



Een oude bekende binnen de moderne ggz

COMET-training voor positiever zelfbeeld als transdiagnostisch behandelaanbod

Bij GGZ Centraal in Flevoland wordt een behandelaanbod-overstijgende Competitive Memory Training (COMET) aangeboden waarmee een positiever zelfbeeld wordt ontwikkeld. De training is tot dusver twee keer gegeven. In dit artikel wordt beschreven hoe deze training tot stand gekomen is en hoe de samenwerking tussen de betrokken behandelaren is ingericht. De auteurs, die alle vier COMET-training gaven bij GGZ Centraal, staan ook stil bij de ervaringen tot dusver van patiënten en behandelaren.

Door Marjolein Hof, Linda Doef,
Hannah van den Eshof en Niels Kool

De aanleiding voor het aanbieden van de behandelaanbod-overstijgende COMET-training is een grote reorganisatie, ingezet in 2018, waarbij gebiedsteams zijn gerealiseerd. Patiënten worden niet meer geïncludeerd op basis van een (hoofd) diagnose, maar starten het behandeltraject met een intake binnen een gebiedsteam. Daaraan worden ze toegekend op basis van hun postcode. De specialistische teams (bijvoorbeeld Angst- en Stemming) zijn samengevoegd met de F-ACT teams. Hierdoor zijn er in totaal acht gebiedsteams in Flevoland gevormd, waarin behandelaren multidisciplinair samenwerken. Na een intake wordt er bepaald welke behandeling geïndiceerd is op basis van de klachten en de hulpvraag, bijvoorbeeld CGT, farmacotherapie, een persoonsgerichte- of traumabehandeling of een combinatie hiervan. Naast de gebiedsteams zijn er overstijgende afdelingen, zoals Persoonlijkheidsstoornissen, Ouderen en Vaktherapie (PMT, ergotherapie). De regiebehandelaar uit het gebiedsteam blijft te allen tijde (hoog- of laagfrequent) betrokken gedurende de behandeling, ook als de patiënt een overstijgende behandeling volgt, zoals de COMET-training.

Naast het begeleiden en behandelen wordt er ingezet op samenwerking met ketenpartners zoals wijkteams, huisartsen en het

Een negatief zelfbeeld komt bij verschillende stoornissen voor en kan diverse problemen in stand houden

systeem van de patiënt. Op deze manier kan de zorg voor de patiënt makkelijk op- en afgeschaald worden als de omstandigheden hierom vragen, bijvoorbeeld bij een crisis. Bovengenoemde reorganisatie valt samen met een moderne diagnostische benadering, waarbij er over de 'diagnostische hokjes' heen wordt gekeken aan de hand van transdiagnostische factoren. Met deze stoornis-overstijgende aspecten worden symptomen bedoeld die bij verschillende psychiatrische stoornissen voorkomen. Een negatief zelfbeeld is een voorbeeld van zo'n transdiagnostische factor (Mann et al., 2004). Deze kan diverse internaliserende problemen (zoals depressie en eetstoornissen), maar ook externaliserende problemen (zoals agressie en middelenmisbruik) in stand houden. Dit wordt multifinaliteit genoemd; één oorzaak kan voor meerdere eindresultaten zorgen.

Met de komst van de gebiedsteams en het inrichten van de behandelprogramma's, was het een logische stap het behandel aanbod hierop aan te laten sluiten.

Onze motivatie om dit artikel te schrijven is dat wij willen weergeven hoe de COMET-training wordt aangeboden als overstijgend

behandelaanbod binnen de moderne ggz en hoe de samenwerking tussen de betrokken behandelaren zo ingericht kan worden dat de patiënt het meest van de training kan profiteren. Daarnaast staan we stil bij de ervaringen van patiënten en behandelaren. We zullen minder ingaan op de uitvoering van de training zelf, aangezien die in september 2020 in dit tijdschrift uitgebreid beschreven is vanuit een verslavingszorg-perspectief (Welling et al., 2020). Verder verwijzen wij naar Korrelboom (2011) voor het protocol van de COMET-training.

