

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# COMET voor zelfbeeld en paranoia bij paranoïde patiënten

Een kleinschalige RCT binnen de  
forensische psychiatrie

---

EVA BLOEMERS & VIVIENNE DE VOGEL

## Samenvatting

---

Er is een groep patiënten binnen de forensische psychiatrie bij wie er sprake is van psychose en paranoia. Deze kenmerken voorspellen slechte behandeluitkomst en chronische hospitalisatie. Het huidige onderzoek heeft als doel de effectiviteit te onderzoeken van COMET, een cognitief-gedragstherapeutische interventie bedoeld om het zelfbeeld te verbeteren. In een groep van 14 patiënten met paranoia werd onderzocht of verbeteringen in zelfbeeld leiden tot reductie van paranoia. De COMET-interventie werd vergeleken met *treatment as usual* (TAU), te weten de training *Grip op je leven*. Metingen werden volledig uitgevoerd bij de start, na 10 weken (*post treatment*) en 8 weken follow-up, bij in totaal vijf patiënten in de experimentele conditie en zeven in de controleconditie. Om zelfbeeld te meten werd de Rosenberg Self-Esteem Scale gebruikt en de Green Paranoid Thoughts Scale voor paranoia. Alle patiënten hebben de interventie volledig afgerond. Post-treatmentresultaten lieten een significante verbetering zien op zelfbeeld bij de vijf patiënten die COMET hadden gevolgd, maar geen reductie van paranoia. Nader onderzoek met grotere groepen is nodig.

*Trefwoorden: COMET, paranoia, zelfbeeld, forensisch, psychoses*

## INLEIDING

.....

Bij patiënten met een psychotische stoornis, waaronder schizofrenie, worden vaak een laag zelfbeeld alsook negatieve zelfschema's gevonden (Tarrrier, 2002). Globaal gezien kan een zelfschema opgevat worden als een cognitief, algemeen beeld van het zelf dat zich heeft ontwikkeld door ervaringen uit het verleden, en dat aan het zelf gerelateerde informatie organiseert en ordent uit individuele sociale ervaringen. Verschillende factoren spelen een rol bij het ontwikkelen en het handhaven van een negatief zelfbeeld. Deze factoren zijn doorgaans moeilijk veranderbaar. Binnen de literatuur is er bijvoorbeeld veel geschreven over de effecten van trauma in de kindertijd op het ontwikkelen van een psychotische of andere ernstige psychiatrische stoornis (Fowler et al., 2006; Larkin & Morrison, 2009; Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005). Men veronderstelt dat een negatief zelfbeeld bij schizofrenie te maken heeft met het lijden aan een ernstige psychiatrische ziekte en alle daarbij horende consequenties (Tarrrier, 2002). De consequenties van een ernstige psychiatrische ziekte zorgen ervoor dat negatieve schema's over het zelf ontstaan of versterkt worden. Hierdoor ontstaat de neiging om informatie op een specifieke manier te interpreteren en aan te passen binnen het (negatieve) zelfschema. Op deze manier wordt het schema steeds verder versterkt, in plaats van uitgedaagd of aangepast (Tarrrier, 2002). Uit meerdere onderzoeken (zie bijvoorbeeld: Williams-Keeler, Milliken, & Jones, 1994) is gebleken dat de start van een eerste psychose een traumatische gebeurtenis op zich kan zijn. Ideeën over veiligheid, vertrouwen, kwetsbaarheid en rechtvaardigheid kunnen volledig veranderen. In het verlengde hiervan kan een psychose ervoor zorgen dat het beeld dat iemand heeft van zichzelf, de wereld en de toekomst volledig kan veranderen. In combinatie met het stigma van een psychiatrische stoornis leidt dit tot gevoelens van hopeloosheid en een verminderde behoefte aan sociaal contact. Tevens is een kritische, soms vijandige of overbezorgde houding van directe familieleden specifiek bij patiënten met een psychotische stoornis. Deze houding van directe familieleden kan ervoor zorgen dat negatieve schema's over het zelf kunnen ontstaan en worden gehandhaafd (Tarrrier, 2002).

*Laag zelfbeeld en paranoïde gedachten*

.....

Uit longitudinale en experimentele studies is bewijs naar voren gekomen voor een causaal verband tussen negatieve cognities over het zelf en paranoïde ideaties (Freeman et al., 2014). Fowler en collega's (2006) vonden in een niet-klinische populatie van meer dan 700 studenten dat paranoia sterk geassocieerd was met meer negatieve opvattingen over het zelf en de ander. Een gerelateerde studie van 100 patiënten met psychose vond dat ernst, preoccupatie en achtervolgingsideeën geassocieerd waren met negatieve

opvattingen over het zelf, negatieve opvattingen over de ander, lage zelfwaardering en depressie (Smith et al., 2006). Gracie en collega's (2007) vonden in een crosssectionele studie bij 200 studenten dat een geschiedenis van jeugdtrauma, seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling geassocieerd was met een verhoogde mate van paranoïde denken. Behalve een globaal negatief zelfbeeld waren specifiek negatieve en mogelijk disfunctionele interpersoonlijke zelfconcepten kenmerkend voor paranoïde wanen. Daarbij bleek tevens dat het zelfbeeld lager is bij patiënten die ervan uitgaan dat bijvoorbeeld de achtervolging verdiend is.

Wat betreft behandeling werd in een systematische literatuurreview naar paranoïde wanen en zelfbeeld geconcludeerd dat het nodig is om patiënten met paranoïde wanen zelfbeeldversterkende interventies aan te bieden (Kesting & Lincoln, 2013). In een onderzoek werd het effect onderzocht van een specifieke, kortdurende (zes sessies), op verhoging van zelfwaardering gerichte interventie die was aangeboden bij een groep ambulante patiënten met achtervolgingswanen. De effecten van deze interventie waren echter niet significant: op korte termijn werden wel wat trends gevonden, maar deze waren bij een follow-up na 12 maanden helemaal verdwenen (Freeman et al., 2014). De auteurs pleitten dan ook voor nader onderzoek naar de invloed van zelfwaarderingsinterventies bij paranoïde patiënten.

Onderzoek toonde tevens aan dat er een positief verband bestaat tussen het hebben van paranoïde gedachten en agressie, zowel bij patiënten met schizofrenie als in de normale bevolking (van Dongen, Buck, Kool, & van Marle, 2011). Verder toonde onderzoek aan dat het hebben van paranoïde gedachten, zoals achtervolgingswanen, een van de factoren is die bijdragen aan gewelddadig gedrag wanneer een patiënt is opgenomen in de psychiatrie (Cornaggia, Beghi, Pavone, & Barale, 2011). Patiënten met achtervolgingswanen hebben de overtuiging dat anderen hen kwaad (psychisch, fysiek, sociaal) willen doen (Freeman & Garety, 2000). Vanuit deze overtuiging neemt de kans op het toepassen van geweld toe, onder andere om zichzelf te 'verdedigen' tegen het vermeende kwaad. Deze relatie is van groot belang voor de forensische psychiatrie waar het huidige onderzoek is verricht (zie verder onder 'Procedure'). In de forensische psychiatrie worden personen behandeld die ernstige (gewelds)delicten hebben gepleegd, waarbij het belangrijkste doel is om de factoren die een rol kunnen spelen bij het plegen van een (nieuw) delict te behandelen.

