainers in een per module wisselende samenstelling. Onder de in totaal vier trainers waren drie psychologen en een gedragstherapeutisch medewerker, die allen ervaring hadden met CGT bij angststoornissen en met het geven van verschillende COMET-trainingen. Allen volgden bovendien gedurende een dagdeel een korte training in theorie en uitvoering van COMET bij piekeren bij de tweede auteur. Tevens kregen de trainers gedurende het onderzoek regelmatig supervisie van hem.

Instrumenten

De volgende meetinstrumenten zijn gebruikt.

Penn State Worry Questionnaire

Een Nederlandse vertaling van de *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec 1990; Van Rijsoort, Emmelkamp, & Vervaeke, 1999; Van Rijsoort, Vervaeke & Emmelkamp, 1997). Dit is een zelfbeoordelingvragenlijst die de neiging tot piekeren in het algemeen meet. De lijst heeft 16 vragen over intensiteit en mate van controleerbaarheid van het piekeren. De items worden gescoord op een vijfpuntsschaal (1 = sterk mee oneens; 5 = sterk mee eens). De totaalscore is een globale piekerscore: hogere scores betekenen een grotere neiging tot piekeren. De psychometrische kenmerken zijn onderzocht door Van Rijsoort et al. (1997) en Van Rijsoort et al. (1999). De lijst is betrouwbaar (Cronbachs $\alpha = 0.88$) gebleken en valide (convergente validiteit met de Worry Domains Questionnaire (WDQ) = 0.68) gebleken. De PSWQ werd in de huidige studie als een van de primaire uitkomstmaat beschouwd.

Zelf Beoordelings Vragenlijst

Zelf Beoordelings Vragenlijst (ZBV), de Nederlandse bewerking van de Spiegelberger *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-DY; Van der

Ploeg, Defares, & Spielberger, 1980; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). De ZBV is een zelfbeoordelingsvragenlijst die uit twee delen bestaat. Het eerste deel meet de state-anxiety, oftewel toestandsangst. De lijst bevat twintig items, die naar actuele angstgevoelens vragen. Antwoorden kunnen worden gegeven op een vierpuntsschaal (1 = geheel niet, 2 = een beetje, 3 = tamelijk veel, 4 = zeer veel). Het tweede deel meet trait-anxiety, oftewel angstdispositie. Deze lijst bestaat eveneens uit twintig items, die vragen hoe angstig men zich in het algemeen voelt. Ook hier wordt weer geantwoord op een vierpuntsschaal (1 = bijna nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = bijna altijd). Op beide schalen zijn hoge scores ongunstig. De twee delen van de ZBV zijn betrouwbaar gebleken met Cronbachs α van 0.91 tot 0.93 (Van der Ploeg, 1982; Van der Ploeg, 2000; Van der Ploeg et al., 1980). Ook de test-hertestresultaten voor de ZBV-trait zijn goed (0.82 bij een groep psychiatrische patiënten), terwijl die voor de ZBV-state – zoals mag worden verwacht bij een toestandmaat – lager (0.40), maar nog steeds bevredigend is (Van der Ploeg, 2000). De convergente validiteit voor psychiatrische patiënten met de SCL-90 is goed, zowel voor de state-versie (mannen: 0.72; vrouwen: 0.78) als voor de trait-versie (mannen: 0.78; vrouwen: 0.86) (Van der Ploeg, 2000). De ZBV-trait en de ZBV-state werden in de huidige studie als secundaire uitkomstmaten beschouwd.

Intolerance of Uncertainty Scale

Een Nederlandse vertaling van de *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS; De Bruin, Rassin, Van der Heiden, & Muris 2006; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Deze lijst meet de mate waarin men onzekerheid kan verdragen, een cognitief proces dat wordt geassocieerd met zorgelijkheid. Een hoge *intolerance of uncertainty* verwijst naar het relatieve onvermogen om te kunnen verdragen dat negatieve gebeurtenissen kunnen voorvallen en dat er geen definitieve manier is om deze gebeurtenissen te voorspellen. De lijst bevat 27 items, die gescoord worden op een vijfpuntsschaal (1 = helemaal niet herkenbaar; 5 = helemaal herkenbaar).