Aanmelding en afstemming

Patiënten die worden aangemeld voor de COMET-training binnen GGZ Centraal in Flevoland zijn al in behandeling bij een gebiedsteam. Wat volgt is een indicatiegesprek met een van de behandelaren die tevens de COMET-training zal verzorgen, hier verder trainer genoemd. In dit indicatiegesprek wordt er onder andere stilgestaan bij het doel van de groep, de verwachtingen ten aanzien van het maken van het huiswerk, praktische afspraken zoals het moment en tijdstip van de groep en de afstemming met het gebiedsteam. Zo worden (groeps-) normen gemarkeerd en expliciet gemaakt. Ook wordt er besproken, conform het protocol, of de patiënt in staat is iets positiefs over zichzelf te benoemen, aangezien het doel van de training is om te werken aan een positiever zelfbeeld, en of het doel van de groep aansluit bij de hulpvraag van patiënt. Belangrijk is dat er vervolgens afstemming plaatsvindt met de regiebehandelaar van de patiënt uit het gebiedsteam. De patiënt is hiervan tijdens het indicatiegesprek op de hoogte gebracht en heeft uitgelegd

gekregen dat er gedurende de hele training afstemming plaatsvindt. Als er overleg is geweest, wordt er aan de patiënt teruggekoppeld wat er besproken is, zodat er transparantie behouden blijft. Tevens kunnen patiënten aansluiten bij de overlegmomenten.

Indien een patiënt nog niet in staat is iets positiefs over zichzelf te benoemen, komt de training te vroeg, omdat die mogelijk tot frustratie of in een slechter geval tot het versterken van een negatiever zelfbeeld zou kunnen leiden. In dit geval zal de trainer tijdens de afstemming met de verwijzende collega uit het gebiedsteam bespreken hoe een patiënt bij een volgende groep kan instromen door in de tussentijd gedurende individuele gesprekken voorbereidend werk te doen. Wanneer een patiënt kan deelnemen aan de COMET-training wordt dit in het behandelplan opgenomen, inclusief doelen en het moment van evaluatie.

Afstemming trainers en verwijzende behandelaren

Tijdens het opzetten van de COMET-training was het een aandachtspunt om afstemming tussen de trainers en verwijzende behandelaren uit de gebiedsteams frequent en eenvoudig plaats te laten vinden. Behandelaren uit de gebiedsteams werden op de hoogte gehouden van de instroommomenten van de gesloten training. Na het indicatiegesprek was er contact met de verwijzende collega, aan het einde van de groep en indien nodig gedurende de training. Aan het eind van de training kreeg de verwijzende behandelaar een terugkoppeling van de training met de scores van de afgenomen vragenlijsten. Op deze manier werken alle behandelaren sa-

men ten behoeve van het herstel van de patiënt en is het streven dat de patiënt het ook als een integratieve behandeling ervaart.

De trainers, tevens de auteurs van dit artikel, waren allen werkzaam als behandelaar in verschillende gebiedsteams of een overstijgende afdeling (persoonlijkheidsstoornissen). Zij blokten wekelijks tijd in hun agenda voor de voorbereiding en het geven van de training.

Bij voldoende aanmeldingen kon er direct gestart kon worden met de training, waardoor de wachttijd zo kort als mogelijk bleef. In de dagelijkse praktijk vult een agenda zich snel door (extra) werkzaamheden binnen een team, bijvoorbeeld bij een crisis of het overnemen van werk van een zieke collega. Deze training wordt echter overstijgend boven alle teams aangeboden en hierdoor is de ervaring dat trainers het gemakkelijk(er) vonden deze tijd ook vrij te houden.

Een ander voordeel van deze manier van samenwerken is dat de trainers zich volledig kunnen richten op het geven van de training en de taak. Trainers zijn niet verantwoordelijk voor het ondersteunen of behandelen van de patiënt. Indien er zich bij de patiënt bijvoorbeeld een crisis voordoet, wordt dit door de (regie)behandelaar binnen het gebiedsteam opgepakt. Er wordt niet afgeweken van het protocol en dat kan daardoor in een zo'n kort mogelijke periode afgerond worden.

Opzet COMET-training

Zoals eerder vermeld is voor de opzet van de COMET-training gebruikgemaakt van het COMET-protocol (Korrelboom, 2011).

