



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Positieve zelfverbalisatie bij opgenomen patiënten; een pilot-onderzoek

Daniëlle Posthuma en Alfred Lange\*

---

## Samenvatting

*In eerdere onderzoeken is gebleken dat positieve zelfverbalisatie een gunstig effect heeft op het zelfbeeld (Valliant & Antonowicz, 1991; Lange & Kiestra, 1991; Lange, Gest & De Vries, 1995). Deze onderzoeken werden uitgevoerd bij studenten of waren gevalbsbeschrijvingen. In het beschreven experiment werd onderzocht of het gunstige effect van zelfverbalisatie op het zelfbeeld kon worden gerepliceerd bij opgenomen patiënten. Zeventien intramurale patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, verdeeld over een controle- en een experimentele groep, deden mee aan dit experiment. Ter exploratie werd een klachtenlijst afgenomen. Er kon geen resultaat van positieve zelfverbalisatie op het zelfbeeld worden aangetoond. Wel werden interessante invloeden op vrijwel alle klachten gevonden. Het uitblijven van een aantoonbaar effect op het zelfbeeld wordt besproken. Gesteld wordt dat positieve zelfverbalisatie wellicht vooral effect heeft op aantal en ernst van de klachten en pas later, eventueel als gevolg hiervan, op het zelfbeeld.*

## Inleiding

In de NRC van 10 november 1997 wijdde Guus van Holland een necrologie aan de indertijd wereldberoemde voetbaltrainer Hellenio Herrera. Hij was de uitvinder van het Italiaanse 'catenaccio' (het slot op de deur) waarmee hij vele successen boekte. Evenals Johan Crujff (Lange, 1994a, hoofdstuk 10) was hij niet alleen een groot kenner van 'het spelletje' maar ook een groot psycholoog. 'Teambuilding' werd door hem intensief gebruikt. Hij liet zijn spelers samen praten, zingen en dansen, elkaar omarmen en in de ogen kijken, om vervolgens hardop te zeggen: 'We houden van elkaar, we vertrouwen elkaar, we gaan winnen.' Hij was, kortom, een voorstander van positieve zelfverbalisatie of positieve zelfinstructie.

Het gebruiken van zelfverbalisaties met de bedoeling een verandering ten aanzien van emotie, gedrag of cognitie te bewerkstelligen werd de laatste jaren veelvuldig onderzocht (Meichenbaum & Cameron, 1974; Mavissakalian, Michelson, Greenwald, Kornblith & Greenwald, 1983; Valliant & Antonowicz, 1991; Agras, Schneider, Arnou, Raeburn, Telch, 1989; Lange, Richard, Kiestra, & Van Oostendorp, 1997). Valliant en Antonowicz (1991) vonden dat cognitieve therapie een positief effect had op het zelfbeeld. Dit effect zou theoretisch verklaard kunnen worden met de gedachte dat zelfverbalisaties disfunctionele schema's en automatische gedachten kunnen veranderen (Festinger, 1957; Bem, 1972; Arntz, 1991). Mensen met een laag zelfbeeld zouden zichzelf

---

\* DRS. D. POSTHUMA is verbonden aan de Vakgroep Biologische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam. Correspondentie en aanvragen voor overdrukken: Vrije Universiteit, Vakgroep Biologische Psychologie, De Boelelaan 1111, 1081 HV, Amsterdam, Nederland. Telefoon: 020 444 8814, fax: 020 444 8832, email: danielle@psy.vu.nl.  
PROF. DR. A. LANGE is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.

indoctrineren met negatieve zelfverbalisatie. Het gebruik van positieve zelfverbalisatie zou dan een bijdrage kunnen leveren tot het doorbreken hiervan en verbetering van het zelfbeeld.

Lange, Richard, Gest, De Vries en Lodder (1998) vonden in een vergelijkend experimenteel onderzoek een sterk effect van positieve zelfverbalisatie op het zelfbeeld. Evenals in de andere experimentele studies ging het hier om een studentenpopulatie. Dit is een gemis, aangezien positieve zelfverbalisatie een therapeutische techniek is die haar nut ook moet bewijzen bij opgenomen patiënten. De weinige onderzoeken waar het wel ging om opgenomen patiënten (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn & Telch, 1989; Bennet, 1986; Mavissakalian et al., 1983; Lange et al., 1997) bestaan voornamelijk uit gevalbeschrijvingen.