De Bruin et al. (2006) onderzochten de psychometrische kwaliteiten van een in het Nederlands vertaalde versie van de IUS. Deze bleken overeen te stemmen met de Franse en Engelse versies. De lijst is betrouwbaar en valide met betrekking tot het onderzoek naar piekeren. De interne consistentie is zeer goed (Cronbachs alfa = 0.94) bij een groep angstpatiënten en de test-hertestbetrouwbaarheid is daar 0.79. De constructvaliditeit wordt als goed beoordeeld: de IUS correleert significant meer met piekeren (PSWQ: 0.61) dan met depressie (BDI: 0.46) en differentieert bovendien tussen een klinische en een

niet-klinische groep. De IUS werd in de huidige studie als een secundaire uitkomstmaat beschouwd.

De training

De inhoud van COMET bij piekeren is gebaseerd op de overwegingen van Korrelboom, Visser en Ten Broeke (2004). De training werd gegeven in groepsverband en bestond uit zes bijeenkomsten van twee uur, inclusief een korte pauze van 15 minuten. De groepen bestonden uit maximaal acht deelnemers. De deelnemers ontvingen bij aanvang van de training een werkboek waarin alle stappen staan beschreven die in de training worden doorlopen. Voordat men met het stappenplan begon, werd in de eerste bijeenkomst veel aandacht besteed aan psycho-educatie en het opzetten van de doorlopende registratieopdracht – patiënten moesten hun gepieker registreren: wanneer het plaatsvond, wat de inhoud ervan was, hoe heftig het was en of men dacht dat het gepieker al dan niet tot een oplossing van het probleem zou kunnen leiden. De training bestaat uit de volgende elementen.

Rationale

De rationale bestaat uit vier aspecten. Met betrekking tot het eerste wordt gesteld dat piekeren een uit de hand gelopen manier van probleemoplossen is. Er zijn echter problemen die men niet kan beïnvloeden (tweede aspect) en die men dus zal moeten leren loslaten of accepteren (derde aspect). Over dat leren loslaten en accepteren gaat de module. Een vierde aspect is dat iedereen tot op zekere hoogte kan loslaten. Piekeeraars zijn er echter niet goed genoeg in en moeten op dit punt dus hun capaciteiten versterken.

Stap 1: Het besluit nemen

In deze eerste stap leren patiënten persoonlijke piekerthema's waarover ze beter niet meer kunnen piekeren omdat deze toch niet beïnvloedbaar zijn, te identificeren. Ze moeten dus besluiten eraan te gaan werken om deze onderwerpen te accepteren en los te laten. In de eerste bijeenkomst en thuis gaan de patiënten aan de hand van een formulier na welke thema's dat zijn. In de eerste bijeenkomst wordt een korte toelichting gegeven over de wijze waarop men piekerthema's waarop men in principe wel invloed kan uitoefenen, kan benaderen. Daartoe wordt een beknopte uitleg gegeven over de door D'Zurilla en Goldfried (1971) beschreven methode.

Stap 2: Herinneringen ophalen aan loslaten en accepteren en gebeurtenissen identificeren die men heeft geaccepteerd of waaronder men onverschillig blijft (maar sommige anderen niet)

Een uitgangspunt van COMET voor piekeren is dat iedereen tot op zekere hoogte beschikt over het vermogen om los te laten of te accepteren. Stap 2 is erop gericht om patiënten meer vertrouwd te maken met dit vermogen. Het gaat steeds om loslaten of afstand bewaren, in de vorm van ‘acceptatie’, ‘onverschillig zijn’ of ‘erboven staan’. Dat gebeurt op twee manieren. Ten eerste wordt in de eigen levensgeschiedenis en het dagelijks leven nagegaan welke dingen men heeft meegeemaakt, die op dat moment weliswaar moeilijk of pijnlijk waren, maar die men na kortere of langere tijd toch heeft kunnen loslaten of (min of meer) heeft kunnen accepteren. Ten tweede gaat men op zoek naar situaties in het dagelijks leven waaronder men eigenlijk altijd onverschillig is gebleven, terwijl andere mensen zich door die situaties juist erg laten meeslepen. Bij het eerste moet gedacht worden aan ‘kleine ervaringen’ als het verliezen van een kampioenswedstrijd of het kwijt raken van een schoolvriendje vanwege een verhuizing. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om het ophalen van traumatische ervaringen. Bij het tweede moet men denken aan voetbalwedstrijden, carnaval of politieke debatten, voor zover de patiënt zich daarin – in tegenstelling tot andere mensen – niet erg laat meeslepen. In de tweede bijeenkomst en thuis brengen de deelnemers dergelijke ‘loslaatervaringen’ in kaart.

