



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

Minder rumineren, minder depressief?

De behandeling van depressie met COMET voor depressief rumineren

De meest gebruikte definitie van ‘depressief rumineren’ is die van Nolen-Hoeksema (1991, p. 569): ‘Gedrag en gedachten die iemands aandacht richten op iemands depressieve symptomen en op de implicaties van deze symptomen.’ Rumineren wordt gezien als één van de cognitieve kernsymptomen van depressie (Papageorgiou & Wells, 2004). Rumineren voorspelt mede het begin, de duur, de ernst en de terugval van depressie (Just & Alloy, 1997; Kuehner & Weber, 1999; Lyubomirski & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema, 2000). Verder heeft rumineren een negatieve invloed op wat mensen denken (Lyubomirski, Tucker, Caldwell & Berg, 1999), vermindert het de probleemoplossende vaardigheden (Watkins & Baracaia, 2002) en medieert rumineren het voorspellende effect van andere bekende risicofactoren voor depressie zoals attributionele stijl (een negatieve zelfverklarende stijl; Alloy, Abramson, Metalsky & Hartlage, 1988). Zo lijkt rumineren dus een belangrijke rol te spelen bij depressie. Maar niet alleen bij depressie. Ook bij andere as I- en as II-stoornissen speelt rumineren een rol, zoals blijkt uit een studie van onder meer Watkins (2009). Hij vond associaties tussen rumineren en angst (bijvoorbeeld de obsessieve-compulsieve stoornis en de gegeneraliseerde angststoornis), depressie en de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Rumineren zou volgens Treynor, Gonzalez en Nolen-Hoeksema (2003) uit twee subvormen bestaan, namelijk *reflection* en *brooding*. Reflection houdt een soort doelgericht nadenken over oplossingen voor iemands depressieve toestand in. Een item uit de meest gebruikte vragenlijst om rumineren te meten, de Ruminative Response Scale (RRS; Treynor et al., 2003) is bijvoorbeeld: ‘Ik analyseer mijn persoonlijkheid om te proberen te begrijpen waarom ik neerslachtig/depressief ben.’ Brooding houdt meer een disfunctionele passieve vergelijking in van iemands depressieve gemoedstoestand met een onbereikbaar niveau van functioneren. Een voorbeeld van een item uit deze subschaal van de RRS is: ‘Ik denk: “Waarom kan ik de dingen niet beter aan?”’ Uit de meeste vervolgonderzoeken is gebleken dat brooding een meer maladaptieve vorm van rumineren is en dus geassocieerd is met meer depressieve symptomen dan

reflection. Reflection is een meer adaptieve vorm, maar *an sich* wel maladaptief (zie bijvoorbeeld Smith & Alloy, 2009). Rumineren en dan met name brooding, wordt door Watkins (2009) gezien als een transdiagnostisch proces. Van een transdiagnostisch proces is sprake als eenzelfde pathologisch proces zich voordoet bij verschillende diagnoses.

Voor de behandeling van depressie biedt rumineren een aangrijpingspunt waar diverse interventies zich al dan niet expliciet op richten, zoals Attention Training (Wells, 2007), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002), Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006), Rumination-Focused Cognitive Behaviour Therapy (RFCBT; Watkins et al., 2007), Concreteness Training (CNT; Watkins, Bayens & Read, 2009). In toenemende mate wordt bewijs gevonden voor de effectiviteit van deze interventies, maar er is nog onvoldoende onderzoek gedaan.

COMET-DR is eveneens een interventie, transdiagnostisch van aard, die zich specifiek richt op rumineren. Het werkingsmechanisme is vermoedelijk dat de toegang tot meer functionele attitudes en betekenissen wordt gefaciliteerd, terwijl die tot disfunctionele attitudes en betekenissen in het geheugen wordt geïnhibeerd.

