



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 een negatief zelfbeeld als aanvullende behandeling bij depressieve patiënten; een pilotstudie

Maaike Maarsingh, Kees Korrelboom en Irma Huijbrechts

SAMENVATTING Een negatief zelfbeeld lijkt van invloed op het ontstaan van en terugval in depressie. Tot nu toe zijn er weinig specifieke interventies voor het verbeteren van een negatief zelfbeeld beschreven en onderzocht. *Competitive Memory Training* (COMET) voor negatief zelfbeeld is gebaseerd op inzichten en bevindingen uit de experimentele psychologie. In aansluiting op bevindingen bij andere populaties is het onderhavige onderzoek een pilotstudie naar het effect van COMET voor negatief zelfbeeld bij ambulante patiënten met een depressieve stoornis en een negatief zelfbeeld. De COMET-training vond plaats naast de reguliere behandeling. Tijdens COMET + reguliere therapie namen zelfwaardering en autonomie significant en in belangrijke mate toe, terwijl depressiviteit op vergelijkbare wijze afnam. Deze verbeteringen traden in ongeveer gelijke mate op bij patiënten met verschillende depressiediagnoses. Post hoc werd een *convenience* vergelijkingsgroep toegevoegd van patiënten die alleen reguliere behandeling voor hun depressie hadden gehad. Vergelijken met de vergelijkingsgroep verbeterden het zelfbeeld en de autonomie van de mensen in de COMET + reguliere therapieconditie significant en in belangrijke mate. Daarnaast namen de depressieve klachten significant en in belangrijke mate af. COMET voor negatief zelfbeeld lijkt een effectieve interventie bij depressieve patiënten met een negatief zelfbeeld. Tekortkomingen en klinische implicaties van dit onderzoek worden besproken.

Drs. M. Maarsingh, gezondheidszorgpsycholoog, Zorgprogramma Depressie Ambulant, PsyQ Haaglanden, Parnassia Bavo Groep, Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag. E-mail: m.maarsingh@psyq.nl.

Dr. C.W. Korrelboom, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek & Zorginnovatie, PsyQ Haaglanden. E-mail: k.korrelboom@psyq.nl.

Dr. I.P.A.M. Huijbrechts, gezondheidszorgpsycholoog/senior stafmedewerker Wetenschappelijk Onderzoek & Zorginnovatie, PsyQ Nederland.

Inleiding

Depressie is een van de meest voorkomende psychische aandoeningen. Ongeveer twintig procent van de Nederlanders krijgt ooit in hun leven met een depressie te maken (Bijl, Van Zessen & Ravelli, 1997). Er bestaan goede behandelingen voor depressie, waaronder antidepressieve medicatie, interpersoonlijke psychotherapie en cognitieve gedragstherapie, al dan niet in onderlinge combinatie. Het grote probleem bij depressie is dat veel patiënten na verloop van tijd weer terugvallen en dat iedere terugval de kans op een volgende terugval vergroot. Dat is de reden dat veel onderzoek gedaan wordt naar factoren die terugval voorspellen en naar manieren om die factoren te beïnvloeden.

Een van de factoren die daarbij van belang lijkt te zijn, is negatief zelfbeeld of lage zelfwaardering. Veel depressieve patiënten hebben een negatief zelfbeeld. Daarnaast beschouwt een aantal auteurs negatief zelfbeeld als zowel een risicofactor voor het ontstaan van depressie als voor de terugval in depressie na aanvankelijk herstel (Evans, Heron, Lewis, Araya & Wolke, 2005; Fennell, 1997, 1998, 2004; Mongrain & Leather, 2006). Hoewel het zelfbeeld vaak weer ‘vanzelf’ verbetert met het opklaren van de depressieve stoornis, vermoedt men dat negatieve zelfopvattingen bij veel herstelde en herstellende depressieve mensen relatief gemakkelijk toegankelijk blijven (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997). Deze constatering roept de vraag op of het mogelijk is het zelfbeeld van patiënten met een depressieve stoornis extra te versterken middels een specifiek op die problematiek toegesneden interventie.

In de literatuur zijn enkele interventies voor het verbeteren van een negatief zelfbeeld beschreven. Fennell (1997, 1998, 2004) stelt een behandeling voor negatief zelfbeeld voor, die is gebaseerd op Becks cognitieve model voor emotionele stoornissen. De interventies die Fennell beschrijft, bestaan uit het uitdagen van disfunctionele gedachten in combinatie met gedragsexperimenten betreffende het zelfbeeld. De methode van Fennell is door McManus, Waite en Shafran (2009) toegepast en onderzocht bij een patiënt met depressie, angstklachten en een negatief zelfbeeld. In dit *single case report* knapte de patiënt aanzienlijk op. Ook Rigby en Waite (2007) onderzochten de interventies van Fennell, maar voegden er enkele experiëntiële oefeningen aan toe. Uit deze ongecontroleerde studie kwamen significante verbeteringen op depressie-, angst- en zelfbeeldmaten naar voren. Tot nu toe zijn er geen gecontroleerde studies gedaan naar de ‘methode Fennell’. Hall en Tarrrier (2003) lieten patiënten de aandacht richten op hun positieve eigenschappen en gedrag aan de hand van concrete situaties waarin deze eigenschappen naar voren waren gekomen. Daarnaast

werden ze aangespoord zich meer naar deze positieve eigenschappen te gedragen. De benadering van Hall en Tarrrier bleek effectief in een gerandomiseerde studie bij een groep psychotische patiënten.

Los van deze methodes is op basis van bevindingen en theoretische overwegingen in de experimentele psychologie een andere, in de behandelpraktijk toepasbare interventie ontwikkeld voor het verbeteren van het zelfbeeld. Deze methode maakt deel uit van een serie sterk op elkaar gelijkende interventies die bekend staan als *Competitive Memory Trainingen* (COMET).