Uit de theoretische literatuur komt de verwachting naar voren dat de positieve gevolgen van zelfverbalisatie op het zelfbeeld ook gelden bij een klinische populatie (Dush, Hirt & Schroeder, 1983). Volgens sommige auteurs zullen de gevolgen van positieve zelfverbalisatie in een patiëntenpopulatie zelfs groter zijn dan bij 'normale' deelnemers (Granvold, 1994). Zijn er weinig gegevens over zelfverbalisatie binnen een patiëntenpopulatie in het algemeen, onder opgenomen patiënten is er naar ons beste weten helemaal geen onderzoek naar de uitwerking van positieve zelfverbalisatie gedaan. Zo'n onderzoek is dan ook het onderwerp van dit artikel, waarbij gebruik gemaakt werd van het protocol zoals beschreven door Lange et al. (1998).

## Methodie

### Deelnemers

Twee afdelingen van psychiatrisch centrum Zon & Schild te Amersfoort namen aan het onderzoek deel. Beide afdelingen zijn onderdeel van de sectie *voortgezette behandeling* voor patiënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis is vastgesteld. De sectie voortgezette behandeling is bedoeld voor een behandeling van maximaal twee jaar, die gericht is op terugkeer in de maatschappij. Vrijwel alle patiënten die vallen onder de sectie voortgezette behandeling hebben reeds elders psychiatrische behandeling ontvangen. De twee afdelingen waarop het experiment werd uitgevoerd, behandelen patiënten die bij opname de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' hadden gekregen. Kern van de behandeling is het veranderen van de persoonlijkheidspathologie door middel van verdere structurering en ontwikkeling van de persoonlijkheid. Patiënten worden geacht enig besef te hebben van de eigen problemen en een zekere mate van inzicht daarin. De twee afdelingen hebben beide vierentwintig behandelplaatsen en zijn vergelijkbaar qua milieu en samenstelling van de patiëntenpopulatie (Scholte, 1994).

Omdat het praktisch niet haalbaar bleek om bij een deel van de patiënten van één afdeling systematisch een interventie uit te voeren die bij een ander deel van de patiënten van die afdeling niet zou worden uitgevoerd, kregen alle patiënten van één afdeling de positieve zelfverbalisatie naast de standaardbehandeling, terwijl dit bij alle patiënten van de andere, vergelijkbare, afdeling werd nagelaten. Loting bepaalde welke afdeling aan de controle- of aan de experimentele conditie werd toegewezen. Het stond deelnemers vrij om deelname aan het onderzoek te weigeren.

Vierentwintig deelnemers gaven zich na een introductiebijeenkomst op voor deelname aan het experiment. Twee deelnemers zagen tijdens de eerste bijeenkomst af van verdere deelname. Tussen de tweede en de laatste zitting vielen vijf deelnemers af wegens plotseling ontslag, overplaatsing of overheersende depressie. Uiteindelijk maakten zeventien deelnemers het experiment af, van wie acht in de experimentele groep en negen in de controlegroep.

Er deden zestien vrouwen mee en één man. In de controlegroep was de gemiddelde leeftijd 29 jaar, met een bereik van 18-45; in de experimentele groep 34 jaar, met een bereik van 21-47.

De meest voorkomende stoornissen in beide groepen waren persoonlijkheidsstoornissen van het cluster B- of C-type (American Psychiatric Association, 1994): de borderline, antisociale, theatrale, narcistische, afhankelijke en obsessieve-compulsieve persoonlijkheid.

Met behulp van de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV; Luteijn, Starren & Van Dijk, 1975) werd van tevoren het zelfbeeld van de deelnemers vastgesteld. De twee groepen verschilden nauwelijks.

### **Experimenteel design en hypothese**

Er was één onafhankelijke variabele: het al of niet toepassen van de therapeutische techniek van de positieve zelfverbalisatie, en één afhankelijke variabele, het zelfbeeld. De interventie bestond uit drie zittingen verspreid over vijf weken, met een taakopdracht tussendoor. In de controleconditie bleef deze interventie achterwege; in plaats daarvan kregen de patiënten tijdens de bijeenkomsten een paar vragen te beantwoorden.