Volgens Brewin (2006) verandert cognitieve gedragstherapie niet direct de negatieve informatie in het geheugen, maar veel meer de mate waarin de verschillende betekenissen en attitudes ten aanzien van emotionele concepten kunnen worden teruggevonden in het geheugen. Dus mensen die depressief zijn en veel rumineren denken bijvoorbeeld dat ze somber zijn doordat zij allerlei dingen niet kunnen, en zijn de hele tijd bezig zich af te vragen hoe dat komt en of dat aan hen ligt. Ze zien dus veelal negatieve zaken en zijn daar te sterk op betrokken. Ze komen niet los van het gemaal en getob over hun eigen vermeende falen en beseffen niet dat er ook andere betekenissen en attitudes kunnen zijn. In psychotherapie is het volgens Brewin (2006) de bedoeling om de competitie die er is tussen de verschillende betekenissen en attitudes van een emotioneel concept te beïnvloeden, zodat de functionele betekenis hoger in de hiërarchie komt en eenvoudiger kan worden geactiveerd.

Bij COMET-DR wordt geprobeerd de overbetrokkenheid op de thema's waarover de patiënt rumineert te verlagen. Men leert om de thema's waarover men rumineert meer te accepteren, er onverschilliger over te zijn of erboven te staan. Men leert om als het ware afstandelijker te zijn. Deze functionelere attitudes worden sterker en meer voelbaar gemaakt door: [1] het *emotioneel meer saillant maken* van afstandelijkheid met behulp van imaginatie, lichaamshouding, 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 de ruminatiethema's die eerder juist geassocieerd waren met overbetrokkenheid.

Het is van belang te realiseren dat patiënten niet wordt geleerd om te vermijden of te ontkennen, maar dat zij leren om minder geïnvolveerd te zijn bij negatieve emoties en gedachten.

BESCHRIJVING VAN HET COMET-DR-PROTOCOL IN STAPPEN

¶ Stap I: Psycho-educatie en rationale

Als eerste wordt psycho-educatie gegeven over rumineren (in de praktijk spreken we met patiënten over piekeren en zullen dat vanaf nu ook doen). Er wordt patiënten verteld dat iedereen wel eens last heeft van vervelende gedachten en ideeën die je niet los kunt laten. Dit komt vaak voor bij mensen die angstig of somber zijn. De een piekert over vervelende zaken uit het verleden en de ander maakt zich zorgen om allerlei vervelende dingen die in de toekomst kunnen gebeuren. Dat hoeft nog geen probleem te zijn. Er lijkt pas sprake te zijn van een piekerprobleem als iemand steeds zich herhalende denkpatronen heeft, en als die denkpatronen op hun beurt weer leiden tot allerlei zich herhalende cirkels van gedachten en niet tot oplossingen of inzichten. Het is eigenlijk een uit de hand gelopen manier van problemen oplossen die tot niets leidt. Dit inadequate piekeren onderscheidt zich van adequaat piekeren doordat het: [1] te vaak voorkomt, [2] het gepieker niet of heel moeilijk stop is te zetten en [3] het niet tot oplossingen leidt. Het gevolg van het piekeren is dat men steeds maar in kringetjes blijft draaien en niet tot een oplossing komt. Daarvan kan men somber, angstig en gespannen worden. Deze gevolgen zorgen ervoor dat de klachten juist toenemen en dat er nog meer gepiekerd wordt. Een ander gevolg van piekeren is dat men juist minder oplossingen voor een probleem kan bedenken. Piekeren zorgt ervoor dat iemand steeds meer negatieve verklaringen geeft voor allerlei dingen uit zijn leven. Men gaat zich steeds hopelozer voelen. Piekeren houdt dus problemen in stand of maakt ze erger.

Voorts wordt er een onderscheid gemaakt tussen gepieker over oplosbare problemen en onoplosbare problemen. Oplosbare problemen kun je oplossen met behulp van de 'probleemoplossingscirkel' (D'Zurilla & Goldfried, 1971) die bestaat uit de volgende stappen:

- ▶ probleem benoemen ('probleembepaling');
- ▶ allerlei mogelijke oplossingen bedenken ('brainstormen');
- ▶ via afweging een keuze maken uit deze mogelijkheden ('kiezen');

- ▶ de gemaakte keuze daadwerkelijk uitvoeren ('uitvoeren');
- ▶ evalueren van het resultaat van de gekozen oplossing ('evalueren');
- ▶ zo nodig: proces opnieuw doorlopen ('opnieuw beginnen').

Als deze strategie van probleem oplossen niet werkt en de patiënt maar blijft piekeren heeft hij te maken met een onoplosbaar probleem en zal hij moeten leren om dit los te laten of er afstand van te nemen. Dat kan op drie manieren: [1] acceptatie; [2] onverschilligheid en een specifieke vorm van onverschilligheid namelijk; [3] erboven staan.