Centraal hierin staat de theorie van Brewin (2006). Hij ontwikkelde een model over *competitive memory retrieval*, waarbij hij ervan uitgaat dat in het langetermijngeheugen met ieder concept verschillende betekenissen en kwalificaties zijn geassocieerd. Sommige van die betekenissen zouden gemakkelijker te activeren zijn dan andere. Tussen de verschillende betekenissen zou een voortdurende competitie bestaan om te worden geactiveerd. Zodra een betekenis eenmaal is geactiveerd, wordt de activeerbaarheid van andere mogelijke betekenissen geïnhibeerd. Iemand kan zichzelf geregeld competent vinden (als loodgieter, bijvoorbeeld), maar tegelijk ook saai (vaak als partner, maar soms ook als loodgieter), dom (in het algemeen) en waardeloos (soms in het algemeen en vaak als vriend). Al die kwalificaties (competent, saai, waardeloos) zijn verbonden met het concept 'zelf' en daarnaast meer of minder sterk van toepassing op de verschillende hoedanigheden of domeinen waarin de persoon zich kan manifesteren (loodgieter, partner, algemeen en vriend, in dit voorbeeld). Die kwalificaties kunnen meer of minder juist zijn en (dus) meer of minder functioneel. Volgens Brewins theorie zullen sommige betekenissen gemakkelijker activeerbaar zijn, terwijl dat bij andere kwalificaties moeilijker is. Bij psychopathologie zouden te vaak en in te veel omstandigheden disfunctionele betekenissen de *retrieval*-competitie winnen. Men ervaart zichzelf te vaak en te sterk als *saai* en *waardeloos*, zonder dat dit terecht is, terwijl betekenissen als *competent* te ontoegankelijk zijn. Psychotherapie gaat dus over het beïnvloeden van de winstkansen in deze competitie. Functionele betekenissen moeten sneller en beter activeerbaar worden ten koste van disfunctionele (Brewin, 2006). Met COMET wordt op tamelijk directe wijze getracht juist dit te bewerkstelligen: functionele betekenissen competitiever en dus gemakkelijker activeerbaar te maken.

Daarbij worden binnen COMET drie invalshoeken gebruikt. Naast herhaling van het activeren van functionele betekenissen is het verhogen van de emotionele *saillantie* van die functionele betekenissen van belang. Hoe hoger de emotionele saillantie van een bepaalde eigenschap of gebeurtenis, des te groter de kans dat die worden geactiveerd. Een functionele betekenis wordt daartoe met behulp van

bepaalde oefeningen beter voelbaar gemaakt (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Hierbij is het emotiemodel van Lang een belangrijke inspiratiebron (Lang, 1994). Lang stelt dat emoties in het geheugen zijn gerepresenteerd in de vorm van informatie over stimuli, responsen en betekenissen. Deze informatie is georganiseerd in cognitieve netwerken. Wanneer voldoende elementen in zo'n netwerk worden geactiveerd, wordt de betreffende emotie voelbaar voor de patiënt en (soms) zichtbaar voor de buitenwereld. Patiënten leren tijdens COMET te voelen wat ze al weten. Dat betekent dat er, voordat met COMET wordt gestart, eerst een 'intellectueel' inzicht moet bestaan in de juistheid van de functionele betekenis. Als die juistheid van de functionele betekenissen eenmaal intellectueel onder ogen wordt gezien, worden deze *cold cognitions* 'opgewarmd' tot gevoelde en ervaren *hot cognitions* (Mandler, 1984). Tot slot worden met behulp van contraconditionering de functionele betekenissen stevig verbonden met *triggers* die tot dat moment nog te zeer zijn geassocieerd met disfunctionele betekenissen (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). In de procedure en doelstellingen van COMET zijn overeenkomsten te vinden met, onder andere, Kelly's *fixed role therapy* (Kelly, 1955) en Appelo's rationale rehabilitatie (Appelo, 1999).

In de loop der jaren is een aantal stoornis- en probleemspecifieke protocollen beschreven en (gedeeltelijk) onderzocht voor deze COMET-benadering, te weten bij psychotrauma (Korrelboom & Ten Broeke, 1998), negatief zelfbeeld (Korrelboom, 2000; Korrelboom, De Jong, Huijbrechts & Daansen, 2009), obsessies (Guijken, Domman-schet & Korrelboom, 2009; Korrelboom, Van der Gaag, Hendriks, Huijbrechts & Berretty, 2008), auditieve hallucinaties (Van der Gaag & Korrelboom, 2006), paniekmanagement (Korrelboom, Peeters, Blom & Huijbrechts, 2008), piekeren (Korrelboom, Visser & Ten Broeke, 2004; Martens, Korrelboom & Huijbrechts, 2009), frustratietolerantie (Korrelboom, 2003) en craving bij verslaving (De Wildt, Merckx & Korrelboom, 2009). Een aantal van deze protocollen is inmiddels effectief gebleken in goed (zelfbeeld, rumineren bij depressie en auditieve hallucinaties) en minder goed (piekeren bij gegeneraliseerde angst, obsessies en paniek) gecontroleerd onderzoek. Naar de effecten van COMET voor craving en COMET voor frustratietolerantie is tot nu toe nog geen onderzoek gedaan.

De COMET-training voor negatief zelfbeeld bestaat uit verschillende stappen en heeft als doel een disfunctioneel negatief zelfbeeld in positieve zin te corrigeren. Uitgaande van de eerder genoemde emotietheorie van Lang wordt de emotionele saillantie van de functionele betekenis (het positieve zelfbeeld) verhoogd met behulp van imaginatie (Holmes, Mathews, Dalgleish & Mackintosh, 2006; Segal, Gemar & Williams, 1999), positieve zelfverbalisaties (Lange, Gest & De

Vries, 1995; Lange, Richard, Gest, De Vries & Lodder, 1998; Posthuma & Lange, 1999), houding en gelaatsuitdrukking (Camras, Holland & Patterson, 1993) en muziek (Parrott & Hertel, 1999; Van der Does, 2002a). De door de patiënt zelf naar voren gebrachte positieve eigenschappen worden aan de hand van deze technieken beter voelbaar gemaakt door ze te concretiseren en te operationaliseren en daarna veelvuldig te oefenen. Er wordt daardoor meer emotionele saillantie gegeven aan deze positieve eigenschappen die de patiënt weliswaar (verstandelijk) *kent*, maar tot dat moment onvoldoende (emotioneel) *voelt*. Vervolgens wordt deze positieve informatie met behulp van contraconditionering en imaginatie gekoppeld aan door de patiënt geselecteerde situaties waarin het negatieve zelfbeeld doorgaans opspeelt.