Stap 3: Het ‘oude loslaten’ en ‘onverschillig latende situaties’ beter voelbaar maken

Nadat de oude ‘loslaatervaringen’ en die uit het dagelijks leven zijn vastgesteld, moet men dit loslaten zo sterk mogelijk gaan ervaren. Daartoe wordt de emotionele saillantie van dat loslaten versterkt. Dit gebeurt door in gedachten een voorstelling te maken van de betreffende situatie. Het loslaten in dit beeld wordt versterkt door het beeld al dan niet symbolisch te veranderen. Men kan zich de loslaatervaring voorstellen als een foto die verouderd en dus geel wordt en barstjes gaat vertonen. Of men stelt zich voor dat beeld via een camera wordt uitgezoomd en onscherp gemaakt, waardoor de losgelaten gebeurtenis kleiner en vager wordt. Ook kan men zich de situaties voorstellen als ware het een toneelstuk of een film, die men vervolgens letterlijk en figuurlijk van een afstand gaat bekijken.

Tijdens het oproepen van dit ‘loslaatbeeld’ neemt men tevens een accepterende of onverschillige houding aan en ook wordt er een accepterende of onverschillige zin uitgesproken, zoals: ‘Het is zoals

het is,' 'Het raakt mij niet,' of 'Ik hoef me hier niet druk over te maken.' In de derde bijeenkomst en thuis wordt deze oefening regelmatig geoefend (vijf keer per dag, telkens vijf minuten). Het doel daarvan is dat de reeds bekende loslaatsituatie steeds sterker als zodanig wordt ervaren.

Stap 4: Het 'loslaten' en 'onverschilligheid' voelbaar maken in actuele problematische piekerthema's: relatieve immuniteit voor gepieker versterken

Wanneer men voldoende vertrouwd is geraakt met het gevoel van loslaten/acceptatie of onverschilligheid, worden die vaardigheden en gevoelens overgedragen op actuele situaties en piekerthema's die men nog niet kan loslaten of accepteren. Dit gebeurt met verschillende vormen van contraconditionering (Korrelboom et al., 2004). In de vierde bijeenkomst wordt geleerd eerst de oude loslaatsituatie met het daarbij behorende gevoel op te roepen en vervolgens het beeld te veranderen naar een beeld dat hoort bij het huidige piekerthema. De houding en uit te spreken zin blijven acceptierend/onverschillig. Het doel is het loslaatgevoel te behouden bij het actuele piekerbeeld om zo distantie tot het gepieker te creëren. Dit wordt ook weer thuis geoefend. Verondersteld wordt dat de patiënt zo geleidelijk aan een zekere immuniteit ontwikkelt tegenover zijn piekerthema's. Aan dit 'immuniseren' ligt de gedachte ten grondslag dat wie eraan gewend is om weliswaar zorgwekkende, maar onbeïnvloedbare zaken van enige afstand te bekijken, zich minder snel zal verliezen in zinloos gepieker. Verwacht wordt dat patiënten de vaardigheid 'loslaten' op deze manier als het ware automatisch leren toepassen.

Stap 5: Het 'loslaten' en 'onverschilligheid' voelbaar maken in actuele problematische piekerthema's: vaardigheid om opkomend gepieker tijdig de kop in te drukken

Hoewel men op dit punt van de module wellicht al wat beter in staat is het piekeren los te laten, kan het soms nog onverwacht de kop op steken. Om dergelijk plotseling opkomend gepieker direct te kunnen loslaten wordt in de vijfde bijeenkomst geoefend met 'schakelen' (Korrelboom et al., 2008): eerst wordt een piekerthema opgeroepen, totdat daarbij het angstige en machteloze gevoel dat bij het piekeren hoort, opkomt. Dan wordt met behulp van beeldverandering (bijvoorbeeld door zich het gepieker over het betreffende piekerthema voor te stellen als een vergelend of vervagend beeld, zoals gebeurde met de reeds losgelaten of geaccepteerde situaties in stap 3), de loslaathou-

ding en de loslaatzin 'geschakeld' naar het loslaatgevoel. Deze oefening wordt ook weer thuis verder toegepast.