¶ *Stap 2: Registratie en bewustwording*

Vanaf het begin van de training tot aan het einde moeten situaties waarover wordt gepiekerd worden geregistreerd. Het piekeren is immers een gewoonte geworden, die men wil doorbreken. Gewoontes doorbreken vraagt om aandacht en bewustwording. Pas als je erbij stilstaat, kun je een automatisme beïnvloeden. Bewustwording is dan ook het belangrijkste doel van de registratie. Patiënten moeten vanaf het begin van de training regelmatig doelbewust stilstaan bij hun gepieker: bij de inhoud, bij de intensiteit, bij de aanleidingen en bij de mogelijke zin ervan. De registratie leidt eveneens tot bewustwording of een bepaald piekerprobleem oplosbaar dan wel onoplosbaar is. Een oplosbaar probleem wordt dan aangepakt volgens de cirkel van probleem oplossen. Een onoplosbaar probleem of nauwelijks te beïnvloeden probleem vraagt om een andere benadering, namelijk loslaten.

¶ *Stap 3: Identificatie van onoplosbare piekerthema's en rationale voor loslaten*

Er wordt bij deze stap uitgelegd dat ieder mens in principe over het vermogen beschikt om zaken los te laten. Zoals het een algemeen menselijke vaardigheid is om zich te kunnen vastbijten in zaken, zo bestaat er ook een algemeen menselijke vaardigheid om dingen los te laten, om dingen te accepteren zoals ze zijn dan wel om er onverschillig en ongevoelig voor te blijven. De eerste eigenschap (vastbijten of gepassioneerd raken) stelt mensen in staat om te vechten voor zaken die voor hen belangrijk zijn. De tweede eigenschap (loslaten) stelt mensen in staat om weer verder te gaan met het leven wanneer bepaalde dingen die tot een bepaald moment belangrijk waren of hebben geleken, weer voorbij zijn en om zich af te sluiten voor zaken die geen wezenlijk belang hebben.

Hoewel ieder mens dus over deze beide vermogens beschikt, is de één er beter in dan de ander. Zoals doorzettingsvermogen met behulp van oefeningen en training tot op zekere hoogte kan wor-

den versterkt, zo kan ook het vermogen om los te laten tot op zekere hoogte worden verbeterd. Met deze training wordt op twee doelen gemikt: een relatieve immuniteit voor gepieker, waardoor de patiënt minder snel tot piekeren vervalt en de vaardigheid om piekeren te stoppen.

Patiënten identificeren voorts hun onoplosbare piekerthema's en kijken welk type loslaatthema het beste ingezet kan worden. Vragen hun piekerthema's om acceptatie, onverschilligheid of erboven staan?

¶ *Stap 4: Ophalen van herinneringen aan loslaten en onverschilligheid*

In deze stap wordt onderzocht welke concrete ervaringen patiënten hebben met succesvol accepteren, onverschillig zijn en boven dingen staan. Ze brengen zo precies mogelijk in kaart hoe ze nu tegen die situaties aankijken en welke gevoelens en gedachten daarbij horen. Want met eenzelfde gevoel willen ze straks kunnen reageren op hun piekerthema's.

¶ *Stap 5: Voelbaar maken van de loslaatsuccessen*

Tijdens deze stap leren patiënten de loslaatthema's beter voelbaar te maken middels imaginatie, zelfverbalisaties, houding en gelaatsuitdrukking. Deze oefeningen zijn gebaseerd op onderzoek uit de experimentele psychologie (Camras, Holland & Patterson, 1993; Holmes, Lang & Shah, 2009; Lange, Richard, Gest, de Vries & Lodder, 1998). De oefeningen dienen ongeveer vijf maal per dag gedurende enkele minuten te worden uitgevoerd. Patiënten stellen zich middels imaginatie de succesvolle manier van loslaten voor, nemen de houding en gelaatsuitdrukking die bij loslaten hoort aan, en zeggen in zichzelf de zin die het gevoel van loslaten versterkt. Als dat gedaan is, wordt geprobeerd dit gevoel even vast te houden.