Met betrekking tot COMET voor negatief zelfbeeld bestaat inmiddels de nodige empirische evidentie. Tot nu toe is deze interventie telkens onderzocht in kortdurende groepstherapieën. In een ongecontroleerde studie namen bij de 75 completers van een gemengde groep ambulante psychiatrische patiënten de kwaliteit van het zelfbeeld en de mate van autonomie significant en in grote mate toe. De depressiviteit nam in vergelijkbare mate af (Olij et al., 2006). In een baseline gecontroleerde studie bij 30 (dag)klinische patiënten met eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen bleek hetzelfde (Korrelboom, Van der Wee, Gjaltema & Hoogstraten, 2009). Vergelijkbare bevindingen werden gerapporteerd in een eerste gerandomiseerde COMET-zelfbeeldstudie bij 52 ambulante patiënten met een eetstoornis (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts & Daansen, 2009). In een vergelijkbaar opgezette studie bij ambulante patiënten met een persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose werden eveneens dergelijke resultaten gevonden (Korrelboom, Marissen & Van Assendelft, aangeboden).

Het onderhavige onderzoek is een pilotstudie naar het effect van COMET voor negatief zelfbeeld bij patiënten met een depressieve stoornis. Dit is nog niet eerder bij deze specifieke groep onderzocht. Het onderzoek vond plaats bij het zorgprogramma Depressie Ambulant van PsyQ Haaglanden.

Methode

Overzicht

De zelfbeeldtraining maakt als pilotinterventie sinds 2005 deel uit van het groepsprogramma van Depressie Ambulant van PsyQ Haaglanden. Depressieve patiënten die binnen dit zorgprogramma ambulant

worden behandeld en kampen met een negatief zelfbeeld, kunnen door hun behandelaar worden verwezen naar de zelfbeeldtraining als aanvulling op hun reguliere behandeling. Voor deelname aan de groep vindt een korte screening plaats. Vanaf november 2006 werd aan patiënten gevraagd of ze mee wilden doen aan het huidige onderzoek. Alle deelnemende patiënten vulden bij de start en aan het eind van de COMET-training een aantal vragenlijsten in. Ook werd een aantal demografische gegevens en gegevens over diagnose en behandeling genoteerd. Bij de meeste patiënten liep de reguliere behandeling door tijdens COMET.

Om de onderzoeksbevindingen beter te kunnen interpreteren, is achteraf besloten om de gebruikte vragenlijsten ook af te nemen bij een andere, maar zoveel mogelijk vergelijkbare groep patiënten met een depressie die (nog) geen COMET voor negatief zelfbeeld hadden gevolgd.

Patiënten

Na aanmelding voor de zelfbeeldtraining werden de patiënten voor een korte screening gezien. Als inclusiecriteria golden dat men in behandeling moest zijn binnen het zorgprogramma Depressie Ambulant en dat men aan de DSM-IV-TR-criteria voor een van de depressieve stoornissen moest voldoen. Vereist was dat de patiënt daadwerkelijk een negatief zelfbeeld had, maar tegelijk 'ergens' (intellectueel) wist dat er ook positieve eigenschappen waren, waarmee te weinig rekening werd gehouden. Daartoe moest de patiënt minstens één positief persoonlijk kenmerk kunnen noemen. Voorts werd nagegaan of de patiënt bereid en in staat was de procedure van de training te volgen nadat doel en werkwijze van de training waren toegelicht. Er waren verder geen exclusiecriteria. Bij aanmelding voor COMET werden naam, leeftijd, geslacht en actuele diagnose genoteerd. De diagnose was gebaseerd op het oordeel van de screener van de zelfbeeldtraining en de diagnose die door de hoofdbehandelaar in het elektronisch patiëntendossier was vermeld.

De zelfbeeldtraining vond plaats in groepen. In de periode november 2005 tot december 2007 werden twaalf zelfbeeldgroepen georganiseerd. Hieraan hebben in totaal 86 patiënten deelgenomen die aan de inclusievoorwaarden voldeden. Er waren 69 vrouwen (80%) en 17 mannen. De gemiddelde leeftijd bedroeg 39 ($SD = 10$) jaar. Van de 86 patiënten hadden 51 (59%) als hoofddiagnose een depressieve stoornis, tien (12%) waren gediagnosticeerd met een bipolaire stoornis, zeventien (20%) hadden een andersoortige depressieve stoornis (zoals dysthymie of depressieve stoornis NAO) en acht

patiënten (9%) hadden nog wel depressieve klachten, maar deze waren (gedeeltelijk) in remissie.

Post hoc werd een *convenience control group* benaderd van 24 patiënten die

- a. in zorg waren bij het zorgprogramma Depressie Ambulant van PsyQ;
- b. op het moment van benaderen een depressieve stoornis en een negatief zelfbeeld hadden;
- c. qua leeftijd en geslacht vergelijkbaar waren met de COMET-patiënten;
- d. nog geen COMET hadden gevolgd en;
- e. zich bereid hadden verklaard met een tussenperiode van twee maanden gedurende hun behandeling twee keer de vragenlijsten in te vullen.

Deze patiënten kregen, evenals de patiënten in de COMET-groep, afhankelijk van hun indicatie, een reguliere behandeling van wisselende intensiteit en samenstelling. Zij kregen in deze periode echter geen COMET-training.

Uiteindelijk deden zes mannen (25%) en achttien vrouwen (75%) aan deze vergelijkingsgroep mee. Hun gemiddelde leeftijd was 42 ($SD = 8.5$) jaar. Van deze groep hadden veertien (58%) patiënten op het moment van de eerste meting een depressieve stoornis, zes (25%) patiënten waren bipolair en vier (17%) hadden een andere depressieve stoornis. In tabel 1 zijn de baselinegegevens van de COMET-groep en de vergelijkingsgroep te vinden.