Stap 6: Voortgang na afloop van de training

In de laatste (zesde) bijeenkomst wordt de module geëvalueerd en wordt er bekeken hoe men het geleerde kan vasthouden. Tevens wordt geadviseerd opnieuw de stappen van de module voor zichzelf door te nemen, wanneer piekeren weer te veel komt opzetten.

Analyses

Alle statistische berekeningen werden uitgevoerd met SPSS 17. Met behulp van onafhankelijke t-toetsen en chi-kwadraattoetsen op de uitkomstmaten bij de start van COMET (M2) en op de variabelen geslacht en leeftijd werd nagegaan of enerzijds *drop-outs* en *completers* en anderzijds patiënten met een primaire en een secundaire diagnose gegeneraliseerde angststoornis van elkaar verschilden. Vervolgens werden *missing data* geïmputeerd met behulp van de *last observation carried forward* (LOCF)-procedure. Het scoreverloop op de vier uitkomstmaten werd vervolgens geanalyseerd in een *intention to treat-analyse* met gepaarde t-toetsen. Eerst werd nagegaan in hoeverre er tijdens *baseline* (M1-M2) veranderingen optraden en vervolgens werd dit nagegaan voor COMET (M2-M3). Van de significant gebleken verschillen werd de effectgrootte berekend met Cohens d (Cohen, 1988). Ten slotte werd ten aanzien van de PSWQ berekend hoeveel patiënten een *reliable change* en hoeveel een *clinical significant change* realiseerden (Jacobson & Truax, 1991).

Resultaten

Uiteindelijk werden 35 patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis als hoofddiagnose (25) of secundaire diagnose (10) in COMET behandeld. In totaal volgden 12 mannen en 23 vrouwen de training. De gemiddelde leeftijd was 37 jaar ($SD = 10$ jaar). Van de 35 patiënten maakten 29 (83%) de training af. Er was een significant verschil tussen drop-outs en completers bij de start van COMET: drop-outs hadden een hogere score op de PSWQ ($M = 67.50$ ($SD = 5.58$) versus $M = 59.90$ ($SD = 8.70$); $t(33) = -2.04$, $p = .05$). In de LOCF-procedure werden deze relatief hoge PSWQ-scores op M2 als eindscores op M3 gesubstitueerd voor de betreffende drop-outs. Er konden geen significante verschillen worden gevonden op de beginmetingen

(M2) tussen patiënten die GAS als primaire dan wel als secundaire diagnose hadden gekregen.

Tabel 1. Veranderingen M1-M2 (baseline).

	M1 (SD)	M2 (SD)	t	df	p
PSWQ	63.17 (9.64)	61.20 (8.68)	1.67	34	0.10 (ns)
ZBV-trait	57.31 (11.54)	56.51 (10.34)	.65	34	0.52 (ns)
ZBV-state	51.31 (14.33)	51.34 (12.04)	-.02	34	0.99 (ns)
IUS	87.83 (22.14)	87.26 (23.81)	.29	34	0.78 (ns)

Tijdens *baseline* trad op geen enkele uitkomstvariabele een significante verandering op (zie tabel 1). Tijdens COMET daarentegen veranderden de patiënten gemiddeld genomen in gunstige zin op alle uitkomstvariabelen (zie tabel 2). De omvang van deze veranderingen was klein op een van de secundaire uitkomstmaten (ZBV-state: 0.4), middelmatig op een andere secundaire uitkomstmaat (IUS: 0.5) en op de primaire uitkomstmaten (PSWQ: 0.7) en groot op de derde secundaire uitkomstmaat (ZBV-trait: 0.8). Een overzicht van deze resultaten is terug te vinden in tabellen 1 en 2.