Een patiënt had als voorbeeld dat hij in zijn jeugd was verlaten door een geliefde. Hij vond dat toen heel erg, maar had het inmiddels succesvol geaccepteerd. Bij het voelbaar maken van dit succes denkt deze patiënt dan terug aan die geliefde, haalt zijn schouders op, ademt rustig uit, ontspant zijn gezicht, glimlacht en zegt tegen zichzelf: 'Het was mooi zo lang als het duurde en goed zoals het is.'

¶ *Stap 6: Immuniteit voor gepieker versterken*

Nu patiënten geleerd hebben om hun succeservaringen voldoende saillant te maken, dienen deze te worden toegepast op actuele piekerthema's die men nu nog niet kan loslaten. Het gaat in deze stap dan ook om het leren toepassen van de vaardigheid in loslaten en afstand nemen op deze actuele piekerthema's. De patiënt dient in deze stap het ingetrainde loslaatgevoel op te roepen door het beeld op te roepen, de gedachten die het loslaten versterken te denken en

de passende houding en gelaatsuitdrukking aan te nemen. Aansluitend vervangt patiënt de loslaatgedachte door de piekergedachte, maar blijft hij het beeld en de houding van het loslaathema vasthouden. Wordt de patiënt nu toch weer angstig of somber, dan vervangt hij het gepieker even door de loslaatgedachte en gaat daarna weer door met piekeren. De andere positieve elementen (houding, gelaatsuitdrukking en beeld) blijven behouden. De patiënt leert zo een loslaatgevoel te koppelen aan het piekerthema. Hij wordt zo als het ware meer immuun voor gepieker. Dit wordt diverse malen herhaald en geoefend als huiswerkopdracht.

¶ *Stap 7: Daadwerkelijk 'wegschakelen' van piekerthema's*

In deze stap van het COMET-DR-protocol leert de patiënt om 'weg te schakelen' van opkomend gepieker. De patiënt roept nu een piekerthema op en stelt zich voor dat hij piekert. Hij stelt zich voor dat hij thuis op de bank, wat voorovergebogen en gespannen zit te piekeren, net zolang tot de patiënt dit piekergevoel goed te pakken heeft. Dan schakelt de patiënt weg van dit gepieker naar het loslaathema. De patiënt neemt de houding en gelaatsuitdrukking aan van het loslaathema en vervolgens verbaliseert hij de tekst die hem zal helpen het loslaatgevoel te versterken. Dan volgt nog verder wegschakelen: door het beeld van het piekerthema te laten vervagen, uit te zoomen of te laten vergelen als een oude foto. Mocht dit onvoldoende werken, dan kan de patiënt het voorgaande extremer toe passen door op meer symbolische wijze afstand te nemen van zijn gepieker. Er wordt dan een verhaaltje of toneelstukje in gedachten verbonden aan het loslaten, waarmee weggeschakeld kan worden. Een voorbeeld hiervan is dat de piekergedachte op een wolk wordt gezet die langzaam wegzweeft, of dat het gepieker wordt verbeeld in een toneelstuk dat men anders (positiever) laat aflopen. Ook deze stap in het protocol wordt herhaaldelijk geoefend.

¶ *Stap 8: Voortgang na de training*

Uiteindelijk wordt in deze laatste stap aandacht besteed aan voortzetting en uitbreiding van wat geleerd is. Ook wordt eventuele terugval besproken.

MAX

Max is een 70-jarige Nederlandse man die getrouwd is en twee kleinkinderen heeft. Hij heeft zijn leven lang gewerkt als administrator en heeft sinds tien jaar last van depressieve episodes. Die worden naast somberheid en dat hij tot weinig komt vooral gekenmerkt door het feit dat Max veel piekert. Max scoort op de Ruminative Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow,

1991) boven de 50, wat een passende score is voor mensen die sterk rumineren (Ekkers et al., 2011). Hij registreert zijn gepieker en daaruit blijkt dat hij veel tobt en zich zorgen maakt over zijn depressieve klachten. Zo denkt hij vaak aan hoe het toch zo gekomen is terwijl hij vroeger nergens last van had, hoe moet het nu verder? Ook maakt hij zich zorgen over zijn toegenomen afhankelijkheid van zijn vrouw. Hij is steeds bezorgd als ze er niet is en bang dat haar iets zal overkomen. Dit speelt vaak omdat zijn vrouw oppasoma is voor de kleinkinderen die in een stad op een uur rijden wonen. Iedere week gaat zij daar twee keer heen en is daar dan de hele dag. Op die dagen is Max bang dat haar iets zal overkomen. Hij is dan de hele dag gespannen, somber, moe en piekert overmatig. Hij zegt tegen zichzelf dat zijn vrouw goed kan autorijden en is daar ook van overtuigd, maar blijft piekeren dat iemand anders haar misschien zal aanrijden en dat zet een hele maalstroom aan angstige en sombere gedachten in gang.