Tabel 1. Baselinegegevens van de COMET-groep en de vergelijkingsgroep

Variabele	COMET-groep			Vergelijkingsgroep		
	M	SD	N	M	SD	n
Leeftijd (jaren)	39	10		42	8.5	
Diagnose						
Depressieve stoornis			51			14
Bipolaire stoornis			10			6
Andere depressieve stoornis			17			4
Depressie (ged.) in remissie			8			-
Scores meting 1						
RSES*	20.7	3.8		23.2	2.1	
BDI-II	24.7	10.4		26.7	12.1	
PUL**-autonomie	16.5	3.6		17.0	4.8	
PUL-sociaal optimisme	7.4	1.6		8.3	1.8	

*RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale

**PUL = Positieve Uitkomsten Lijst

Meetinstrumenten

Bij de start en aan het eind van COMET – en bij de vergelijkingsgroep ongeveer acht weken na de eerste meting – werden de volgende vragenlijsten afgenomen:

- De *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965) werd gebruikt om de globale zelfwaardering te bepalen. De RSES is in dit onderzoek de belangrijkste uitkomstvariabele en bestaat uit tien beweringen over de eigenwaarde, waarvan de helft positief is geformuleerd en de andere helft negatief. De patiënten moeten op een vierpunts Likert-schaal (1: 'helemaal mee eens' tot 4: 'helemaal niet mee eens'; range 10-40) aangeven in hoeverre zij die beweringen op zichzelf van toepassing achten. De RSES geldt als betrouwbaar en valide (Blascovich & Tomaka, 1991) en kan ook worden gebruikt om behandel-effecten te meten (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000). Een hoge score is gunstig.
- De *Beck Depression Inventory II-NL* (BDI-II; Beck et al., 1996; BDI-II-NL; Van der Does, 2002b) wordt gebruikt als een van de secundaire uitkomstvariabelen. De lijst bepaalt aan de hand van 21 items de mate van depressiviteit. Een Nederlandse vertaling van de lijst is betrouwbaar en valide (Van der Does, 2002b). Een lage score is gunstig.
- De *Positieve Uitkomsten Lijst* (PUL; Appelo, 2005) bestaat uit tien items. Zeven daarvan meten autonomie, drie items geven een beeld van het sociaal optimisme van de patiënt. De PUL in zijn geheel geeft een indruk van de *self-efficacy* van de patiënt, waarbij de correlatie met *self-efficacy* duidelijk sterker is voor autonomie dan voor sociaal optimisme. De lijst geldt als betrouwbaar en valide (Appelo, 2005). Hoge scores zijn gunstig.

Therapeuten

Alle groepen werden door twee therapeuten geleid. In totaal zijn vijf therapeuten bij het onderzoek betrokken geweest. De eerste auteur (MM) was bij alle groepen betrokken. Alle therapeuten hadden minimaal een jaar ervaring met cognitieve gedragstherapie. Twee van hen, waaronder de eerste auteur, werden getraind en gesuperviseerd in COMET door de tweede auteur (KK). De overigen werden getraind en gecoacht door de eerste auteur (MM).

De interventies

De zelfbeeldtraining bestond uit acht sessies die wekelijks werden gegeven. Alle behandelingen werden in groepen gegeven met een groepsgrootte van vijf tot tien patiënten. Patiënten kregen vooraf een cursusboek met daarin een uitgebreide beschrijving van de rationale en de oefeningen. De behandeling bestond uit de volgende stappen (zie ook Korrelboom, 2000; Korrelboom & Ten Broeke 2004; Korrelboom, De Jong et al., 2009; Korrelboom, Van der Weele et al., 2009; Olij et al., 2006):

- vaststellen van het negatieve zelfbeeld;
- vaststellen van alternatieve, incompatibele informatie over de eigenwaarde;
- vergroten van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van die positieve informatie door middel van het verhogen van de *emotionele saillantie* (met behulp van imaginatie, positieve zelfverbalisaties, manipulatie van lichaamshouding en gelaatsuitdrukking en muziek); *herhaalde activatie* van deze positieve zelfkennis door middel van oefeningen in de groep en thuis; en het *versterken van de associatie* tussen situaties die doorgaans het negatieve zelfbeeld activeren en de ‘opgewarmde’ positieve zelfkennis met behulp van contraconditionering.

Naast de zelfbeeldtraining hadden de meeste patiënten een reguliere behandeling (*treatment as usual*, TAU). Afhankelijk van de diagnose, de ernst van de problematiek en de behandel fase waarin de patiënt verkeerde, varieerde deze behandeling in aard en intensiteit. Een paar patiënten hadden geen andere behandelcontacten tijdens COMET, anderen hadden reguliere individuele psychotherapiecontacten (cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie) of ondergingen uitsluitend een medicamenteuze behandeling. De reguliere behandelingen vielen allemaal binnen een van de drie behandelprogramma's die het zorgprogramma Depressie Ambulant kent: het depressieprogramma, het terugvalpreventieprogramma en het behandelprogramma voor bipolaire stoornissen. Hetzelfde gold voor de patiënten in de vergelijkingsgroep.

Statistische analyses

Om na te gaan hoe *missing values* moesten worden gesubstitueerd in de eindmetingen, werden afzonderlijk in de COMET-groep en in de vergelijkingsgroep eerst mogelijke verschillen op de beginmeting tussen *drop-outs* en *completers* onderzocht met logistische regressie-analyse. Leeftijd, geslacht, diagnose en alle uitkomstvariabelen op de

eerste meting werden als mogelijke voorspellers voor drop-out meegenomen. Afhankelijk van deze bevindingen werden de eindmetingen van de drop-outs geïmputeerd met behulp van het *expectation maximization*-algoritme (EM) in SPSS 17 op basis van dezelfde variabelen. Wanneer de steekproef groot genoeg is, het drop-outpercentage betrekkelijk gering is en wanneer aan de voorwaarde is voldaan dat er geen verschillen zijn tussen completers en drop-outs, geeft EM een realistisch beeld van de geschatte missing values (Hamer & Simpson, 2009; Collins, Schafer & Kam, 2001). Na imputatie werden in een *intention to treat*-analyse de verschillen op voor- en nameting op de vier uitkomstvariabelen getoetst met gepaarde t-toetsen. De grootte van significant gebleken verschillen werd daarna bepaald aan de hand van Cohen's *d* (Cohen, 1988). Deze berekeningen werden zowel uitgevoerd voor de patiëntengroep als geheel als voor de verschillende te onderscheiden subgroepen. Dezelfde toetsen werden vervolgens uitgevoerd voor de vergelijkingsgroep. Tenslotte werd in een ANCOVA een rechtstreekse vergelijking gemaakt tussen de COMET-groep en de vergelijkingsgroep op de vier uitkomstvariabelen.