De algemene hypothese was dat het zelfbeeld van de deelnemers in de experimentele conditie zich significant positiever zou ontwikkelen dan het zelfbeeld van de deelnemers in de controleconditie.

### **Operationalisaties**

De afhankelijke variabele 'zelfbeeld' werd gemeten door middel van een aantal (delen van) vragenlijsten; de subschaal *gebrek aan zelfvertrouwen* van de Personality Inventory (PI; Bernreuter, 1959, Nederlandse versie volgens De Vries & Gest, 1992) en drie subschalen van de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV; Luteijn, Starren & Van Dijk, 1975): *inadequatie*, *sociale inadequatie* en *zelfwaardering*. Deze drie laatste subschalen werden samengevoegd tot één maat zelfbeeld volgens De Vries en Gest (1992).

Naast het zelfbeeld werden ter exploratie de gehele Symptom Checklist-90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986) afgenomen. Ook werd na afloop een kort interview afgenomen waarin de motivatie tot deelname werd gemeten en, in de experimentele groep, de subjectieve beleving van het effect van het experiment. Beide werden geregistreerd op een vijfpuntsschaal, oplopend van *helemaal niet* tot *heel veel*.

## ***Procedure***

Alle deelnemers in de controlegroep en experimentele groep kregen uitleg over het onderzoek tijdens een wekelijkse bijeenkomst van deelnemers en staf. Er werd niet bij vermeld dat het ging om hun zelfbeeld; de deelnemers werd verteld dat het ging om een evaluatie van een zelfverbalisatie-methode. De deelnemers kregen een formulier waarop de informatie die in de bijeenkomst was gegeven kort stond weergegeven. Dit formulier kon, als de patiënt mee wilde doen, binnen een week worden ondertekend en ingeleverd bij de behandelaar. De patiënten die wilden deelnemen aan het experiment werd vervolgens gevraagd aanwezig te zijn bij de eerste zitting.

Het experiment duurde zoals gezegd vijf weken. Tijdens de eerste zitting ('zitting 1', zie figuur 1) vulden beide groepen, onafhankelijk van elkaar, de drie subschalen van de NPV (Luteijn et al., 1975), de volledige SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) en één subtest van de PI (*gebrek aan zelfvertrouwen*, Bernreuter, 1957) in. De experimentele groep kreeg daarnaast de opdracht zoveel mogelijk positieve eigenschappen over zichzelf op te schrijven en hiervan een kort opstel te maken in de ik-vorm. De controlegroep kreeg de opdracht drie opgegeven, neutrale verhaaltjes af te maken.

Na afloop van de eerste zitting kreeg de experimentele groep de opdracht om de komende week het opstel samen te vatten in een aantal korte zinnen. Met deze zinnen moest kort worden verwoord wat men zijn beste eigenschap vond. De controlegroep kreeg geen huiswerk.

Eén week na de eerste bijeenkomst hadden de deelnemers van beide groepen elk een individueel gesprek met de testleider ('zitting 2'). Met de deelnemers uit de experimentele groep werd het opstel en de daaruit voortgekomen korte zinnen besproken. Op grond hiervan werden uiteindelijk zinnen met een positieve strekking gekozen, die door de deelnemers op een kaartje werden geschreven. De meeste formuleringen waren niet te hoog gegrepen en hadden betrekking op realistische situaties, zoals 'Ik kan goed naar mensen luisteren', 'Ik heb mooi haar', of 'Het is goed dat ik zelf heb besloten dat ik nu onder behandeling ben.'