Tijdens de training is het voor Max, zoals voor veel patiënten, een 'eyeopener' om zich te realiseren dat zijn probleem onoplosbaar is. Hij kan zelf maar beperkt invloed uitoefenen op de reis van zijn vrouw. Max denkt dat hij kan zorgen dat de auto gekeurd is, goed onderhouden, dat hij en zijn vrouw de avond voor de reis niet tot diep in de nacht feesten, maar verder kan hij eigenlijk geen actie ondernemen. Max realiseert zich dat hij zal moeten accepteren dat zijn vrouw rijdt en dat er ongelukken kunnen gebeuren, wat weer allerlei gevolgen kan hebben, maar dat hij hier maar beperkt invloed op kan hebben.

In de volgende fase gaat Max op zoek naar ervaringen van acceptatie die hij heeft gehad. Hij herinnert zich dat hij aan het begin van zijn huwelijk zijn trouwring is kwijtgeraakt op vakantie. Dit vond hij een regelrechte ramp. Hij durfde het zijn vrouw nauwelijks te vertellen en zocht de halve vakantie de camping en de plekken in de buurt waar ze waren geweest af om de ring te kunnen vinden. Hij sliep er slecht van en was humeurig. Eigenlijk was de vakantie verpest door het verlies van de ring. Maar toen ze na drie weken weer naar huis gingen, de vakantiespullen opruimden en weer aan het werk gingen, vervaagden de gedachten en het gepieker over de ring met de tijd. Max realiseert zich dat hij het verlies van de ring heeft geaccepteerd en gaat na wat hij daarbij dacht: 'Je kunt je nu wel druk blijven maken over die ring, maar daar wordt de vakantie niet leuker van', 'Mijn vrouw houdt van me, ook al verlies ik zo iets belangrijks' en 'Ik ben wel vaker dingen kwijtgeraakt en vond dat toen ook heel moeilijk, maar heb ermee leren leven.'

Max gaat nu deze situatie intrainen door zich zijn gezoek voor te stellen, daarbij een accepterende houding aan te nemen

door zijn schouders te laten zakken, een beetje onderuit te gaan zitten, en wat verlichtend te zuchten. Hij zegt de zin: 'Ik heb mijn best gedaan en het is zoals het is' tegen zichzelf. Als hij na een week actief oefenen goed in staat is om het loslaatthema op te roepen, gaat hij verder met leren accepteren. Max maakt hierbij gebruik van het immuniseren. Hij stelt zich zijn zoektocht op de camping en in de buurt voor, neemt dan de loslaathouding aan en zegt tegen zichzelf de passende zin. Als hij dit goed voelt, vervangt hij de accepterende gedachte door de actuele piekergedachten en probeert hij de houding, gelaatsuitdrukking en het beeld vast te houden. Tussendoor gebruikt hij nog enkele keren de accepterende zin. Zo oefent hij met immuun worden voor zijn gepieker.

Het daadwerkelijk wegschakelen doet hij door zich eerst de piekersituatie voor te stellen. In gedachten beent hij somber en gespannen door het huis en zijn hoofd maalt maar door. Max neemt ook een gespannen houding aan. Dan schakelt hij weg naar zijn acceptatiethema inclusief zin en houding. Hij stelt zich voor dat hij in de auto zit en van de camping wegrijdt en door de autoruit de camping, de plek van zijn helse zoektocht, steeds verder ziet vervagen tot het niet meer dan een stipje aan de horizon is en uiteindelijk helemaal weg is.