Resultaten

Van de 86 gestarte patiënten maakten 61 COMET voor negatief zelfbeeld af en vulden een nameting in. Geen van de onderzochte variabelen was een significante voorspeller van drop-out. *Missings* konden dus worden geïmputeerd met behulp van EM. Van de vergelijkingsgroep vulden achttien patiënten beide metingen in; bij zes patiënten miste de tweede meting. In een logistische regressieanalyse bleken noch leeftijd, geslacht en diagnose, noch de scores op de beginmetingen voorspellers van drop-out in de vergelijkingsgroep te zijn. Daarom konden ook hier de missings worden geïmputeerd met behulp van EM. Zo ontstond uiteindelijk een groep van 24 patiënten met begin- en eindscores op de vier lijsten. De baseline gegevens van de COMET-groep en vergelijkingsgroep staan vermeld in tabel 1.

Resultaten binnen de COMET-groep

Een overzicht van de resultaten van de COMET-groep is weergegeven in tabel 2. Hieruit blijkt dat de totale groep patiënten significant vooruitgang op alle uitkomstmaten, maar dat een significante verbetering tevens zichtbaar was wanneer de patiënten per subgroep werden ingedeeld. De omvang van de effecten was op alle maten groot

(Cohen's $d > .80$), zowel bij de groep als geheel als bij de verschillende subgroepen.

Tabel 2. Verschillen binnen de groepen

Variabele	n	M	SD	M	SD	t	df	p	Cohen's <i>d</i>
RSES*									
COMET Totaal	86	20.7	3.8	27.8	2.9	-14.5	85	<.001	-2.1
COMET Depressieve stoornis	51	20.5	3.8	27.7	2.6	-11.3	50	<.001	-2.2
COMET Bipolaire stoornis	10	19.2	2.6	26.5	3.6	-5.8	9	<.001	-2.3
COMET Andere depressieve stoornis	17	21.1	4.6	28.6	3.3	-5.9	16	<.001	-1.9
COMET Depressie (ged.) in remissie	8	23.0	2.7	28.1	2.9	-4.0	7	.005	-1.8
Vergelijkingsgroep	24	23.2	2.1	22.8	2.6	1.1	23	.27	
BDI-II									
COMET Totaal	86	24.7	10.4	9.7	5.5	15.2	85	<.001	1.8
COMET Depressieve stoornis	51	26.5	10.4	9.9	5.2	12.7	50	<.001	2.0
COMET Bipolaire stoornis	10	23.5	10.9	11.6	7.1	3.0	9	.014	1.3
COMET Andere depressieve stoornis	17	23.1	9.7	9.9	5.5	8.5	16	<.001	1.7
COMET Depressie (ged.) in remissie	8	18.5	9.4	5.8	4.3	5.1	7	.001	1.7
Vergelijkingsgroep	24	26.7	12.1	22.2	11.0	2.7	23	.01	0.4
PUL**autonomie									
COMET Totaal	86	16.5	3.6	21.1	2.6	-12.4	85	<.001	-1.5
COMET Depressieve stoornis	51	15.8	3.3	21.0	2.6	-10.7	50	<.001	-1.8
COMET Bipolaire stoornis	10	17.3	3.9	20.3	2.4	-3.1	9	.01	-0.9
COMET Andere depressieve stoornis	17	16.9	4.5	21.0	2.0	-4.6	16	<.001	-1.2
COMET Depressie (ged.) in remissie	8	18.7	2.3	23.1	3.5	-3.7	7	.008	-1.5
Vergelijkingsgroep	24	17.0	4.8	17.7	3.7	-1.0	23	.34	
PUL-sociaal optimisme									
COMET Totaal	86	7.4	1.6	9.0	1.3	-10.1	85	<.001	-1.1
COMET Depressieve stoornis	51	7.4	1.6	9.0	1.4	-6.8	50	<.001	-1.1
COMET Bipolaire stoornis	10	7.7	1.2	9.0	1.4	-3.3	9	.01	-1.0
COMET Andere depressieve stoornis	17	6.8	1.7	9.0	1.1	-6.8	16	<.001	-1.5
COMET Depressie (ged.) in remissie	8	7.6	2.1	9.3	1.5	-2.9	7	.022	-0.9
Vergelijkingsgroep	24	8.3	1.8	8.7	1.1	-1.7	23	.11	

*RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale

**PUL = Positieve Uitkomsten Lijst

Resultaten binnen de vergelijkingsgroep

Eerst werd nagegaan in hoeverre de COMET-groep en de vergelijkingsgroep bij aanvang met elkaar overeenstemden. Daartoe werd een logistische regressieanalyse uitgevoerd met behandelconditie als afhankelijke variabele en leeftijd, geslacht, diagnose en de uitkomsten op de vier beginmetingen als voorspeller daarvan. De groepen bleken te verschillen. De COMET-groep scoorde ongunstiger op zelfbeeld en sociaal optimisme, terwijl de patiënten in de vergelijkingsgroep bij aanvang significant depressiever waren dan die in de COMET-groep. De omvang van die verschillen was groot (Cohen's $d = 1.0$) op de RSES, middelmatig (Cohen's $d = 0.5$) op de PUL-subschaal 'sociaal optimisme' en gering (Cohen's $d = 0.2$) op de BDI-II.