Tabel 2. Veranderingen M2-M3 (COMET).

	M2 (SD)	M3 (SD)	t	df	p	Effect-size Cohens d
PSWQ	61.20 (8.68)	53.74 (11.64)	4.87	34	< .000	0.7
ZBV-trait	56.51 (10.34)	49.09 (7.43)	4.57	34	< .000	0.8
ZBV-state	51.34 (12.04)	47.17 (7.93)	2.27	34	.03	0.4
IUS	87.26 (23.81)	76.37 (23.30)	4.45	34	< .000	0.5

Er is sprake van een *reliable change*, wanneer de verandering die de patiënten op een vragenlijst realiseren groter is dan de standaardfout van het verschil tussen begin- en eindmeting van die vragenlijst (*standard error of difference*). Om op de PSWQ een *reliable change* te behalen moet de verandering meer dan 8 punten zijn. Van de 29 patiënten die COMET afmaakten, behaalden 14 (48%) een *reliable change*. Om een *clinical significant change* te realiseren moet de patiënt bovendien een bepaalde cut-offscore overschrijden die de overgang van de normale populatie naar de psychiatrische groep markeert. Op basis van de door Van der Heiden, Muris, Bos, Van der Molen en Oostra (2009) berekende normen van de PSWQ voor Nederland kan die cut-offscore op 55 worden gesteld. Patiënten die lager scoren dan 55, zitten dicht bij het gemiddelde van de normale Nederlandse bevolking, terwijl men boven de 55 dicht bij het gemiddelde van de psychiatrische groep zit. In de huidige studie

maakten 13 patiënten (45%) van de 29 completers tijdens COMET de overgang van de psychiatrische naar de normale groep. In totaal 9 patiënten (31%) realiseerden beide veranderingen en behaalden dus een clinical significant change (Jacobson & Truax, 1991).

Discussie en conclusie

In dit stuk werd een nieuwe COMET-training, de anti-piekertraining, gepresenteerd aan de hand van een casus en een eerste pilotstudie. De casus laat vooral zien hoe de training in praktisch opzicht in elkaar zit. Ook blijkt uit de casus, samen met de ervaringen van de trainers die aan het onderzoek meewerkten, dat de training goed uitvoerbaar is en bij de patiënt als begrijpelijk en zinnig overkomt. Uit de evaluaties van de verschillende COMET-groepen is gebleken dat patiënten de uitleg over de cirkel van probleemoplossen erg nuttig vinden, evenals het leren onderscheiden van piekerthema's die zich in principe lenen voor een adequate probleemoplossingsstrategie en piekerthema's die dat niet doen. De in COMET met betrekking tot die laatste categorie behandelde loslaat- en acceptatietechnieken werden als concreet en behulpzaam ervaren. Veel patiënten hadden daarbij een voorkeur voor een bepaalde techniek. Dit bleek per persoon sterk te wisselen.

Wat verder in de verschillende trainingen opviel, was dat veel patiënten tijdens de eerste groepsbijeenkomst erg sceptisch waren, net zoals Dunya in de gepresenteerde casus. Na de zes weken ervoeren velen van hen echter dat ze daadwerkelijk minder piekerden. Ook kregen de trainers tijdens de evaluaties regelmatig te horen dat de patiënten erg tevreden waren en dat zij de samenwerking van beide trainers als prettig en als een 'goede aanvulling op elkaar' beoordeelden. Tot slot illustreert de casus dat in de korte periode die de COMET anti-piekertraining duurt, weliswaar forse veranderingen in het piekeren lijken te kunnen worden gerealiseerd, maar dat aan het eind ervan het gepieker nog niet geheel en al is verdwenen. Hierbij kan de vraag worden gesteld of een langere duur van de training gewenst is.