#### *COMET voor zelfbeeld en paranoia binnen de forensische psychiatrie*

Aanleiding voor het huidige onderzoek is dat een aanzienlijk deel van de patiënten binnen de forensische psychiatrie te kampen heeft met paranoïde gedachten. Paranoia is een van de kernsymptomen van de psychotische ervaringen. Bestaande behandelingen, zoals behandeling met psychofarmaca, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie (CGT) voor psychose, zijn

slechts gedeeltelijk effectief gebleken (Leucht et al., 2013; Turner, Burger, Smit, Valmaggia, & van der Gaag, 2020; van der Gaag, Valmaggia, & Smit, 2014). De lijdensdruk is vaak erg hoog onder deze patiëntengroep. Patiënten met paranoia zijn geregeld niet gemotiveerd voor behandeling, omdat het wantrouwen een zeer grote rol speelt bij het maken van een keuze voor aangaan van behandeling. Daarnaast spelen paranoïde gedachten geregeld een belangrijke rol in het veroorzaken van agressieve incidenten, zowel binnen een klinische opname als daarbuiten. Dit zorgt er onder andere voor dat patiënten vaak langdurig opgenomen blijven binnen de (forensische) psychiatrie.

Het is belangrijk om deze patiënten een effectieve behandeling aan te kunnen bieden, en wel via de weg van een van de belangrijke onderliggende mechanismen die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van paranoïde gedachten, namelijk een laag zelfbeeld. *Competitive memory training* (COMET) van Korrelboom (2011) is bij verschillende patiëntenpopulaties effectief gebleken voor het verbeteren van het zelfbeeld (Korrelboom, de Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009; Korrelboom, Marissen, & van Assendelft, 2011; Korrelboom, Staring, & van Loon, 2017; van der Gaag, van Oosterhout, Daalman, Sommer, & Korrelboom, 2012). Tevens wordt COMET ingezet bij behandeling van patiënten die stemmen horen of hallucinaties hebben, in combinatie met geprotocolleerde behandeling (van der Gaag, Staring, & Valmaggia, 2012). Recent is het effect van COMET onderzocht bij patiënten met een angststoornis en een laag zelfbeeld. In dit onderzoek is tevens de samenhang tussen zelfbeeld en paranoïde ideaties onderzocht. Het onderzoek toont onder andere aan dat effectieve, gerichte interventies op verbetering van zelfbeeld niet alleen de zelfwaardering verbeteren, maar daardoor ook de paranoia reduceren (Korrelboom et al., 2017). Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar COMET bij patiënten met een psychotische stoornis en paranoïde gedachten.

Het doel van het huidige onderzoek is om COMET toe te passen bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis en paranoia. Verwacht wordt dat bij patiënten met een psychotische stoornis en paranoïde gedachten die COMET volgen het zelfbeeld verbetert en de paranoia afneemt en dat deze verbeteringen sterker zijn dan voor de patiënten in de controleconditie (*treatment as usual*).

## METHODE

.....

### *Procedure*

.....

Het huidige onderzoek betreft een gerandomiseerd gecontroleerd experiment (*randomized controlled trial*, RCT). Voor het uitvoeren van deze interventiestudie is toestemming gegeven door de medisch-ethische toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Rotterdam (referentienummer:

NL63893.078.17). Het onderzoek vond plaats binnen twee klinieken van De Forensische Zorgspecialisten: locatie Van der Hoevenkliniek en locatie De Voorde. De Forensische Zorgspecialisten legt zich toe op zorg voor mensen met grensoverschrijdend of strafbaar gedrag die daarvoor niet of verminderd toerekeningsvatbaar waren vanwege een psychische stoornis. Alle patiënten binnen de klinieken zijn opgenomen met een strafrechtelijke maatregel: een terbeschikkingstelling (tbs) of een rechterlijke machtiging (RM). Specifiek aan locatie De Voorde is dat hier voornamelijk forensisch psychiatrische patiënten worden opgenomen bij wie sprake is van chronisch psychiatrische problematiek. Verhoudingsgewijs zijn hier veel patiënten met een psychotische stoornis opgenomen. Criteria voor deelname waren: een leeftijd tussen 18 en 70 jaar, voldoende beheersing van de Nederlandse taal, een diagnose binnen het psychosespectrum en het hebben van paranoïde gedachten.

Randomisatie vond voor iedere locatie afzonderlijk plaats, op basis van vooraf gestratificeerde randomisatietabellen. Er werd voor gezorgd dat op beide locaties de experimentele en de controleconditie gelijktijdig de training aangeboden kregen. Dit om te voorkomen dat een verschil in uitkomst van beide groepen verklaard zou kunnen worden door de periode waarin de behandelingen aangeboden werden. Via de hoofden behandeling werden patiënten die voldeden aan de criteria benaderd voor medewerking aan het onderzoek. Patiënten werden zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek. Ze konden te allen tijde deelname beëindigen, zonder verdere consequenties voor hun behandeling. Na het tekenen van een *informed consent* werden zij at random toegewezen aan de experimentele of controleconditie. De experimentele conditie kreeg de COMET-training aangeboden voor een periode van 10 weken. De controleconditie kreeg treatment as usual aangeboden. Deze bestond uit een training *Grip op je leven*, waarbij de participanten in groepsverband of individueel een aantal modules aangeboden kregen, gericht op het verbeteren van emotieregulatie en copingvaardigheden. Deze training werd, net als COMET, gedurende 10 weken aangeboden. Alle therapeuten werden voorafgaand aan het onderzoek officieel getraind in COMET. Tevens werden de therapeuten van de training *Grip op je leven* getraind, voorafgaand aan het onderzoek. In totaal waren acht therapeuten verbonden aan het onderzoek. Alle therapeuten hadden ervaring met het geven van therapie aan forensisch psychiatrische patiënten. Tijdens het onderzoek waren er overlegmomenten met de therapeuten en de hoofdonderzoeker, zowel voor de experimentele conditie als de controleconditie, om de voortgang en eventuele problemen met elkaar te ondervangen.