De training bestaat uit acht bijeenkomsten in groepsverband. Voordat de Covid-19-maatregelen ingingen, bestond de groep uit tien patiënten en twee trainers. Daarna is het aantal patiënten teruggeschroefd naar maximaal zeven. Op deze manier kon er voldoende afstand bewaard worden in de groepsruimte. Er is voor gekozen de training

Tijdens de training wordt er niet ingegaan op de achterliggende klachten

wel op locatie te blijven geven, gezien het sterk interactieve karakter van de training. Dit werd door zowel trainers als patiënten ervaren als cohesieversterkend. De verwachting was dat de training online zou zorgen voor een vermindering van de spontaniteit en van de kwaliteit van samenwerking, wat het groepsproces nadelig zou beïnvloeden.

Gedurende de bijeenkomsten oefenen de patiënten, veelal in tweetallen, veel samen. Tussen de bijeenkomsten door gaan patiënten zelfstandig aan de slag met behulp van het van tevoren aangeschafte werkboek *Verbeter uw zelfbeeld in 7 stappen* (Korrelboom, 2011). Als voor- en nameting wordt de Rosenberg Self Esteem-vragenlijst afgenomen (Rosenberg, 1965) en na elke bijeenkomst wordt de Group Session Rating Scale afgenomen (Duncan et al., 2003).

Deelnemers

Vanuit verschillende gebiedsteams en het deelspecialisme Persoonlijkheidsstoornis-

sen hebben er uiteindelijk dertien patiënten aan de twee trainingen meegedaan. Het betrof negen vrouwen en vier mannen, met een gemiddelde leeftijd van 29,9 jaar (range 21-60 jaar). Diagnostisch gezien betrof het deelnemers met angst-, stemmings-, psychotische en persoonlijkheidsproblematiek. De deelnemers kenden elkaar niet en waren niet op de hoogte van elkaars problematiek. Tijdens de trainingsbijeenkomsten wordt er niet ingegaan op de achterliggende klachten, behalve wanneer die het proces belemmeren. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt zoveel angstklachten heeft of last heeft van het horen van stemmen, dat het maken van huiswerk moeilijk verloopt. Onze ervaring is dat ondanks de heterogeniteit van de groep patiënten veel herkenning vinden bij elkaar. Door te focussen op het versterken van het zelfbeeld en de oefeningen die veelal samen worden gedaan tijdens de training, wordt de cohesie binnen de groep vergroot.

Aan de slag!

Patiënten werden gestimuleerd op elkaar te reageren. De trainers merkten interacties onderling op, en markeerden deze op een positieve manier. Ook werden er vragen gesteld als 'hoe is dit voor een ander?' of 'herkennen jullie je daarin, dat je je gespannen voelt voor een oefening?'. De trainers keken ook rustig de zaal rond om zo te monitoren of alle patiënten aan bod kwamen. De interventies werden ingezet om de groep met elkaar te verbinden, om zo taakgericht en actief aan de slag te gaan. Het gevolg was dat patiënten zich herkenden in elkaars patronen en dat bevorderde de cohesie, waardoor zij elkaar zichtbaar gingen onder-

steunen en stimuleren tijdens het oefenen. De trainers liepen tijdens het oefenen bewust niet rond, met als achterliggende gedachte dat een 'onder-houding' bij de trainers een 'boven-houding' bij de patiënten activeert. Patiënten konden bij onduidelikheden over de oefeningen natuurlijk wel vragen stellen.

Een mogelijke valkuil tijdens de training is dat er te veel 'gesproken wordt over' in plaats van aan de slag gaan met actieve ervaringsgerichte oefeningen. Om het ervaringsgerichte werken te stimuleren was er een duidelijke structuur tijdens de sessies. Zo werd vooraf de agenda besproken, zodat duidelijk was dat het grootste gedeelte van de sessie gericht was op het ervaren en het oefenen met elkaar. Daarnaast werden moeilijke of spannende oefeningen voorgedaan door de therapeuten (*modeling*), zodat de groep hiervan kon leren. Patiënten werden aangemoedigd te wisselen van partner tijdens de oefeningen, om mogelijk veiligheidsgedrag te voorkomen. Na de oefening werden de ervaringen besproken en werden patiënten uitgenodigd om elkaar feedback te geven.