experimentele groep	controlegroep
<ul style="list-style-type: none"> <li>● toestemming vragen</li> </ul>	toestemming vragen
<i>zitting 1</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● korte introductie en uitleg</li> <li>● indien nodig afname NPV (schalen SI, IN, ZW) en SCL-90</li> <li>● afname PI</li> <li>● opschrijven positieve eigenschappen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● idem</li> <li>● idem</li> <li>● idem</li> <li>● afloop schrijven van drie verhaaltjes</li> </ul>
<i>huiswerk 1 week</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● samenvatten opstel</li> </ul>	● niets
<i>zitting 2</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● maken zelfverbalisatiekaartje</li> <li>● instructie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● neutrale vragen</li> <li>● niets</li> </ul>
<i>huiswerk 4 weken</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2 maal per dag hardop voorlezen van kaartje</li> <li>● melden bij gezamenlijk moment</li> </ul>	● niets
<i>zitting 3</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● afname NPV (schalen SI, IN, ZW)</li> <li>● afname SCL-90</li> <li>● afname PI</li> <li>● afname na interview</li> <li>● eventuele uitleg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● idem</li> <li>● idem</li> <li>● idem</li> <li>● idem</li> <li>● idem</li> </ul>

Figuur 1 Verloop van het experiment.

Om de hoeveelheid aandacht die aan deelnemers werd besteed in beide groepen gelijk te houden, kregen de deelnemers in de controlegroep tijdens deze tweede bijeenkomst een aantal neutrale vragen ter beantwoording.

De deelnemers uit de experimentele groep kregen als huiswerk in de daaropvolgende vier weken de zinnen die zij op het kaartje hadden geschreven ten minste tweemaal per dag aan zichzelf voor te lezen. Tevens werd afgesproken dat bij dagelijkse groepsbijeenkomsten zou worden gemeld of en hoe vaak het kaartje was gebruikt. De controlegroep kreeg geen opdracht voor de vier weken tussen de tweede en de laatste zitting.

De laatste, wederom individuele, bijeenkomst ('zitting 3') vond vier weken na de tweede bijeenkomst plaats. De deelnemers in beide groepen vulden tijdens deze zitting de drie subschalen van de NPV in, de gehele SCL-90 en één subschaal van de PI. Bovendien

werd na afloop een kort interview afgenomen. Tot slot kregen de deelnemers nadere uitleg over het doel van het experiment.

## Resultaten

### Zelfbeeld

Voor het bepalen van het effect van de interventie op het zelfbeeld werd voor de deelnemers in beide groepen een 2 \* 2 (groep \* meting) ANOVA voor herhaalde metingen uitgevoerd op de geobserveerde scores op de voor- en nameting voor de verschillende subschalen. Daarbij gaat het vooral om het interactie-effect: of het verschil op beide metingen in de experimentele groep significant afwijkt van het verschil op beide metingen in de controlegroep. Tevens werden de verschillen (nameting-voormeting) berekend (tabel 1)

**Tabel 1 Gemiddelde scores op voor- en nameting en gemiddelde verschillen (nameting - voormeting) van de experimentele groep (n = 8) en de controlegroep (n = 9) en significantie op 2 x 2 anova's voor herhaalde metingen op operationalisaties van zelfbeeld.**

maat	orde	voormeting gemidd. (SD)	nameting gemidd. (SD)	verschillen gemidd. (SD)	F (1,15)	p
NPV						
Inadequatie	E	24.13 (8.63)	20.25 (9.78)	-3.88 (7.85)	1.17	0.296
	C	28.67 (10.06)	28.33 (9.19)	-0.33 (5.59)		
Sociale Inadequatie	E	15.38 (8.07)	16.13 (9.95)	0.75 (5.68)	0.91	0.355
	C	18.00 (7.19)	16.78 (7.31)	-1.22 (2.39)		
Zelfwaardering	E	21.25 (3.69)	19.63 (4.87)	-1.63 (4.57)	0.82	0.379
	C	22.22 (4.41)	22.44 (6.59)	0.22 (3.83)		
PI						
Gebrek aan	E	161.13 (42.06)	174.88 (43.42)	13.75 (46.29)	0.14	0.715
zelfvertrouwen	C	162.22 (46.74)	168.22 (44.46)	6.00 (39.47)		

E = experimentele groep; C = controlegroep; SD = standaarddeviatie.

). In de experimentele groep werd een verhoging van de score ten opzichte van de controlegroep verwacht op de subschaal *zelfwaardering* van de NPV en op de samengestelde maat *zelfbeeld*. Voor de subschalen *inadequatie* en *sociale inadequatie* van de NPV en de subschaal *gebrek aan zelfvertrouwen* van de PI werd voor de experimentele groep een verlaging verwacht ten opzichte van de controlegroep.