Metingen vonden plaats voorafgaand aan de eerste sessie van de training (T<sub>1</sub>), direct na afloop van de laatste sessie van de training (T<sub>2</sub>) en 8 weken na de laatste sessie van de training (T<sub>3</sub>). Alle patiënten die deelnamen aan het onderzoek werden drie keer beloond voor hun deelname: halverwege de training, direct na afloop van de training en na het laatste meetmoment. Beloningen bestonden uit kleine presentjes, zoals verzorgingsproducten.

### *Participanten*

De onderzoeksgroep bestond uit 14 patiënten die opgenomen zijn bij De Forensische Zorgspecialisten. Er werden 20 patiënten benaderd, van wie er 14 bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. Redenen voor weigering waren divers: een aantal patiënten gaf aan niet te willen participeren in een onderzoek, anderen gaven aan al genoeg therapie gehad te hebben of te verwachten op korte termijn de kliniek te verlaten. Van de 14 participanten waren er twee opgenomen in de Van der Hoevenkliniek en 12 in De Voorde. Alle participanten waren gediagnosticeerd met een psychotische stoornis volgens de DSM-5. Alle diagnoses binnen het spectrum psychose werden hierin meegenomen. Uit de diagnose of voorgeschiedenis bleek tevens dat er sprake was (geweest) van paranoia. In tabel 1 is de verdeling van de participanten over beide condities opgenomen.<sup>1</sup> Alle participanten waren wilsbekwaam. Geen van hen was gehuwd of had geregistreerd partnerschap. Alle participanten waren ingesteld op (antipsychotische) medicatie. Er namen drie vrouwen deel aan het onderzoek en 11 mannen. Zeven participanten hadden een terbeschikkingstelling (tbs) en zeven participanten een rechterlijke machtiging (RM). De gemiddelde leeftijd van de participanten lag op ruim 41 jaar. De gemiddelde opnameduur van de participanten was 4,7 jaar. Bij alle participanten was er sprake van comorbiditeit, zoals verslavingsproblematiek. Aangezien dit representatief is voor deze doelgroep (Goethals, 2008; Regier et al., 1990), werd ervoor gekozen om comorbiditeit niet als exclusiecriteria mee te nemen. Er was tijdens het onderzoek sprake van drop-out van twee participanten uit de experimentele conditie. Een van hen heeft de training niet kunnen afmaken door ziekte van zijn therapeut. De andere participant heeft na afronding van de training aangegeven niet meer te willen participeren in het onderzoek, aangezien hij direct na de training verhuisd is en niet meer verbonden was aan de kliniek. Beide participanten zijn derhalve niet meegenomen in de analyses.

### *Interventies*

**COMET** — COMET is een geprotocolleerde interventie voor het verbeteren van het zelfbeeld (Korrelboom, 2011). De module is geschreven voor groepsbehandeling, maar kan ook individueel aangeboden worden en bestaat oorspronkelijk uit acht sessies van gemiddeld anderhalf uur. Het protocol werd enigszins aangepast aan de doelgroep, dat wil zeggen dat er werd uitgegaan van een lager tempo en er gewerkt werd met een flap-over om de uitleg visueel te ondersteunen. Het aantal sessies lag op tien in plaats van acht. Het protocol

1 Het opleidingsniveau is niet meegenomen in tabel 1, aangezien de meeste participanten hun opleiding niet hebben afgerond en er bij sommigen sprake is van cognitief verval.

TABEL 1 *Verdeling participanten over beide condities*

	Experimentele conditie	Controlecon- ditie
Aantal participanten	7	7
Training afgerond	6	7
Onderzoek afgerond	5	7
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	43,16 (2,45)	40,23 (7,52)
Geslacht: man	6	5
Tbs-maatregel	3	4
Rechterlijke machtiging	4	3
Locatie De Voorde	6	6
Locatie van der Hoeven	1	1
Gemiddelde opnameduur in jaren <sup>2</sup> (SD)	7,22 (1,58)	2,23 (1,12)

maakt gebruik van vier procedures om de negatieve kerncognitie te verbeteren, namelijk imaginatie, zelfverbalisatie, motorische feedback en muziek. De interventie gaat uit van concurrerende geheugennetwerken. In het model over *competitive memory retrieval* wordt gesteld dat elk concept verschillende betekenisrepresentaties heeft in het langetermijngeheugen en dat er een competitie bestaat tussen het ophalen van deze verschillende betekenissen uit het geheugen (Korrelboom, 2011). Bij mensen met psychopathologie winnen de disfunctionele representaties deze competitie vaker en worden andere mogelijke betekenissen geïnhibeerd. Succesvolle therapie verandert de hiërarchie dusdanig dat die positieve in plaats van negatieve geheugennetwerken activeert, zodat functionele positieve representaties vaker de competitie winnen binnen het geheugen en mensen deze positieve verandering ook voelen. Zelfbeeld is een belangrijke transdiagnostische factor, die binnen verschillende classificaties als kenmerk of bijkomend probleem naar voren komt. Omdat COMET een transdiagnostische techniek is, zijn er studies gedaan bij zeer uiteenlopende stoornissen, onder andere bij eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, depressie en het horen van stemmen (van der Gaag, Staring et al., 2012).

De participanten op locatie De Voorde kregen de training groepsgewijs aangeboden. Voor de locatie Van der Hoeven was dit niet mogelijk, gezien

- Hier wordt de gemiddelde opnameduur bij De Forensische Zorgspecialisten weergegeven. Mogelijk geeft dit een vertekend beeld, aangezien voor een aantal participanten geldt dat zij eerder binnen een andere (forensisch) psychiatrische instelling opgenomen waren.



het geringe aantal participanten. Derhalve kregen deze participanten de training individueel aangeboden. Vermeld dient te worden dat dit afwijkt van eerdere onderzoeken, want tot nu toe zijn alle studies naar COMET voor lage zelfwaardering uitgevoerd bij groepsbehandelingen.

**Grip op je leven** — Voor de controleconditie werd gebruikgemaakt van een training genaamd *Grip op je leven*. Deze groepstraining is in 2013 ontwikkeld door twee psychotherapeuten van De Forensische Zorgspecialisten. De training wordt sinds die tijd standaard aangeboden bij De Forensische Zorgspecialisten, zowel aan groepen als individueel. Bij de opzet van deze training wordt rekening gehouden met de specifieke problemen waar veel patiënten die opgenomen zijn in de tweede- of derdelijnspsychiatrie mee te kampen hebben. Zo hebben patiënten vaak een gering probleembesef, een ambivalente houding ten opzichte van hun problemen en kan er sprake zijn van een beperkt concentratievermogen en/of een verstandelijke beperking. Het doel van de training is om de deelnemers meer grip op hun leven te laten krijgen. De groepstraining is gebaseerd op de principes van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS), *community reinforcement approach* (CRA) en oplossingsgericht werken. Er worden zowel handelingsgerichte als intrapsychische doelen gesteld. Ook bij deze training gold dat de participanten van locatie De Voorde haar groepsgewijs aangeboden kregen, maar dat dit voor de locatie Van der Hoeven niet mogelijk was gezien het geringe aantal participanten.