De trainers

Tot op heden is de training gegeven door psychologen (gz-psychologen i.o. en klinisch psychologen i.o.). De training kan naar ons idee ook gegeven worden door collega's met een verpleegkundige of agogische achtergrond. Hierbij is het naar ons idee wel van belang dat trainers groepsdynamische processen kunnen opmerken en (enigszins) kunnen sturen, zoals hierboven vermeld. Hiernaast is het van belang dat de trainers

reflecteren op hun eigen handelen. Na elke bijeenkomst werd er niet alleen gereflecteerd op de voortgang van de patiënten, maar ook besproken hoe de samenwerking tussen de trainers verliep. Daarbij werden de cohesie-bevorderende interventies met elkaar besproken en wat de trainers van elkaar nodig hebben, waardoor er ook meer diepgang ontstaat in de samenwerking en de analyse van het groepsproces. Het is goed voor te stellen dat een ervaren trainer, met zowel inhoudelijke kennis als ervaring met groepsbehandelingen, de training geeft met een meer onervaren trainer.

*Patiënten zeiden niet
langer enkel te 'weten' dat
zij positieve eigenschappen
te hebben, maar dit nu
ook te 'ervaren'*

Voor beide trainers is het van belang zich bewust te zijn van het diverse klachtenpatroon van de deelnemers, maar zich hierdoor niet te laten leiden. Een aanmoedigende en onvoorwaardelijk positieve basishouding van de trainers leidde tijdens de twee gegeven trainingen tot een functionele samenwerking. Daarbij bleek het meerwaarde te hebben wanneer de trainers zelf ook iets vertelden over eigen onzekerheden en hoe zij hier in het dagelijks leven aan werken (*self-disclosure*). Naast deze motiverende en betrokken houding bleek ook dat patiënten die meer afwachtend zijn, juist kunnen profiteren van trainers die

vaker 'achteroverleunen' en zo de ruimte bieden aan patiënten om actiever worden.

Voor- en nameting

Bij aanvang en na afronding van de training hebben deelnemers de Rosenberg Self-Esteem Scale ingevuld, een zelfrapportage-vragenlijst met tien items om ervaren zelfwaardering te meten (Rosenberg, 1965). De uitkomst van de vragenlijst betreft een totaalscore van 0 tot 30 waarbij een hogere score duidt op een hogere zelfwaardering. Een score tussen de 0 en 15 wijst op een laag zelfbeeld, een score tussen de 15 en 25 wijst op een normaal zelfbeeld en een score tussen de 25 en 30 wijst op een hoog zelfbeeld. Bij aanvang van de training scoorden de deelnemers gemiddeld 9,5 punten, wat wijst op een laag zelfbeeld. Na afronding van de training scoorden de deelnemers gemiddeld 16,7 punten, wat wijst op een normaal zelfbeeld.

Ervaringen van patiënten

Patiënten ervoeren de COMET-training over het algemeen als een waardevol onderdeel van hun behandeltraject. Meerdere patiënten gaven na de training aan niet langer enkel te 'weten' dat zij positieve eigenschappen te hebben, maar dit nu ook te 'ervaren'. Enkele andere patiënten merkten op dat het ervaren van een positiever zelfbeeld ook een positieve invloed heeft op hun stemming. Eén patiënt gaf aan moeite te hebben met het uitvoeren van de imaginatie-oefeningen omdat het niet lukte een positieve eigenschap van zichzelf in te beelden. Hierdoor werd zij vooral met het zeer negatieve beeld van zichzelf geconfronteerd. Dit be-

vestigt toch weer het belang van de basisvoorwaarde voor deelname aan de groep, namelijk dat er onder het negatieve zelfbeeld wel een positieve eigenschap genoemd moet kunnen worden om op voort te kunnen bouwen.