Aanvankelijk is het erg moeilijk voor Max om het loslaatgevoel vast te houden en schieten zijn gedachten weer terug naar het gepieker. Door ook hierover een accepterende houding aan te nemen (het is niet erg dat dit gebeurt) en steeds opnieuw terug te gaan naar zijn loslaatthema, houding en zin leert hij afstand te nemen van zijn gepieker. Ook thuis kan hij het beter toepassen. Hij probeert het ook te gebruiken bij ander gepieker en getob, wat hem lukt. Aan het einde van de training piekert Max minder en is hij minder depressief. Hij scoort dan ook significant lager op de RRS en op de Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR-NL; Rush et al., 2003).

Bij een gesprek acht weken na de training geeft Max aan dat de resultaten van de training bekliven. Hij vindt zichzelf nog wel een tobber, maar heeft het idee dat hij nu een techniek in handen heeft die hem in staat stelt er meer afstand van te nemen en die hem actiever heeft gemaakt in het aanpakken van de dingen waar hij wel iets aan kan doen.

ONDERZOEKSRESULTATEN

De effectiviteit van het hiervoor beschreven COMET-DR-protocol is inmiddels onderzocht in een eerste gerandomiseerde studie onder depressieve patiënten van 65 jaar en ouder op vier ambulante locaties (Ekkers et al., 2011). Ze werden toegewezen aan *treatment as usual* met COMET-DR of alleen *treatment as usual* (TAU). De TAU bestond voornamelijk uit medicatie, een vorm van psychotherapie (cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie door gz-psychologen of psychotherapeuten) of begeleiding door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Na afloop van de experimentele behandeling kreeg de controlegroep alsnog COMET-DR aangeboden. Alle deelnemers werden drie keer gemeten met steeds zeven tot acht weken ertussen: voor de behandeling, na de behandeling en bij follow-up met de Geriatrische Depressie Schaal (GDS, Yesavage et al., 1983), de QIDS, de RRS en de Rumination on Sadness Scale (RSS; Conway, Csank, Holm & Blake, 2000).

De onderzoeksgroep bestond uit 93 patiënten met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 72 jaar. 41% had een partner, 53% had eerder een depressieve episode meegemaakt en 79% gebruikte antidepressiva. In de experimentele groep kreeg 17% als *treatment as usual* medicatie, 17% kreeg medicatie en psychotherapie, 12% alleen psychotherapie, 41% sociaalpsychiatrische begeleiding en medicatie en 13% alleen sociaalpsychiatrische begeleiding. In de controlegroep kreeg 8% alleen medicatie, 15% een combinatie van psychotherapie en medicatie, 18% alleen psychotherapie, 56% sociaalpsychiatrische begeleiding en medicatie, en 3% kreeg alleen sociaalpsychiatrische begeleiding. 4 deelnemers aan de studie vielen uit, maar verschilden aan het begin van de studie niet van de andere patiënten.

Na zeven weken bleek dat de experimentele groep ($n = 53$) significant minder depressief was en minder ruminde dan de controlegroep ($n = 40$). De *effect sizes* bij deze 'intention to treat analyse' liepen uiteen van .5 voor depressie tot .9 voor rumineren. Als gekeken wordt naar de klinische significantie (Jacobson & Truax, 1991) van de resultaten blijkt dat 25% van de patiënten die de training hebben afgerond met betrekking tot hun depressie een betrouwbare verandering heeft doorgemaakt en een score heeft zoals gezonde mensen die hebben. Wat betreft het rumineren bleek dat 27% een klinisch significante verandering had doorgemaakt. Alhoewel vergelijking van de follow-upresultaten acht weken na het afronden van de training niet gecontroleerd was omdat de controlegroep na de experimentele groep eveneens de training kreeg aangeboden, bleek op dat moment wel dat het effect van de COMET-DR was behouden.

Uit deze studie komt voorlopig bewijs naar voren dat de toevoeging van COMET-DR aan de behandeling van depressieve oudere

patiënten leidt tot een vermindering van depressie en rumineren. Ook andere (pilot)study's die min of meer hetzelfde protocol gebruikten bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis (Martens, Korrelboom & Huijbrechts, 2009) laten eendere resultaten zien wat betreft effectiviteit en toepassing van het COMET-protocol.