Vervolgens werd nagegaan hoe de vergelijkingsgroep het er tijdens hun niet-COMET behandeling vanaf had gebracht op de voor het onderzoek relevante variabelen. Van alle criteriumvariabelen werden de verschillen tussen voor- en nameting getoetst met gepaarde t-toetsen. De resultaten daarvan staan in tabel 2. Het blijkt dat in de vergelijkingsgroep alleen op depressie een significante vooruitgang wordt geboekt tussen de eerste en tweede meting. Het gaat daarbij om een gering effect.

Resultaten met betrekking tot verschillen tussen de COMET-groep en de vergelijkingsgroep

Tenslotte werden de resultaten van de COMET-groep en de vergelijkingsgroep met elkaar vergeleken. Om – ondanks de geconstateerde aanvangsverschillen bij de beginmetingen – toch een goede indruk te kunnen krijgen van de effecten van COMET + TAU versus TAU alleen gedurende acht weken op zelfbeeld, depressiviteit en self-efficacy, werd per uitkomstvariabele een ANCOVA uitgevoerd. Hierbij werd de uitkomst op de tweede meting als afhankelijke variabele genomen en de beginscores op depressie, sociaal optimisme en zelfbeeld als covariaten. Bij het berekenen van de verschillen bij de tweede meting op autonomie werd bovendien de beginscore van autonomie als covariaat meegenomen.

Op drie van de vier uitkomstmaten blijkt COMET + TAU tot betere resultaten te leiden dan TAU alleen (RSES: $F(1, 105) = 53.44$, $p < .000$; BDI: $F(1, 105) = 61.394$, $p < .000$; PUL-autonomie: $F(1, 105) = 29.78$, $p < .000$). Alleen op de subschaal sociaal optimisme van de PUL wordt zo'n verschil niet gevonden (PUL-sociaal optimisme: $F(1, 105) = 2.98$, *ns*) (tabel 3). De *between effect sizes* (Cohen's d) van

de significante verschillen tussen de behandelcondities zijn in alle drie de gevallen groot.

Tabel 3. Verschillen tussen COMET en de vergelijkingsgroep

Variabele	n	Meting 1		Meting 2		p	Cohen's <i>d</i>
		M	SD	M	SD		
RSES*						<.001	2.1
COMET Totaal	86	20.7	3.8	27.8	2.9		
Vergelijkingsgroep	24	23.2	2.1	22.8	2.6		
BDI-II						<.001	2.1
COMET Totaal	86	24.7	10.4	9.7	5.5		
Vergelijkingsgroep	24	26.7	12.1	22.2	11.0		
PUL**-autonomie						<.001	1.4
COMET Totaal	86	16.5	3.6	21.1	2.6		
Vergelijkingsgroep	24	17.0	4.8	17.7	3.7		
PUL-sociaal optimisme						.09	ns
COMET Totaal	86	7.4	1.6	9.0	1.3		
Vergelijkingsgroep	24	8.3	1.8	8.7	1.1		

*RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale

**PUL = Positieve Uitkomsten Lijst

Discussie

Dit onderzoek betrof een pilotstudie van COMET voor negatief zelfbeeld bij een depressieve patiëntenpopulatie met een negatief zelfbeeld. Met COMET voor negatief zelfbeeld – in combinatie met reguliere therapie – kon het zelfbeeld zowel bij de groep als geheel, als bij alle verschillende subgroepen significant en in belangrijke mate worden verbeterd. Daarnaast namen de depressieve klachten in belangrijke mate af en nam de autonomie op vergelijkbare wijze toe. Bijzonder is dat binnen alle, soms kleine subgroepen vergelijkbare significante effecten werden gevonden; COMET werkt kennelijk voor verschillende soorten depressies min of meer even goed. De verschillen met de patiënten uit een post hoc samengestelde vergelijkingsgroep, die wel reguliere therapie maar geen COMET ontvingen, waren op drie van de vier uitkomstmaten significant en groot. De goede resultaten zijn in lijn met eerdere bevindingen naar het effect van COMET voor negatief zelfbeeld (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts & Daansen, 2009; Korrelboom, Marissen & Van Assendelft, submitted; Korrelboom, Van der Weele, Gjaltema & Hoogstraten, 2009; Olij et al., 2006), maar waren nog niet eerder specifiek voor een depressieve populatie aangetoond.

Een sterk punt van deze studie is dat zij midden in de dagelijkse GGZ-praktijk plaatsvond. Er blijft echter ook een aantal vragen open. Zo is het belangrijk om na te gaan of de goede resultaten van

COMET voor negatief zelfbeeld standhouden op de langere termijn. Wanneer het zelfbeeld goed blijft, zou terugval in depressie gereduceerd kunnen worden, aangezien een negatief zelfbeeld als een risicofactor geldt voor terugval (Evans et al., 2005; Mongrain & Leather, 2006; Fennell, 1997, 1998, 2004). In het huidige onderzoek werd alleen de invloed van COMET op het expliciete zelfbeeld onderzocht. Het impliciete zelfbeeld is wellicht van even groot of zelfs groter belang voor psychopathologie in vergelijking met het expliciete zelfbeeld (Franck, De Raedt & De Houwer, 2007). In een vervolg zal dus ook de invloed van COMET op impliciet zelfbeeld moeten worden onderzocht.