De patiëntenreis van Ineke

Vanuit een van de gebiedsteams wordt Ineke, een 24-jarige vrouw, door haar regiebehandelaar aangemeld voor de COMET-training. Naast ernstige depressieve gedachten kent Ineke ook waardeloosheidsgedachten. Ze komt uit een gezin met zes kinderen en woont nog thuis met haar ouders en een zus. Ze heeft enkele goede vrienden en in haar vrije tijd houdt ze van lezen, gamen, series kijken en doedelzak spelen met haar vader. Na behandeling in het gebiedsteam, die onder andere bestaat uit farmacotherapie en verdere diagnostiek, wordt ze aangemeld voor een indicatiegesprek met een COMET-trainer. Hieruit blijkt dat Ineke mogelijk baat kan hebben bij de training. Een maand na dit gesprek start de training en na acht bijeenkomsten heeft zij die afgerond. Op de Rosenberg Self Esteem Scale scoort ze bij haar voormeting 13 (laag zelfbeeld) en bij haar nameting 18,5 (normaal zelfbeeld). Wat de trainers het meest is bijgebleven is de muziek (stap 5d in de COMET-training, emotioneel versterkende tegenvoorbeelden: muziek): zichtbaar trots laat zij een opname van een optreden met haar doedelzak aan de groep horen. Een maand na de laatste COMET-bijeenkomst rondt Ineke in overeenstemming met haar behandelaars uit het gebiedsteam de behandeling af.

Ineke wordt een jaar na de afronding van haar behandeling telefonisch benaderd en om haar ervaring met haar 'patiëntenreis' gevraagd.

Ze vertelt dat zij snel aan het beurt was voor een intake binnen het gebiedsteam en dat de behandelonderdelen, zoals diagnostisch onderzoek en de COMET-training, aansloten. Het contact met haar behandelaren is haar bevallen. 'Ik had eindelijk iemand om mee te praten, iemand die op afstand van mij stond maar mij wel begreep.' Ze kon hierdoor vertellen over zichzelf zonder een schuldgevoel te ervaren. Overlegmomenten tussen de behandelaren heeft zij als 'goed' ervaren. Er werd uitgelegd waarom er werd overlegd en soms was zij hier ook bij aanwezig. De COMET-training vond ze 'heel fijn'. Tijdens de training ontmoette Ineke anderen die hetzelfde probleem hadden. Zowel dit lotgenotencontact als het aan de slag gaan met opdrachten heeft haar geholpen. 'Ik kon eindelijk mijn zorgen kwijt en ik kreeg handvatten om hiermee om te gaan. Ik heb iets nieuws geleerd, door telkens kleine opdrachten te maken. Ik heb ermee leren omgaan en ermee leren leven.'

De patiëntenreis van Merel

Vanuit een gebiedsteam wordt de 35-jarige Merel aangemeld voor de COMET-training door haar regiebehandelaar. Merel is al enige tijd in zorg bij het gebiedsteam vanwege depressieve en psychotische klachten. Eerder heeft zij een behandeling voor persoonlijkheidsproblematiek gehad. Onderliggend was er sprake van een negatief zelfbeeld. In april 2020 voert zij met een behandelaar van de COMET-training een indicatiegesprek waaruit blijkt dat ze mogelijk baat kan hebben bij de training. Zij start hiermee in juni en rondt de training in augustus af. Eén bijeenkomst heeft zij in verband met ziekte moeten missen. Op de Rosenberg Self Esteem Scale scoort Merel bij haar voormeting een 7 (laag zelfbeeld). Tijdens de nameting is haar score 12, wat

tevens een laag zelfbeeld weergeeft (vanaf score 15 is sprake van normaal zelfbeeld).