DISCUSSIE

In deze bijdrage werd het COMET-DR-protocol gepresenteerd aan de hand van een theoretische achtergrond, een beknopte weergave van het protocol zelf, een casus en ten slotte enige onderzoeksresultaten. COMET-DR lijkt een effectieve *add on* interventie te kunnen zijn om zowel rumineren als depressie te verminderen bij depressieve (oudere) patiënten. Er zijn echter ook de nodige klinische en onderzoeksaanwijzingen dat dit het geval zou kunnen zijn als het gebruikt wordt als *stand alone* behandeling. Bovendien zijn er aanwijzingen dat COMET effectief kan zijn bij andere doelgroepen en stoornissen (zie voor een overzicht van der Gaag & Korrelboom, 2010). Wel zal dit nog verder bevestigd moeten worden in onderzoek. Ook zal er meer onderzoek moeten plaatsvinden naar de mediërende factoren.

Er is inmiddels een e-healthversie van het protocol ontwikkeld dat hoopvolle resultaten laat zien. Interessant zou een vergelijkend onderzoek kunnen zijn met MBCT dat ook een effect op rumineren en depressie heeft (Kenny & Williams, 2007). Alhoewel imaginatie en contraconditionering al langer worden toegepast (zie bijvoorbeeld van Dyck, Spinhoven & van der Does, 1991), valt op dat COMET-DR een transdiagnostisch protocol is dat past in een relatief nieuwe traditie van interventies waarbij gebruik wordt gemaakt van imaginatie (Brewin, Gregory, Lipton & Burgess, 2010; Hackmann, Bennett-Levy & Holmes, 2010; Holmes & Mathews, 2010).

DRS. WILFRIED EKKERS is klinisch psycholoog en werkt als afdelingsmanager zorg voor de Parnassia Groep Den Haag.

DR. KEES KORRELBOOM is klinisch psycholoog en werkt als hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie van PsyQ Den Haag.

PROF.DR. MARK VAN DER GAAG is klinisch psycholoog en werkt als hoofd psychoonderzoek bij Parnassia Groep Den Haag. Hij is hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

Referenties

- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Brewin, C.R., Gregory, J.D., Lipton, M. & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms & treatment implications. *Psychological Review*, 117, 210-232.
- Camras, L.A., Holland, E.A. & Patterson, M.J. (1993). Facial expression. In: M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 199-209). New York: The Guilford Press.
- Conway, M., Csank, P.A.R., Holm, S.L. & Blake, C.K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75, 404-425.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ekkers, W.D.J., Korrelboom, C.W., Huijbrechts, I.P.A.M., Smits, N., Cuijpers, P. & van der Gaag, M. (2011). Competitive memory training for treating depression and rumination in depressed older adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 588-596.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, E.A. (2010). *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Holmes, E.A., Lang, T.J. & Shah, D.M. (2009). Developing interpretation bias modification as a 'cognitive vaccine' for depressed mood: Imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 76-88.
- Holmes, E.A. & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- 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.
- Just, N., & Alloy, L.B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.
- Kenny, M.A. & Williams, J.M.G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Response to depression in unipolar depressed persons: An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, 29, 1323-1333.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., de Vries, M. & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction: A controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 225-236.
- Lyubomirski, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.
- Lyubomirski, S., Tucker, K.L., Caldwell, N.D. & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problemsolvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1041-1060.
- Martens, S., Korrelboom, C.W. & Huijbrechts, I.P.A.M. (2009). Competitive memory training voor piekeren (COMET for worrying). *Directieve Therapie*, 29, 254-277.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive epi-

- sodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Preita earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester: Wiley.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., ... Keller, M. B. (2003). The 16-item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS) clinician rating (QIDS-C) and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54, 573-583.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Smith, J. M. & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29, 116-128.
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- van der Gaag, M. & Korrelboom, K. (2010). Competitive memory training. In: F. Laroï & A. Aleman (Eds.), *Hallucinations: A guide to treatment and management* (pp. 143-162). Oxford: Oxford University Press.
- van Dyck, R., Spinhoven, P. & van der Does, J. W. (1991). *Hypnose en hypnotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational Emotive Cognitive Behavioural Therapy*, 27, 160-175.
- Watkins, E. & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1179-1189.
- Watkins, E. R., Bayens, C. B. & Read, R. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: proof of principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 55-64.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., ... Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2144-2154.
- Wells, A. (2007). The attention training technique: Theory, effects and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioural Practice*, 14, 134-138.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.