Ook de resultaten uit het onderzoek suggereren dat COMET voor piekeren iets doet bij GAS-problematiek. De patiënten gaan meer vooruit tijdens de training (M2-M3) dan tijdens de baseline (M1-M2). De patiënten verbeteren het meeste op de primaire uitkomstmaat, de PSWQ (Cohens $d = 0.7$) en de maat die als een belangrijke indicator wordt beschouwd voor GAS, de ZBV-trait (Cohens $d = 0.8$). Dit betekent dat de patiënten gedurende COMET minder zijn gaan piekeren en minder angstig zijn geworden. De gemiddelde scores van de gehele groep op de PSWQ liggen op M3 ($M = 53.7$; $SD = 11.6$)

dichter in de buurt van de normale populatie ($M = 42.4$; $SD = 11.8$) dan bij die van een Nederlandse normgroep voor GAS-patiënten ($M = 67.1$; $SD = 7.8$) (Van der Heiden et al., 2009). Op de angstdispositie (ZBV-trait) verandert de groep tijdens COMET van het 7^{de} naar het 4^{de} deciel in de normgroep van de psychiatrische populatie (Van der Ploeg, 2000). In vergelijking met de normale populatie ('Leidse inwoners') is de vooruitgang op deze maat minder glorieus: van het 10^{de} naar het 9^{de} deciel.

Op de andere secundaire uitkomstmaten ZBV-state en IUS verbeterden de patiënten ook significant, zij het met minder grote effect-sizes (respectievelijk 0.4 en 0.5). Dit betekent dat de patiënten aan het eind van de training minder angst 'op het moment' ervoeren en dat zij beter in staat waren te verdragen dat negatieve gebeurtenissen kunnen voorvallen zonder dat er een definitieve manier is om deze gebeurtenissen te voorspellen. Op de IUS verschuiven de patiënten daarbij richting normale populatie. Waar het gemiddelde van de gehele groep bij de start van COMET op M2 ($M = 87.26$; $SD = 23.81$) nog dicht bij het gemiddelde ligt van de door De Bruin et al. (2006) onderzochte patiëntenpopulatie ($M = 89.87$; $SD = 18.51$) ligt deze bij M3 ($M = 76.37$; $SD = 23.30$) dicht bij die van De Bruins studentenpopulatie ($M = 65.89$; $SD = 12.95$). De omvang van de verschuivingen op de ZBV-state zijn bescheiden. In vergelijking met de normgroep 'psychiatrische polikliniekpatiënten' daalt de gemiddelde score van de groep van het 6^{de} deciel naar het 5^{de}. Ten opzichte van de normgroep 'Leidse inwoners' blijft de patiëntengroep zowel op M2 als op M3 in het 10^{de} deciel zitten.

Het onderzoek vertoont een aantal zwakheden. Ten eerste kunnen de effecten van COMET voor piekeren niet los worden beoordeeld van de combinatie met de al lopende behandeling (treatment as usual, TAU). De baselineperiode was te kort om definitieve uitspraken over de effecten van TAU te kunnen doen. Daarnaast volgden de patiënten de training niet op hetzelfde moment in hun behandeling. Sommigen hadden voordat zij aan COMET begonnen, al veel TAU achter de rug, anderen slechts weinig. Het is denkbaar dat met name bij patiënten die nog maar kort met TAU waren behandeld, de effecten daarvan nog niet optimaal waren en dat de winst die tijdens COMET werd geboekt, voor een deel aan de effectiviteit van de eerder uitgevoerde TAU moet worden toegeschreven. In een post-hocanalyse bleek echter dat de behandelduur van TAU voorafgaande aan COMET niet van invloed is geweest op de resultaten. Wanneer patiënten die voor de start van de training relatief lang in behandeling waren geweest vanwege hun GAS (> 15 weken: $N = 13$) werden vergeleken met patiënten die relatief kort in behandeling waren (< 16 weken: $N = 15$), bleken de uitkomsten op de vier uitkomstvariabelen

na COMET (M3) niet significant van elkaar te verschillen (ANCOVA met de pre-COMET scores op M2 als covariaat): PSWQ: $F(2, 25) = 0.45, p = .51$; IUS: $F(2, 25) = 0.91, p = .35$; ZBV-state: $F(2, 25) = 0.19, p = .67$; ZBV-trait: $F(2, 25) = 0.65, p = .43$. Dat neemt niet weg dat een RCT meer definitieve uitspraken zou toestaan over de waarde van COMET voor piekeren.