Terugkijkend zegt Merel enige baat te hebben gehad bij de training. Zij is tevreden met de toename op de Rosenberg Self Esteem Scale, maar zegt dat ze de training als pittig heeft ervaren. Voor de start ervoer ze voornamelijk negatieve eigenschappen van zichzelf, nu kan ze haar aandacht ook richten op enkele positieve eigenschappen. Tevens zegt Merel wat minder zwart-wit te denken en de positieve eigenschappen beter te kunnen vasthouden. Desondanks is het voor haar lastig gebleken om de geleerde vaardigheden uit de training in te zetten in haar dagelijks leven. Hoewel het tijdens de training goed lukte om de imaginatie-oefeningen te doen, belemmeren de auditieve hallucinaties die zij ervaart haar bij het concentreren op de oefeningen thuis. Dit bemoeilijkt het bestendigen van de vaardigheden aanzienlijk. Voor de vervolghandeling binnen het gebiedsteam is aan zowel Merel als haar behandelaar geadviseerd om de COMET-vaardigheden te blijven oefenen en te zoeken naar manieren waarop ze dit voor zichzelf kan bestendigen. Over de organisatie van de zorg zegt Merel dat ze verbinding tussen de training en het vervolgstuk van haar behandeling heeft gemist. Hoewel er wel contact was tussen de behandelaren van het gebiedsteam en de trainers, ervoer ze het als losse stukken en zou haar advies aan de behandelaren zijn de vormen van therapie (nog) meer te integreren. Als voorbeeld kan hier gedacht worden aan het laten aansluiten van de COMET-trainer(s) tijdens een behandelplanbespreking. Merel denkt dat dit haar zou hebben geholpen om verder te gaan met het oefenen en zich de vaardigheden meer eigen te maken in haar dagelijks leven.

Ervaring behandelaren

We hebben zes verwijzende collega's met verschillende disciplines uit de gebiedsteams en deelspecialismes gevraagd hun ervaringen aangaande de COMET-training met ons te delen. Unaniem verklaarden zij COMET een waardevol overstijgend aanbod te vinden als aanvulling op het bestaande behandelprogramma. De doelen van de training sluiten aan bij een grote groep patiënten met verschillende vormen van problematiek. Zij ervaren het als efficiënter en effectiever om dit in groepsvorm en behandeling-overstijgend aan te bieden. Patiënten zijn vaak langdurig in behandeling, waarbij het verbeteren van het zelfbeeld meestal een indirect doel van de behandeling is. Door het expliciet als doel te stellen en het in groepsvorm aan te bieden wordt dit doel eerder behaald.

Verskillende behandelaren stellen dat timing hierbij belangrijk is. Bij sommige patiënten is het passend om aan het begin van de behandeling met het zelfbeeld aan de slag te gaan, omdat het meer vertrouwen geeft om ook doelen op andere gebieden te behalen. Voor andere patiënten is het passend om aan het eind van de behandeling actief te werken aan het zelfbeeld, nadat andere klachten zijn opgeklaard, voor verdere stabilisatie, het beter kunnen omgaan met klachten en het voorkomen van terugval. Zij raden daarbij aan goed te kijken naar de voorwaarden om te kunnen profiteren van de groep. Enkele voorbeelden zijn aangedragen, waarbij timing en onvoldoende inbedding van de COMET-training binnen het behandeltraject interfererend werkte. Hierbij kan gedacht worden aan het overvragen van patiënten door verschillende therapieën

naast elkaar aan te bieden, of het missen van een betrokken behandelaar naast de training, wat leidde tot commitmentproblemen en sociaal-maatschappelijke problemen omtrent bijvoorbeeld huisvesting. De regiebehandelaar in het gebiedsteam bleef gedurende de COMET-training de regie over de behandeling houden. Vanuit de trainers werd regelmatig contact gezocht met de behandelaren om tussentijds te overleggen wat als prettig werd ervaren en de samenwerking bevorderde. Het advies was om dit op een meer structurele manier in te plannen.

Reflectie en vooruitblik

Naast eerdergenoemde ervaringen, willen we graag nog een naar ons idee belangrijk punt aanhalen. Onze ervaring is dat vanuit een transdiagnostisch denkkader patiënten, bij wie normaal minder snel gedacht zou worden aan een zelfbeeldgroep, sneller geïncludeerd kunnen worden. Hierbij valt te denken aan patiënten die last hebben van psychotische klachten, zoals het horen van stemmen. Aan deze patiëntengroep worden, ondanks dat de effectiviteit aangetoond is, vaak te weinig interventies aangeboden (Staring et al., 2019). De toegankelijkheid van kortdurende, *evidenced based* zorg wordt hiermee vergroot. Zoals uit het verhaal van Merel naar voren komt, is het hierbij belangrijk om goed af te stemmen met de betrokken behandelaren, zodat de training ingebed is en blijft in het huidige behandeltraject. De COMET-training als aanbod waarin efficiënt wordt samengewerkt door behandelaren en wordt gedacht vanuit transdiagnostische factoren is passend in een moderne ggz. Naast dat behandelen in een groep door zorgmanagers als efficiënt aangemerkt kan