### Meetinstrumenten

Gezien de beperkte draagkracht van de participanten werd ervoor gekozen om hen zo min mogelijk te belasten. Bij de participanten werden twee relatief korte zelfrapportagevragenlijsten afgenomen, die beide betrouwbaar en valide zijn en die geregeld gebruikt worden bij onderzoek. Het gebruik van vragenlijsten alleen kan echter een vertekend beeld opleveren in een forensische doelgroep (de Ruiters & Hildebrand, 2005), met name wanneer de participanten last hebben van achterdocht. Daarom werd ervoor gekozen om aanvullend een interview af te nemen. Op alle drie de meetmomenten werden beide vragenlijsten en het interview afgenomen.

**Zelfbeeld** — Om zelfbeeld te meten werd gebruikgemaakt van een Nederlandse vertaling van de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965; Franck, De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2008). Deze zelfrapportagevragenlijst meet globale zelfwaardering en bestaat uit tien stellingen, waarvan de helft positief is geformuleerd en de andere helft negatief. Patiënten gaven op een 1-4-likertschaal aan in hoeverre de stellingen op hen van toepassing waren. De positieve items werden omgescoord. De RSES is een unidimensionele schaal met een range van 10 tot 40, waarbij hogere scores indicatief zijn voor een goede globale zelfwaardering (Franck et al., 2008). Eerder onderzoek

heeft laten zien dat de RSES goede psychometrische eigenschappen heeft (zie bijvoorbeeld: Everaert, Koster, Schacht, & De Raedt, 2010).

**Paranoia** — Om paranoia te bepalen werd gebruikgemaakt van de Green Achterdochtige Gedachten Schaal (GAGS; Green et al., 2008). Deze schaal bestaat uit twee delen van ieder 16 stellingen. Deel A meet de mate waarin iemand zich zorgen maakt over wat anderen van hem of haar denken, en deel B meet paranoïde gedachten over de afgelopen maand. De stellingen worden beoordeeld aan de hand van een vijfpuntsschaal, die loopt van 1 (helemaal niet van toepassing) tot 5 (veel/volledig van toepassing). Een hogere score betekent een hoger niveau van paranoia. De schalen zijn gevoelig voor verandering, kennen een goede interne consistentie en validiteit, en zijn geschikt voor zowel de klinische praktijk als onderzoeksdoeleinden (Green et al., 2008).

**Interview: PANSS** — Er werd voor gekozen om de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) af te nemen bij de participanten. Voor het huidige onderzoek werd de Nederlandstalige gevalideerde versie gebruikt (Wolthaus et al., 2000). De PANSS brengt de ernst van de klachten in kaart, vergt een beperkte tijdsinvestering en is geschikt voor het evalueren van het effect van een behandelinterventie (Kay, Fiszbein, & Opler, 1986). De PANSS bestaat uit drie subschalen: positieve symptomen (7 items), negatieve symptomen (7 items) en algemene psychopathologie (16 items), met daarin items over angst en depressie. De PANSS kan betrouwbaar worden toegepast door getrainde interviewers. De afname ervan duurt 30 tot 45 minuten (Bell, Milstein, Beam-Goulet, Lysaker, & Cicchetti, 1992; Kay, Fiszbein & Opler, 1987). De test-hertestbetrouwbaarheidsindexen voor een subgroep opgenomen patiënten waren respectievelijk 0,89, 0,82 en 0,71 voor de positieve, negatieve en algemene psychopathologieschaal (Kay et al., 1987). Van elk item moet een ernstscore worden gegeven variërend van 1 (symptoom afwezig) tot 7 (symptoom interenieert met vrijwel alle aspecten van het dagelijks functioneren).

In deze studie werd tevens specifiek gekeken naar item 5 Achterdocht van de positieve symptomen. Dit item scoort op gestructureerde wijze paranoia op basis van de observatie en uitspraken van de participanten tijdens de afname van de het PANNS-interview. Aangezien de verwachting was dat betrouwbaarheid van zelfrapportage bij een hoge mate van paranoia mogelijk vertekend zou zijn, werd dit item explorerend gebruikt in deze studie.

**Subjectieve evaluatie** — Tijdens de laatste sessie van de training werd in beide groepen de training met de patiënten geëvalueerd, waarbij de patiënten gevraagd werd wat zij van de training vonden en of zij het idee hadden dat de training zinvol was.

*Design en statistische analyses*

91

Het onderzoek heeft een gecombineerd *within-between*-design. De data bestaan uit twee uitkomstmaten, namelijk zelfbeeld en mate van paranoia, waarbij de conditie (COMET-conditie of controleconditie) de onafhankelijke variabele is. Deze data werden geanalyseerd door middel van herhaalde metingen ANOVA (*repeated measures ANOVA*), met de verschillen op de drie meetmomenten als *within-subject*-variabelen en de behandelconditie als *between-subject*-variabele. Door middel van deze analyse werd in de eerste plaats gekeken of de mate van zelfbeeld toenam over de drie meetmomenten en of de mate van paranoia afnam over de drie meetmomenten. Daarbij werd bekeken of de mate van toename zelfbeeld en afname paranoia verschilde tussen de twee condities (interactie-effect).

Explorerend werd voor beide condities gekeken naar de effecten op de PANSS over de drie meetmomenten, waarbij gekeken werd naar de drie subschalen (positieve symptomen, negatieve symptomen en algemene psychopathologie). Explorerend werd tevens specifiek gekeken naar item 5 Achterdocht van de PANSS, om te onderzoeken of er verschil was tussen het invullen van een zelfrapportagevragenlijst over achterdocht en een gestructureerde observatie van achterdocht naar aanleiding van gedrag en uitspraken tijdens de PANSS-afname. Tevens werd explorerend onderzocht hoe groot de correlatie is tussen de GAGS en item 5 Achterdocht.

## RESULTATEN

*Zelfbeeld*

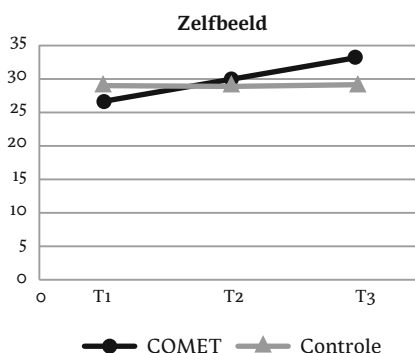
De scores van zelfbeeld voor beide groepen voor elk meetmoment worden weergegeven in tabel 2 en figuur 1. Er was voldaan aan de assumptie van sfericiteit ( $\chi^2 = 0,77$ ,  $p = 0,308$ ). Bij aanvang van de training (T1) waren de gemiddelde RSES-scores voor beide groepen reeds relatief hoog. Er waren geen significante verschillen tussen de experimentele en de controlegroep. Er is sprake van een hoofdeffect in tijd: het zelfbeeld verbeterde voor zowel de experimentele conditie als de controleconditie gedurende de periode van T1 tot T3, hetgeen is af te lezen aan de toename in de gemiddelde scores op de RSES ( $F = 3,98$ ,  $p = 0,035$ ). Er bleek sprake van een interactie-effect: de toename van het zelfbeeld gedurende de tijd van de patiënten in de experimentele conditie was significant groter dan die van de patiënten in de controleconditie ( $F = 3,661$ ,  $p = 0,044$ ).