Een andere beperking is dat de diagnoses zijn vastgesteld in een kort intakegesprek, zonder dat gebruik werd gemaakt van een semi-structureerd klinisch interview. Het is dus mogelijk dat de primaire en secundaire GAS-diagnoses niet altijd even adequaat zijn geweest. Aan de andere kant stemmen de scores van de patiënten op de verschillende vragenlijsten overeen met de scores die men van GAS-patiënten mag verwachten.

Als laatste beperking moet worden genoemd dat er geen follow-up is gedaan. Het is dus niet mogelijk om te bepalen in hoeverre de geobserveerde effecten behouden blijven na COMET.

Dit alles neemt niet weg dat de resultaten veelbelovend zijn. COMET lijkt daarbij vooral geschikt te zijn als een specifiek op piekeren gerichte deelinterventie in de behandeling van GAS, die op dat gebied zou moeten worden vergeleken met *worry exposure* of de andere door Wells in zijn metacognitieve therapie voor GAS beschreven specifieke anti-piekermaatregelen. Om te kunnen gelden als een volledige behandeling voor GAS zou COMET wellicht langer moeten worden gegeven en waarschijnlijk moeten worden gecombineerd met andere interventies. Daarbij kan worden gedacht aan de combinatie met Toegepaste Relaxatie of met een meer formele training in probleemoplossingsstrategieën, zoals die in IoU-behandelingen wordt toegepast.

Het lijkt hoe dan ook de moeite waard om COMET voor piekeren nader te onderzoeken in beter gecontroleerd onderzoek, met grotere groepen deelnemers, waarin diagnoses zijn vastgesteld aan de hand van semigestructureerde klinische interviews.

ABSTRACT While several methods have been proven to be effective in the treatment of generalized anxiety disorder (GAD), efficacy is still worse than in most other anxiety disorders. It is suggested that this state of affairs is caused by the relative paucity of treatment methods specifically aimed at the most identifying features of GAD. Since worry is considered to be the most identifying aspect of the disorder, several promising new treatment methods targeting specifically the worry component have been developed. One of these new methods is Competitive Memory Training (COMET) for worrying and rumination. After a short introduction with a case illustration, a

first baseline controlled pilot study into the effectiveness of this method is presented. 35 Patients received six sessions of COMET in groups, while their regular therapy continued. They filled in questionnaires three weeks before the start of COMET (M1), at the start of COMET (M2) and at the end of it (M3). In an intention to treat analysis in which missing values were substituted by the last observation carried forward (LOCF) procedure, no changes during baseline could be detected, while during COMET significant progress was realized at all outcome variables. Limitations of the study and possible implications of the results are discussed.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd revised edition (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 633-646.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 23*, 551-570.
- Behar, E., DiMarco, I.D., Hekler, E.B., Mohlman, J., & Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 1011-1023.
- Bijl, B.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* (pp. 118-145). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O.M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: The Guilford Press.
- Borkovec, T.D. & Whisman, M.A. (1996). Psychosocial treatments for gene-

- ralized anxiety disorder. In: M. Mavissakalian & R. Prien (eds.), *Long-term treatment of anxiety disorders* (pp. 171-197). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Borkovec, T.D., Wilkinson, L., Folemsbee, R., & Lerman, C. (1983). Stimulus-control applications to the treatment of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 247-251.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Bruin, G.O. de, Rassin, E., Heiden, C. van der & Muris, P. (2006). Psychometric properties of a Dutch version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Netherlands Journal of Psychology*, 62, 91-97.
- Carter, R.M., Wittchen, H.U., Pfister, H., & Kessler, R.C. (2001). One-year prevalence of sub-threshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression & Anxiety*, 13, 78-88.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences. Second edition*. Hillsdale (N.J.): Lawrence Erlbaum Associates.
- Craske, M.G. (1999). *Anxiety Disorders: Psychological Approaches to Theory and Treatment*. Boulder (Col): Westview Press.
- Davey, G.C.L. (1994). Pathological worrying as exacerbated problem-solving. In: G. Davey & F. Tallis (eds.), *Worrying. Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 35-61). Chichester: Wiley.
- Dugas, M.J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: So where do we stand? *Journal of anxiety disorders*, 14, 31-40.
- 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. & Ladouceur, R. (2000). Treatment of generalized anxiety disorder: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24, 635-658.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allen, T., Richard, K., Treliving, L.R., & Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy, and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Emmelkamp, P., Bouman, T., & Scholing, A. (2000). *Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ekman, P. & Davidson, R.J. (1994). *The nature of emotion: fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Fisher, P.L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder. In: G.C.L. Davey & A. Wells (eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, Assessment & Treatment* (pp. 359-378). Chichester: Wiley.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R.