worden, is dit met name ook inhoudelijk te verdedigen. Yalom (2020) omschrijft dit als 'leren van elkaar'; onder andere het belang van relaties tussen mensen en de corrigerende emotionele ervaring. Denk aan (h)erkenning van gedachten of gevoelens

Sinds 2020 is er de mogelijkheid om gebruik te maken van Virtual Reality in de behandeling

bij anderen en het ervaren van steun om een risico aan te gaan, zoals aan de slag gaan met een oefening. Dit onderstreept nogmaals de meerwaarde van het aanbieden van de COMET-training in groepsverband ten opzichte van een individuele training. Sinds 2020 is er de innovatieve mogelijkheid om bij GGZ Centraal Flevoland gebruik te maken van Virtual Reality (VR) in de behandeling. VR is een technologische interface waarmee gebruikers binnen een gecontroleerde omgeving een door een computer gegenereerde omgeving kunnen ervaren (Maples-Keller et al., 2017). De patiënt krijgt een koptelefoon en een VR-bril op en kan vervolgens oefenen binnen een virtuele wereld. Het zou naar ons idee interessant zijn om de COMET-training aan te vullen met enkele keren VR. De meerwaarde van de inzet van VR tijdens de COMET-training is dat er onder begeleiding van een behande-

laar geoefend kan worden met de geleerde vaardigheden uit de training. Bijvoorbeeld met het actief maken van het positief zelfbeeld en dit vasthouden in een situatie waarin veel gevraagd wordt van iemand, bijvoorbeeld tijdens het oefenen van een sollicitatiegesprek. Ook zal het gebruik van VR bij sommige patiënten al gelijk het negatieve zelfbeeld activeren zodra ze moeten oefenen ('help ik kan het niet') en is het een vorm van exposure. Het daadwerkelijk oefenen en toepassen van het geleerde is van groot belang in iedere behandeling, maar sluit goed aan bij de COMET-training waarin oefenen centraal staat. Leuk om hier te noemen is dat momenteel de COMET-training wordt afgesloten met een individuele VR-sessie.

Samenvattend heeft het aanbieden van de behandeling-overstijgende COMET-training vooral voordelen en zijn de eerste ervaringen positief. Wat ons betreft kan deze 'oude bekende' nog steeds goed ingezet worden in een moderne ggz!

Marjolein Hof (m.hof3@GGZcentraal.nl) en **Niels Kool** zijn gz-psycholoog in opleiding tot specialist. **Linda Doef** en **Hannah van den Eshof** zijn psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog. Zij werken alle vier bij GGZ Centraal.

Literatuur

Duncan, B.L., Miller, S.D., Reynolds, L., Sparks, J., Claud, D., Brown, J., Johnson & L.D. (2003). The session rating scale: Psychometric properties of a 'working' alliance scale. *Journal of Brief Therapy*, 3, p. 3-12.

Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Korrelboom, K. (2011). *Verbeter uw zelfbeeld in 7 stappen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Mann, M., Hosman, C., Schaalma, H. & Vries, N. de (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion, *Health Education Research*, 19(4), p. 357-372.

Maples-Keller, J.L., Bunnell, B.E., Kim, S.J. & Rothbaum, B.O. (2017). The use of virtual reality technology in the treatment of anxiety and other psychiatric disorders. *Harv Rev Psychiatry*, 25(3), p. 103-113.

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61(52), p. 18.

Staring, T., Berg, D. van den, Schuurmans, H. & Vleugel, B. van der (2019). Praten naast pillen: krijgt de patiënt met psychose dat wel? *Beschikbaarheid van standaardzorg Cognitieve Gedragstherapie voor psychose (CGTp)*.

Welling, M., Eck, C. van & Drost, D.J. (2020). De zelfbeeldgroep. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 15(3), p. 57-63.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