Vervolgens werd voor de experimentele conditie onderzocht waar de geconstateerde verandering tussen T1 en T3 precies plaatsvond. Post-hoc-ana-

lyses lieten zien dat de gemiddelde RSES-score in de experimentele groep niet significant hoger werd tussen T1 en T2 ( $F = 3,21, p = 0,10$ ) en ook niet tussen T2 en T3 ( $F = 1,78, p = 0,21$ ), maar wel over de gehele periode.

TABEL 2 Gemiddelde scores (standaarddeviaties) op de RSES en de GAGS voor COMET in vergelijking met controleconditie over verloop van tijd (T1, T2, T3)

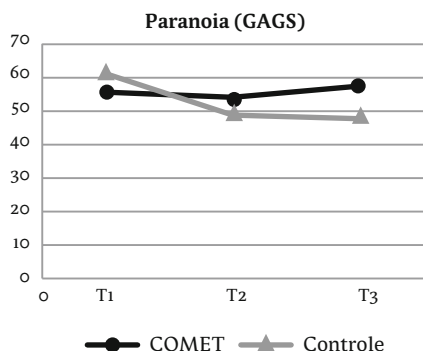
	COMET (N = 5)			Controle (N = 7)			Hoofd-effect tijd	Interactie tijd* conditie
	T1	T2	T3	T1	T2	T3		
<b>RSES</b>	26,40 (8,44)	29,80 (5,63)	33,20 (3,83)	29,29 (4,31)	29,14 (2,78)	29,43 (6,16)	$F = 3,98$ $p = 0,035$	$F = 3,66$ $p = 0,044$
<b>GAGS</b>	55,80 (19,87)	54,60 (35,58)	58,00 (32,07)	62,43 (19,7)	49,86 (16,5)	47,86 (12,77)	$F = 0,97$ $p = 0,39$	$F = 1,24$ $p = 0,31$



FIGUUR 1 Beloop zelfbeeldscore per conditie

### Paranoia

De scores voor paranoia voor beide groepen voor elk meetmoment worden tevens weergegeven in tabel 2 en figuur 2. Er was voldaan aan de assumptie van sfericiteit ( $\chi^2 = 0,82, p = 0,42$ ). Er werd geen significante verlaging in scores op de GAGS gevonden gedurende de tijd ( $F = 0,97, p = 0,39$ ). Wanneer werd gekeken naar tijd en conditie, werd geen interactie-effect gevonden: er waren geen significante verschillen tussen de beide condities ( $F = 1,24, p = 0,31$ ). Dit betekent dat paranoia voor de beide condities niet significant af- of toenam over de drie meetmomenten.

FIGUUR 2 *Beloop paranoiascore per conditie*

### PANSS

De scores voor de PANSS voor beide groepen voor elk meetmoment worden weergegeven in tabel 3. Er was voldaan aan de assumptie van sfericiteit voor de negatieve symptomen in de PANSS (PANSS neg) ( $\chi^2 = 0,70$ ,  $p = 0,19$ ) en voor PANSS-item 5 Achterdocht (PANSS acht) ( $\chi^2 = 0,97$ ,  $p = 0,87$ ). Mauchly's test liet zien dat er niet was voldaan aan de assumptie van sfericiteit voor de positieve symptomen in de PANSS ( $\chi^2 = 0,45$ ,  $p < 0,05$ ) en voor de algemene psychopathologie in de PANSS (PANSS alg) ( $\chi^2 = 0,49$ ,  $p < 0,05$ ). Daarom zijn voor deze twee schalen de vrijheidsgraden Greenhouse-Geisser ( $\epsilon = 0,65$  en  $\epsilon = 0,66$ ) gecorrigeerd. Voor de scores op de verschillende PANSS-schalen werden geen effecten gevonden, wat wil zeggen dat er geen verandering optrad op de verschillende subschalen van de PANSS voor beide condities (zie tabel 3). De ernst van de symptomen verdeeld over de drie subschalen (positief, negatief en algemene psychopathologie) nam niet significant toe of af over de drie meetmomenten. Wel werd op de schaal negatieve symptomen een trend gezien, namelijk een toename van negatieve symptomen voor beide condities ( $F = 3,08$ ,  $p = 0,07$ ). Voor item 5 Achterdocht op de PANSS werd er tevens geen verandering in ernstmaat gevonden voor beide condities ( $F = 0,38$ ,  $p = 0,68$ ). Wanneer er werd gekeken naar een mogelijk interactie-effect tijd\*conditie, werd er een trend waargenomen, namelijk een afname van achterdocht bij de experimentele conditie, met name tussen T2 en T3 ( $F = 2,77$ ,  $p = 0,09$ ).

Post-hoc-analyses lieten zien dat de correlatie tussen achterdocht op GAGS en item 5 Achterdocht van de PANSS matig is (Pearsons correlatie  $0,433$ ,  $p = 0,160$ ).

TABEL 3 Gemiddelde scores (standaarddeviaties) op de PANSS voor COMET in vergelijking met controleconditie over verloop van tijd (T1, T2, T3)

94

	COMET (N = 5)			Controle (N = 7)			Hoofd-effect tijd	Interactie tijd* conditie
	T1	T2	T3	T1	T2	T3		
PANSS POS	20,60 (13,58)	18,80 (10,01)	20,40 (8,68)	14,86 (3,76)	18,57 (3,36)	19,14 (4,30)	F = 1,38 p = 0,27	F = 2,83 p = 0,11
PANSS NEG	16,80 (7,26)	18,60 (4,76)	20,20 (4,82)	20,00 (6,48)	23,14 (5,82)	23,43 (6,71)	F = 3,08 p = 0,07	F = 0,15 p = 0,87
PANSS ALG	38,40 (9,61)	39,20 (7,46)	40,40 (7,50)	36,43 (7,83)	42,29 (6,37)	42,00 (4,76)	F = 1,89 p = 0,19	F = 0,75 p = 0,44
PANSS ACHT	3,40 (2,61)	3,20 (1,79)	2,20 (1,79)	2,71 (1,38)	3,14 (1,22)	3,43 (1,13)	F = 0,38 p = 0,68	F = 2,77 p = 0,09