- (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Gaag, M. van der & Korrelboom, C.W. (2006). Competitive Memory Therapy (COMET) bij auditieve hallucinaties. In: M. van de Gaag, F. Withaar, & C.J. Slooff (red.), *Cognitieve gedragstherapeutische behandelingen bij mensen met een psychose* (pp. 95-113). Den Haag: Kenniscentrum Schizofrenie Nederland.
- Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Guijken, K., Dommanschet, C., & Korrelboom, C.W. (2008). COMET: de behandeling van obsessies met contraconditionering. *Directieve therapie*, 28, 251-272.
- Heiden, C. van der & Broeke, E. ten. (2009). The When, Why, and How of Worry Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 386-393.
- Heiden, C. van der, Methorst, G., Stigter, E. de, & Muris, P. (2008). Gegeneraliseerde angststoornis. Diagnostische overwegingen en aanbevelingen voor de praktijk. *Gedragstherapie*, 41, 281-302.
- Heiden, C. van der, Muris, P., Bos, A.E.R., Molen, H. van der, & Oostra, M. (2009). Normative data for the Dutch version of the Penn State Worry Questionnaire. *Netherlands Journal of Psychology*, 65, 69-75.
- Heiden, C. van der, Muris, P., & Molen, H. van der (2005). De gegeneraliseerde angststoornis: recente ontwikkelingen in theorie en behandeling. *Directieve therapie*, 25, 317-348.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A.T., Runge, J., Höfler, M., & Becker, E.S. (2009). Worry Exposure versus Applied Relaxation in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 106-115.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Korrelboom, C.W., Gaag, M. van der, Hendriks, V.M., Huijbrechts, I., & Beretty, E.W. (2008). Treating Obsessions With Competitive Memory Training: A Pilot Study. *The Behavior Therapist*, 31, 29-36.
- Korrelboom, C.W., Weele, K. van der, Gjaltema, M., & Hoogstraten, C. (2009). Competitive Memory Training for Treating Low Self-Esteem: A Pilot Study in a Routine Clinical Setting. *The Behavior Therapist*, 32, 3-8.
- Korrelboom, C.W., Jong, M. de, Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 974-980.
- Korrelboom, C.W., Peeters, J., Blom, S., & Huijbrechts, I. (2008). Competitive memory training voor paniekstoornis. *Directieve therapie*, 28, 233-250.
- Korrelboom, C.W., Visser, S., & Broeke, E. ten (2004). Gegeneraliseerde angststoornis: wat is het en wat kun je ertegen doen? *Directieve therapie*, 24, 1-22.

- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Olij, R.J.B., Korrelboom, C.W., Huijbrechts, I.P.A.M., Jong, M. de, Cloin, P.A., Maarsingh, M., & Paumen, B.N.W. (2006). De module zelfbeeld in een groep: werkwijze en eerste bevindingen. *Directieve therapie*, 26, 307-325.
- 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.
- Ploeg, H.M. van der (1982). De Zelf-Beoordelings Vragenlijst (STAI-DY). De ontwikkeling en validatie van een Nederlandstalige vragenlijst voor het meten van angst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24(9), 576-588.
- Ploeg, H.M. van der (2000). *Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst. Een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI-DY*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, H.M., & Spielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst. Een Nederlandse bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI-DY*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Rijsort, S. van, Emmelkamp, P., & Vervaeke, G. (1999). The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: structure, reliability and validity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 297-307.
- Rijsort, S. van, Vervaeke, G., & Emmelkamp, P. (1997). The Penn State Worry Questionnaire en de Worry Domains Questionnaire: eerste resultaten bij een normale Nederlands populatie. *Gedragstherapie*, 30, 121-128.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioural models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto (Ca): Consulting Psychologists Press.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.