Er zijn ook enkele tekortkomingen van het onderzoek zelf te noemen. In de eerste plaats was de studie primair ongecontroleerd. De vergelijkingsgroep is later toegevoegd, waardoor er beperkingen zijn met betrekking tot de interpretatie van de resultaten van die vergelijkingsgroep. Er was evenmin een formele controle op *treatment integrity*. Toch kan men zich afvragen hoe groot de kans is dat die integriteit serieus is aangetast. Omdat de behandelaren van de zelfbeeldtrainingen uitgebreid getraind en gesuperviseerd zijn en de eerste auteur als therapeut bij alle groepen betrokken is geweest, mag ervan uit worden gegaan dat alle groepen inhoudelijk in hoge mate hetzelfde waren en dat het COMET-protocol getrouw werd gevolgd. Van de reguliere behandelingen mag worden verondersteld dat zij in beide groepen op vergelijkbare wijze werden uitgevoerd, al blijft het onduidelijk hoe de aard en de kwaliteit van deze behandelingen is geweest. Een andere tekortkoming is het feit dat de training plaatsvond in een groep; het onderscheid tussen het effect van de interventie op zichzelf en het mogelijk bijkomende effect van de groep is daarom niet zuiver te maken. Hoewel het in de klinisch-psychologische vakbladen niet heel gebruikelijk is om bij het rapporteren over interventiestudies onderscheid te maken tussen uitkomsten uit groepsbehandelingen en individuele therapieën, kan dit tot verkeerde interpretaties van de uitkomsten leiden (Tasca et al., 2009). Door net te doen of een interventie in groepsverband hetzelfde uitpakt als wanneer die interventie individueel zou worden toegepast, zou de kans op het vinden van significante effecten immers onterecht worden vergroot. Men houdt dan immers onvoldoende rekening met het feit dat het behandeld worden in een homogene omgeving (zelfde therapeut, zelfde medepatiënten, zoals in groepen het geval is) ertoe leidt dat observaties van uitkomsten niet meer onafhankelijk zijn van elkaar, waardoor de standaardfout wordt onderschat. Een kleinere standaardfout leidt eerder tot significante resultaten. Men kan voor deze onderschatting corrigeren door de vrijheidsgraden niet te baseren op het aantal individuen in de studie, maar op het aantal groepen waarin de behan-

deling heeft plaatsgevonden. Bovendien moet men een schatting van de *intra class correlation* (icc) in die correctie opnemen (Baldwin, Murray & Shadish, 2005). Dergelijke correcties zijn achteraf uitgevoerd voor de uitkomsten op de voor- en nametingen van de COMET-groep als geheel en op de vergelijking tussen de COMET-groep en de vergelijkingsgroep. Zelfs bij een zeer hoge (en dus 'ongunstige') schatting van de $icc = 0.30$ en een $df = 11$ blijven de verschillen tussen voor- en nameting op alle maten significant in de COMET-groep. Ook de gevonden F -waarden in de ANCOVA's tussen de COMET-groep en de vergelijkingsgroep blijven significant, met uitzondering van het verschil op PUL-sociaal-optimisme-schaal, dat ook in de oorspronkelijke berekening al niet significant was. Los van deze statistische argumenten geldt voor iedere behandeling dat de therapeutische relatie en context van invloed zijn naast de specifieke interventie. Zelfs als de bovenstaande correcties tot andere conclusies zouden hebben geleid met betrekking tot de significantie van de gevonden verschillen, zou men op basis van de huidige uitkomsten dus in ieder geval hebben kunnen stellen dat COMET in een groep lijkt te werken bij depressieve patiënten. As je depressief bent en je wordt behandeld in een COMET-groep heb je een goede kans dat het na afloop daarvan op een aantal aspecten beter met je gaat.

Een tekortkoming is verder dat de diagnoses van de deelnemers aan het onderzoek bij inclusie niet zijn vastgesteld aan de hand van semigestructureerde interviews als de SCID-I of de MINI, maar op basis van een klinisch interview waarbij op weliswaar zorgvuldige, maar toch informele wijze werd gecontroleerd aan welke DSM-IV-TR-criteria op dat moment werd voldaan. Men kan zich tenslotte afvragen of de waargenomen verbetering een resultaat is van de COMET-interventie of eenvoudigweg van extra therapie. Een dergelijk interpretatieprobleem is moeilijk te voorkomen in een reguliere behandelcontext met interventies die (zoals COMET) als *ad-on* zijn bedoeld. Men kan de patiënten in een dergelijke context moeilijk een placebo *ad-on* geven als tegenhanger van COMET. Vrijwel alle deelnemende patiënten waren echter al lange tijd in behandeling. Acht groepszittingen COMET zorgen dan verhoudingsgewijs niet voor heel veel 'extra therapie'.

Conclusie

Ondanks een aantal tekortkomingen kan op basis van deze onderzoeksresultaten geconcludeerd worden dat COMET voor negatief zelfbeeld een veelbelovende transdiagnostische aanvulling kan zijn op de reguliere behandeling van depressieve patiënten met verschillende

depressiediagnoses. De bevindingen zijn in lijn met hetgeen eerder werd gevonden in gerandomiseerde studies bij andere populaties. Een gerandomiseerde studie naar het effect van COMET voor negatief zelfbeeld bij een depressieve populatie is nu in de afrondende fase.

ABSTRACT Low self-esteem seems to be an important factor in the development of and relapse in depressive disorders. To date, little specific interventions that aim at improving low self-esteem have been described or researched. *Competitive Memory Training* (COMET) for low self-esteem is based on insights and findings from experimental psychology. In addition to studies into other populations, the present study is a pilot study investigating the effect of COMET in depressed patients with low self-esteem in a routine mental health setting in addition to regular treatment. During COMET + regular treatment, self-esteem and autonomy increased significantly and in a large degree, while depressive symptoms decreased to a similar extent. These effects occurred in a roughly similar degree in patients with different depression diagnoses. Post hoc, a convenience comparison group of patients who had only had regular treatment for their depression was added to the study. Compared to the control group, self-esteem and autonomy of the patients in the COMET + regular treatment condition improved significantly and largely. Also, a significant decrease in depressive symptoms was found. COMET for low self-esteem seems to be an effective intervention for depressed patients with low self-esteem. Shortcomings and clinical implications of this study are discussed.

Referenties

- Agras, W.S., Walsh, B., Fairburn, C.G., Wilson, G.T., & Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 459-466.
- Appelo, M. (1999). Rationele rehabilitatie: een pilotstudie. *Gedragstherapie*, *32*, 57-69.
- Appelo, M.T. (2005). *Positieve uitkomsten lijst (PUL)*. Nijmegen: Cure & Care.
- Baldwin, S.A., Murray, D.M., & Shadish, W.R. (2005). Empirically supported treatments or Type I errors? Problems with the analysis of data from group-administered treatments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *73*, 924-935.

- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- 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.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J.P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes, Volume I*, pp. 115-160. San Diego: Academic Press.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research & Therapy*, *44*, 765-784.
- Camras, L.A., Holland, E.A., & Patterson, M.J. (1993). Facial expression. In M. Lewis & J.M. Haviland (eds.), *Handbook of emotions*, pp. 199-208. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2e druk). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Collins, L.M., Schafer, J.L., & Kam, C-M. (2001). A comparison of inclusive and restrictive strategies in modern missing data procedures. *Psychological Methods*, *6*, 330-351.
- Does, A.J.W. van der (2002a). Different types of experimentally induced sad mood? *Behavior Therapy*, *33*, 551-561.
- Does, A.J.W. van der (2002b). *BDI-II-NL: Handleiding Beck Depression Inventory-II, Ned. vertaling en bewerking*. Lisse: Swets Test Publisher.
- Evans, J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R., & Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 302-307.
- Fennell, M.J.V. (1997). Low self-esteem: a cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*, 1-25.
- Fennell, M.J.V. (1998a). Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Advances in Psychiatric Treatment*, *4*, 296-304.
- Fennell, M.J.V. (1998b). Low self-esteem. In N. Tarrow, A. Wells & G. Haddock (eds.), *Treating complex cases: the cognitive-behavioural therapy approach*. Chichester: John Wiley & sons.
- Fennell, M., & Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook (eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Gaag, M. van der, & Korrelboom, C.W. (2006). Competitive Memory Therapy (COMET) bij auditieve hallucinaties. In M. van der Gaag, F. Withaar & C.J. Slooff (eds.), *Cognitieve gedragstherapeutische behandelingen bij mensen met een psychose*. Den Haag: Kenniscentrum Schizofrenie Nederland.
- Guijken, K., Dommanschet, C., & Korrelboom, C.W. (2008). De behandeling van obsessies met contraconditionering. *Directieve Therapie*, *28*, 251-271.
- Hall, P.L., & Tarrow, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low

- self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 317-332.
- Hamer, R.M., & Simpson, P.M. (2009). Last observation carried forward versus mixed models in the analysis of psychiatric clinical trials. *American Journal of Psychiatry*, 166, 639-641.
- Holmes, E.A., Mathews, A., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2006). Positive interpretation training: effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*, 37, 237-247.
- Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Korrelboom, C.W. (2000). Versterking van het zelfbeeld bij patiënten met persoonlijkheidspathologie - 'hot cognitions' versus 'cold cognitions'. *Directieve Therapie*, 20, 282-302.
- Korrelboom, C.W. (2003). Mogelijkheden van cognitieve gedragstherapie bij moeilijke mensen: de module frustratietolerantie. In W.A. Hoogduin, C.A.L. Hoogduin & C.R. Peters van Neijenhof (red.), *Moeilijke mensen: naar een professionele aanpak*, pp. 93-107. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (1998). Trauma, geheugen en contra-conditionering van UCS-representatie. *Directieve Therapie*, 18, 217-236.
- Korrelboom, C.W. & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, C.W., Gaag, M. van der, Hendriks, V., Huijbrechts, I., & Berretty, E.W. (2008). Treating obsessions with competitive memory training: a pilot study. *The Behaviour Therapist*, 31, 29-36.
- Korrelboom, C.W., Jong, M. de, Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). COMET for treating low self-esteem in patients with eating disorders. A randomized clinical trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77, 974-980.
- Korrelboom, C.W., Marissen, M., & Assendelft, T. van (aangeboden). COMET for treating low self-esteem in patients with personality disorders; a randomized clinical trial.
- Korrelboom, C.W., Peeters, S., Blom, S., & Huijbrechts, I. (2008). Competitive Memory Training voor paniekstoornis. *Directieve Therapie*, 28, 233-251.
- Korrelboom, C.W., Visser, S., & Broeke, E. ten (2004). Gegeneraliseerde angststoornis: wat is het en wat kun je ertegen doen? *Directieve Therapie*, 24, 276-295.
- Korrelboom, C.W., Weele, K. van der, Gjaltema, M., & Hoogstraten, C. (2009). COMET for treating low self-esteem; a baseline controlled study in a routine clinical setting with patients with eating disorders and personality disorders. *The Behavior Therapist*, 32, 3-8.
- Lang, P.J. (1994). The motivational organization of emotion: affect-reflex connections. In S.H.M. van Goozen, N.E. van de Poll & J.A. Sergeant (eds.), *Emotions: essays on emotion theory*, pp. 61-93. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Lange, A., Gest, A., & Vries, M.A. de (1995). Resultaten van positieve zelfverbalisatie bij personen met een laag zelfbeeld; een experimenteel onderzoek. *Directieve therapie*, *15*, 201-214.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M.A. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction: a controlled trial. *Cognitive Therapy & Research*, *22*, 225-236.
- Mandler, G. (1984). *Mind and body. Psychology of emotion and stress*. New York: Norton.
- Martens, S., Korrelboom, C.W., & Huijbrechts, I. (2009). Competitive Memory Training (COMET) voor piekeren. De anti-piekertraining. *Directieve Therapie*, *29*, 254-278.
- McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*, 266-275.
- Mongrain, M., & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 705-713.
- 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.
- Parrott, W.G., & Hertel, P. (1999). Research methods in cognition and emotion. In T. Dalgleish & M. Power (eds.), *Handbook of cognition and emotion*, pp. 61-82. Chichester: John Wiley & Sons.
- Posthuma, D., & Lange, A. (1999). Positieve zelfverbalisatie bij opgenomen patiënten; een pilot-onderzoek. *Directieve Therapie*, *19*, 134-145.
- Rigby, L.W., & Waite, S. (2007). Group therapy for self-esteem, using creative approaches and metaphor as clinical tools. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *35*, 361-364.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Segal, Z.V., Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 3-10.
- Tasca, G.A., Illing, V., Ogrodniczuk, J.S., & Joyce, A.S. (2009). Assessing and adjusting for dependent observations in group treatment research using multilevel models. *Group Dynamics: Theory, Research & Practice*, *13*, 151-162.
- Wildt, W. de, Merkx, M., & Korrelboom, C.W. (2009). Stoornissen in het gebruik van een middel: verslaving. In E. ten Broeke, K. Korrelboom & M. Verbraak (red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocollaire behandelingen op maat*. Bussum: Coutinho.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*, 2e druk. Chichester: John Wiley & Sons.