### Subjectieve evaluatie

Er vonden geen incidenten tijdens de training plaats. Ook was het niet nodig om (medicamenteus) in te grijpen ten gevolge van psychotische ontregeling of anderszins. Alle participanten uit beide condities kwamen trouw op alle trainingsafspraken. Participanten uit de COMET-training reageerden allen positief na afloop van de training. Ook de participanten uit de controleconditie reageerden allen positief na afloop van de training *Grip op je leven*. De reacties uit de controleconditie sloten aan bij eerdere bevindingen na het aanbieden van deze training. Bij aanvang van de COMET-training waren de therapeuten enigszins bezorgd over de haalbaarheid van COMET-training bij deze doelgroep, gezien de beperkte belastbaarheid. Na afloop reageerden de therapeuten, net als de participanten, positief op de training. Wel werd tijdens het draaien van de COMET-training duidelijk dat de participanten er zelf niet aan toe kwamen om de huiswerkopdrachten uit te voeren. Ook de participanten uit de controleconditie lukte het niet om de huiswerkopdrachten te voltooien. Reacties van enkele participanten en therapeuten uit de experimentele conditie staan beschreven in tabel 4.

TABEL 4 *Illustratieve reacties van participanten en therapeuten op de COMET-interventie***Reacties van participanten**

Participant 1: Dit is waar het werkelijk om gaat. Deze training is erg belangrijk voor mij. Ik zou hier graag verder door mee willen gaan.

Participant 2: Door de training voel ik mij sterker en heb ik meer vertrouwen gekregen in mezelf. Ik heb zelfs minder behoefte om drugs te gebruiken.

Participant 3: Ik zag heel erg tegen de training op, maar ik vond het leuk en zinvol om te doen. Ik heb minder last van negatieve gedachten. Ik zou graag een vervolgtraining willen.

**Reacties van therapeuten**

Therapeut 1: Praktische en toepasbare positieve interventie om soms diepgewortelde overtuigingen te doen wankelen. De kracht van herhaling in de oefeningen geeft houvast voor de patiënten en behandelaars.

Therapeut 2: Ik vind het een mooie gestructureerde en overzichtelijke training. Alle deelnemers hebben zich enorm ingezet tijdens de bijeenkomsten, en het was mooi en motiverend om de ontwikkeling in de loop van de training waar te nemen. Het maken van de huiswerkopdrachten bleek in de praktijk lastig. Voor een eventuele vervolgtraining zou het wenselijk zijn om hier meer ondersteuning bij te bieden, bijvoorbeeld door een korte extra bijeenkomst in de week om te kunnen oefenen.

## DISCUSSIE

.....

In dit kleinschalige onderzoek werd voor het eerst gekeken naar COMET bij forensisch psychiatrische patiënten. Er werd verwacht dat bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis en paranoïde gedachten die COMET volgen het zelfbeeld zou verbeteren en dat paranoia zou afnemen, en dat deze verbeteringen sterker zouden zijn dan voor de patiënten in de controleconditie (treatment as usual). De hypothese werd deels bevestigd, namelijk wel wat betreft verbetering van het zelfbeeld, maar niet wat betreft afname van paranoia. Uit de analyses bleek dat er sprake was van een interactie-effect: de verbetering van zelfbeeld was sterker voor de patiënten in de experimentele conditie dan voor de patiënten in de controleconditie. Wat betreft de verbetering van het zelfbeeld bij de patiënten die COMET hadden gevolgd gedurende de tijd werd in post-hoc-analyses gezien dat er geen sprake was van een significant verschil tussen T1 en T2, en ook niet tussen T2 en T3. Er kan dus niet worden geconcludeerd dat er een verbetering

van het zelfbeeld plaatsvond tijdens de training zelf, maar wel dat er sprake was van een significant effect op zelfbeeld bij de laatste follow-upmeting ten opzichte van de eerste meting voor de training. Kortom, hoewel er geen duidelijk punt in tijd aan te wijzen is, kan worden geconcludeerd dat het zelfbeeld van de patiënten die COMET hadden gevolgd significant verbeterde in de periode van de training tot aan de laatste meting. De bevinding dat het zelfbeeld verbeterde, is in lijn met eerdere onderzoeken uitgevoerd naar COMET in andere Nederlandse patiëntenpopulaties (Korrelboom et al., 2009, 2011, 2017; van der Gaag, van Oosterhout et al., 2012).

Het meedoen aan COMET leidde in dit onderzoek niet tot vermindering van paranoia. Op de zelfrapportagevragenlijst, de GAGS, werden geen significante effecten gevonden. Ook was er geen interactie-effect. Dit betekent dat paranoia tijdens het huidige onderzoek voor beide condities niet toe- of afnam. Er werd vooraf verwacht dat het invullen van een vragenlijst over achterdocht bij participanten die veel last hebben van achterdocht mogelijk ingewikkeld zou zijn of dat de participanten door hun achterdocht niet in staat zouden zijn om op alle items een eerlijk antwoord te geven. Om die reden is exploratief gekeken naar de resultaten van het interview, specifiek het item 5 Achterdocht op de PANSS. Het ontbreken van een effect op achterdocht kan mogelijk verklaard worden door verschillende factoren. Ten eerste wordt gezien dat het zelfbeeld over de drie meetmomenten toeneemt en niet specifiek ten tijde van de training (tussen T1 en T2). De verwachting was dat na toename van het zelfbeeld de achterdocht zou afnemen, aangezien COMET zich in eerste instantie richt op verbetering van het zelfbeeld. De follow-up vond plaats na 8 weken. Mogelijk is deze periode te kort geweest om een effect op paranoia te zien en vindt een afname van paranoia na dit onderzoek alsnog plaats. Ten tweede is het mogelijk dat de mate van paranoia van invloed is geweest op het eerlijk invullen van de zelfrapportagevragenlijst, waardoor de mate van achterdocht bij de eerste meting lager gerapporteerd werd dan werkelijk het geval was. Als laatste zou het kunnen dat andere factoren dan alleen zelfbeeld de achterdocht in stand houden bij deze doelgroep en er andere interventies nodig zijn om de paranoia te reduceren.

Wanneer gekeken wordt naar de effecten op de PANSS, op de drie verschillende schalen, dan worden er geen effecten gezien met betrekking tot ernst van de psychotische symptomen. Dit betekent dat COMET en de controleconditie niet leidden tot een af- of toename van psychotische symptomen. Positief is dat de symptomen niet in ernst toenamen door deelname aan een van beide trainingen. Dit resultaat sluit overigens aan bij de klinische observaties. Geen van de participanten is tijdens of direct na de training psychotisch gedecompenseerd dan wel psychiatrisch verslechterd. COMET is specifiek gericht op de verbetering van het zelfbeeld en niet op de behandeling van psychotische klachten. *Grip op je leven* is specifiek geschreven voor deze doelgroep, met name om de motivatie tot therapie en algemene



vaardigheden te vergroten. Ook deze training is niet specifiek gericht op het behandelen van de psychotische symptomen.

Hoewel er in het huidige onderzoek sprake is van een kleine steekproef, heeft het toch relevantie voor de klinische praktijk. Naast het effect op zelfbeeld hebben bijna alle participanten de training gevolgd, alle sessies bijgewoond en afgerond. Eén participant was vanwege ziekte van zijn therapeut niet in de gelegenheid om de sessies van COMET te volgen en de training af te maken. Een groot probleem bij deze forensische doelgroep is een gebrek aan motivatie voor behandeling. Regelmatig stoppen patiënten voortijdig met therapie, omdat ze het niet kunnen opbrengen, ze te paranoïde zijn of er andere problemen spelen. Opvallend is dan ook dat er geen enkele patiënt zelf de keuze heeft gemaakt om te stoppen tijdens de training. Het afmaken van de training gold zowel voor de experimentele conditie als de controleconditie. De controleconditie bestond uit de training *Grip op je leven*. Deze training is speciaal ontwikkeld voor chronisch psychiatrische patiënten met weinig behandelmotivatie. COMET is echter niet speciaal voor deze doelgroep ontwikkeld. Zowel de patiënten als de therapeuten waren na afloop enthousiast over de training. Dat COMET voor negatief zelfbeeld kan worden toegepast bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid, zoals schizofrenie, is al eerder onderzocht (de Valk, van der Drift, & Korrelboom, 2012; van der Gaag, van Oosterhout et al., 2012). Beide studies zijn uitgevoerd bij patiënten die verbonden waren aan een ambulante behandelteam. De huidige studie laat zien dat patiënten die opgenomen zijn binnen een forensisch psychiatrische kliniek en te kampen hebben met chronisch psychotische problematiek tevens kunnen deelnemen aan COMET. Voor alle deelnemers geldt dat zij de training als waardevol hebben ervaren. Een groot deel heeft zelfs gevraagd of er een vervolgtraining kan komen. Binnen de forensische psychiatrie is deze doelgroep een probleem wat betreft doorstroom richting de reguliere psychiatrie. Zoals eerder beschreven hebben patiënten te kampen met een grote lijdensdruk en ontstaat er vaak een impasse binnen de forensische behandeling. Het verbeteren van het zelfbeeld kan een belangrijke eerste stap zijn om verder te werken aan herstel. De huidige bevindingen in combinatie met de klinische indruk motiveren om COMET in te zetten voor patiënten met een (chronisch) psychotische stoornis en een negatief zelfbeeld binnen de forensische psychiatrie. Kortom, het lijkt zinvol om de mogelijkheden van deze interventie verder te ontwikkelen, specifiek voor deze doelgroep.

### *Beperkingen van het onderzoek*

Het huidige onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste maakt deze studie gebruik van een kleine steekproef. Hoewel gestreefd werd naar een zo groot mogelijke groep, bleek in de praktijk dat een grotere groep niet haalbaar was. Hierdoor is er sprake van een powerprobleem. Het is dan ook

van belang dat dit onderzoek gerepliceerd wordt met een grotere groep om de gestelde hypothesen onder optimale condities te bevestigen dan wel te ontkrachten. Een andere beperking die zich tijdens deze studie manifesteerde is dat het uitvoeren van de huiswerk oefeningen lastig was voor de deelnemers. Zowel in de experimentele als in de controleconditie vonden patiënten het lastig om de opgegeven oefeningen daadwerkelijk uit te voeren. Voor COMET is het een belangrijk onderdeel van de training dat patiënten elke dag de oefeningen uitvoeren. Patiënten hebben vaak jarenlang met een negatief zelfgevoel rondgelopen en om dit te veranderen is er een meer intensieve training nodig dan alleen de trainingsbijeenkoms een keer per week. Overigens gold ook voor de controleconditie dat de patiënten er zelf niet voldoende aan toe kwamen om de huiswerk opdrachten te maken.

In deze studie is voornamelijk gebruikgemaakt van zelfrapportagevragenlijsten. Een bevinding is dat bijna alle patiënten bij aanvang van de studie al een relatief hoge score op de RSES (zelfbeeld) hebben. Zo werd in een eerder onderzoek naar COMET bij patiënten met een eetstoornis een stijging in gemiddelde RSES-scores gevonden van 20,0 naar 23,6 (Korrelboom et al., 2009) en bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis van 20,7 naar 25,6 (Korrelboom et al., 2011), terwijl de patiënten in de huidige studie veranderen van 26,4 naar 33,2. Er bestond een discrepantie in wat de participanten tijdens de gesprekken aangaven en wat zij invulden op een zelfrapportagevragenlijst over zelfbeeld. Voor een volgend onderzoek naar zelfbeeld binnen de forensisch psychiatrische populatie zou gebruikgemaakt kunnen worden van een impliciete maat om zelfbeeld te meten, bijvoorbeeld van de Implicit Association Task (IAT; Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). Eenzelfde bevinding met zelfrapportage doet zich mogelijk voor bij de meting van achterdocht. Op de zelfrapportagevragenlijst, de GAGS, doen zich geen effecten voor. Wanneer gekeken wordt naar het item 5 Achterdocht op de PANSS tussen meetmoment 2 en meetmoment 3, wordt er wel een trend gezien bij de experimentele conditie in vergelijking met de controleconditie, namelijk een afname van achterdocht, hoewel er aangetekend dient te worden dat deze niet significant is. De correlatie tussen de GAGS en de PANSS is matig en niet significant, namelijk 0,43. Verder onderzoek, met een grotere sample, zou kunnen uitwijzen of er verschillen zijn tussen zelfrapportage en gestructureerde observatie. Op basis van bovenstaande bevindingen kan geadviseerd worden dat, naast zelfrapportagevragenlijsten bij forensisch psychiatrische patiënten, het van belang is om tevens andere maten mee te nemen, teneinde een completer en betrouwbaarder beeld te krijgen van de effecten van interventies. Eerdere studies naar zelfrapportage bevestigen de moeilijkheid van het afnemen van zelfrapportagevragenlijsten bij forensisch psychiatrische patiënten wanneer het onder andere gaat over de evaluatie van behandelprogramma's (Hornsveld et al., 2017).

*Aanbevelingen*

Naar aanleiding van deze studie worden een aantal conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor de praktijk en verder onderzoek. COMET voor zelfbeeld kan worden toegepast binnen de forensisch psychiatrische kliniek, bij patiënten met chronische psychotische problematiek en paranoia. Het zelfbeeld neemt voor deze patiëntengroep toe na deelname aan COMET, paranoia neemt echter (nog) niet af. Deze groep patiënten staat bekend als therapieresistent, wat geldt voor zowel medicamenteuze behandeling als voor psychologische interventies. De huidige studie toont echter aan dat het wel degelijk mogelijk is effecten te bereiken op een belangrijke transdiagnostische factor: zelfbeeld. De klinische indruk, alsmede de reacties van de participanten zijn eveneens positief. Derhalve biedt het huidige onderzoek aanknopingspunten om COMET verder in te zetten en te vervolgen bij deze doelgroep. Nader onderzoek is echter noodzakelijk om verdere effecten te bestuderen. Belangrijk is dat COMET aangepast wordt voor de specifieke doelgroep, waarbij rekening wordt gehouden met hun beperkte belastbaarheid en cognitieve problemen, en dat er meer ondersteuning en structuur wordt geboden bij het uitvoeren van de huiswerkopdrachten. Tevens kan worden bedacht dat het huidige onderzoek een eerste studie was, met een kleine groep en een beperkte looptijd, die enkele interessante richtingen geeft die verder onderzocht moeten worden in een grotere groep en met een langere looptijd. Daarnaast verdient het aanbeveling om deze studie te repliceren bij een groep niet-forensische patiënten met een chronische psychotische stoornis en paranoia.

**Eva Bloemers** is klinisch psycholoog en verbonden aan Kick Your Habits, Amsterdam en Utrecht.

**Vivienne de Vogel** is verbonden aan De Forensische Zorgspecialisten, Utrecht.  
*Correspondentieadres:* Vivienne de Vogel, Afdeling Onderzoek De Forensische Zorgspecialisten, Postbus 174, 3500 AD Utrecht. E-mail: vdevogel@dfzs.nl.

**Summary** *COMET for self-esteem and paranoia in paranoid patients: A small-scale RCT in forensic psychiatry*

Forensic psychiatric care includes a group of inpatients suffering from psychosis and paranoia, which is associated with poor clinical outcome and chronic hospitalisation. The aims of this randomized controlled trial study were to evaluate the efficacy of COMET, a cognitive behavioural intervention aimed at improving self-esteem in chronic psychotic patients who also suffer from paranoia, and to examine improvement of self-esteem and reduction of paranoia. The COMET intervention was compared to treatment as usual (TAU), a training named *Grip op je leven* (translated: 'Get a grip on your life'). Assessments at

baseline, 10 weeks (post treatment) and 8 weeks follow-up were carried out with five patients in the experimental condition and seven in the control condition. The primary outcomes were self-esteem and paranoia, as measured with the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Green Paranoid Thoughts Scale. All patients who received the interventions completed the training. Post treatment results showed a significant improvement on self-esteem in the five patients who received COMET, but no reduction on paranoia. More research is needed with a larger sample.

**Keywords** COMET, paranoia, self-esteem, forensic, psychosis

### Literatuur

- Bell, M., Milstein, R., Beam-Goulet, J., Lysaker, P., & Cicchetti, D. (1992). The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale: Reliability, comparability, and predictive validity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 723-728.
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189, 10-20.
- de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2005). *Behandelstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Valk, R., van der Drift, S., & Korrelboom, K. (2012). Versterken van het zelfbeeld bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid. *Directieve Therapie*, 32, 212-229.
- Everaert, J., Koster, E. H., Schacht, R., & De Raedt, R. (2010). Evaluatie van de psychometrische eigenschappen van de Rosenberg zelfwaardeschaal in een poliklinisch psychiatrische populatie. *Gedragstherapie*, 43, 307-317.
- Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., ... Garety, P. (2006). The Brief Core Schema Scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36, 749-759.
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychologica Belgica*, 48, 25-35.
- Freeman, D., & Garety, P. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 407-414.
- Freeman, D., Pugh, K., Dunn, G., Evans, N., Sheaves, B., Waite, F., ... Fowler, D. (2014). An early phase II randomised controlled trial testing the effect on presecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: The potential benefits of enhancing self confidence. *Schizophrenia Research*, 160, 186-192.
- Goethals, K. (2008). *Diagnostic comorbidity and circumstantial risks in psychotic offenders: An exploratory study* (Proefschrift). Enschede: PrintPartners Ipskamp.
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., ... Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: A test of predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 116, 280-289.
- Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: The Green Paranoid Thought

- Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38, 101-111.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464.
- Hornsveld, R., Kraaamaat, F., Muris, P., Nijman, H., Zwiers, A., Roza, S., & van Marle, H. (2017). Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie. *Gedragstherapie*, 50, 277-291.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1986). Positive and negative syndromes in schizophrenia as a function of chronicity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 507-518.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-76.
- Kesting, M.-L., & Lincoln, T. M. (2013). The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: A systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 766-789.
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, C. W., de Jong, M., 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., & van Assendelft, T. (2011). COMET for treating low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized clinical trial. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19.
- Korrelboom, K., Staring, T., & van Loon, R. (2017). Verbetering van zelfwaardering verlaagt paranoïde ideatie bij patiënten met angststoornissen: Effecten van COMET en EMDR 'rechtsom'. *Directieve Therapie*, 37, 21-42.
- Larkin, W., & Morrison, A. P. (2009). *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*. London: Routledge.
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., ... Davis, J. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 382, 951-962.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescence self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Smith, B., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., ... Dunn, G. (2006). Emotion and psychosis: Direct links between schematic beliefs, emotion and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86, 181-188.
- Tarrier, N. (2002). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 79-107). Hove: Routledge.
- Turner, D. T., Burger, S., Smit, F., Valmaggia, L. R., & van der Gaag, M. (2020). What constitutes sufficient evidence for case formulation-driven CBT for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and

- delusions. *Schizophrenia Bulletin*. doi: 10.1093/schbul/sbaa045
- van der Gaag, M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose, theorie, diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- van der Gaag, M., Valmaggia, L., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156, 30-37.
- van der Gaag, M., van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I. E., & Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effect of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 158-171.
- van Dongen, J. D. M., Buck, N. M. L., Kool, A. M., & van Marle, H. J. C. (2011). Psychometric evaluation of the Dutch persecutory ideation questionnaire (PIQ) and its relation to aggression. *Personality and Individual Differences*, 51, 527-531.
- Williams-Keeler, L., Milliken, H., & Jones, B. (1994). Psychosis as a precipitating trauma for PTSD: A treatment strategy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 493-498.
- Wolthaus, J. E. D., Dingemans, P. M. A., Schene, A. H., Linszen, D. H., Knegtering, H., Holthausen, E. A. E., ... Hijman, R. (2000). Component structure of the Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) in patients with recent-onset schizophrenia and spectrum disorders. *Psychopharmacology*, 150, 399-403.