Op geen enkele operationalisatie van het zelfbeeld werd een statistisch significant interactie-effect van groep (experimentele en controle-) en meting (voor- en na-) gevonden. Op grond van de geobserveerde verschillen kon ten hoogste worden gesproken over een trend die alleen voor de subschaal *inadequatie* van de NPV in de verwachte richting ging. Op de andere operationalisaties leek de controlegroep bij de nameting meer vooruitgang te hebben geboekt dan de experimentele groep.

### Somatische en mentale klachten

Met een  $2 \times 2$  (groep \* meting) ANOVA voor herhaalde metingen werd wederom getoetst of de verschillende scores op voor- nameting per groep statistisch van elkaar verschilden (tabel 2)

**Tabel 2 Gemiddelde scores op voor- en nameting en gemiddelde verschillen (nameting - voormeting) van de experimentele groep (n = 8) en de controlegroep (n = 9) en significantie op  $2 \times 2$  anova's voor herhaalde metingen op de klachtenlijst.**

maat	conditie	voormeting gemidd. (SD)	nameting gemidd. (SD)	verschilscores gemidd. (SD)	F (1,15)	p
Angst	E	29.50 (11.71)	24.75 (11.79)	- 4.75 (7.87)	2.20	0.159
	C	30.11 (9.14)	30.11 (10.98)	0.00 (5.22)		
Agorafobie	E	14.38 (7.37)	13.75 (8.71)	- 0.63 (4.41)	1.40	0.255
	C	13.56 (3.88)	16.33 (7.62)	2.77 (6.98)		
Depressie	E	42.75 (12.85)	39.25 (16.59)	- 3.50 (13.64)	0.74	0.402
	C	48.56 (14.30)	49.44 (12.97)	0.89 (6.57)		
Somatisatie	E	28.13 (9.75)	24.00 (11.31)	- 4.13 (5.99)	1.55	0.232
	C	27.56 (12.98)	27.11 (9.33)	- 0.44 (6.17)		
Insufficiëntie van denken en handelen	E	23.63 (11.40)	22.25 (9.74)	- 1.38 (3.78)	0.12	0.732
	C	24.00 (7.14)	23.33 (5.17)	- 0.67 (4.50)		
Interpers.sens. en wantrouwen	E	46.86 (13.88)	40.50 (17.16)	- 6.38 (9.44)	3.55	0.079
	C	53.33 (14.34)	55.00 (14.06)	1.67 (8.17)		
Hostiliteit	E	12.13 (5.03)	12.13 (7.26)	0.00 (7.23)	0.09	0.774
	C	14.44 (6.75)	15.22 (5.83)	0.78 (3.23)		
Slaapproblemen	E	9.87 (3.76)	7.62 (4.66)	- 2.25 (4.27)	0.49	0.496
	C	9.22 (3.56)	8.22 (2.44)	- 1.00 (3.04)		
Psychoneuroticisme	E	227.38 (69.12)	200.63 (85.85)	-26.75 (48.81)	2.23	0.156
	C	247.44 (69.21)	250.77 (68.29)	3.33 (33.76)		

E = experimentele groep; C = controlegroep; SD = standaarddeviatie.

). Tevens werden de verschillen (nameting-voormeting) berekend (tabel 2). Een positieve verschilscore betekent een verhoging van de score – en daarmee een toename van de klachten – op die subschaal. Een negatieve verschilscore betekent een verlaging van de klachten op die schaal. Er waren vooraf geen hypothesen geformuleerd.

Er was sprake van een trend ( $p < .10$ ) voor het gevonden effect van positieve zelfverbalisatie op de subschaal *interpersoonlijke sensitiviteit en wantrouwen* (figuur 2, ter illustratie

*Figuur 2 Scores van de experimentele en controlegroep op subschaal Interpersoonlijke sensitiviteit en wantrouwen*

).

Voor de depressieve klachten, slaapklachten en insufficiëntie van denken en handelen waren de gevonden F(1,15)-waarden kleiner dan 1. Hoewel het gevonden effect op alle andere subschalen slechts marginaal aanwezig was, was dit effect voor elke subschaal positief: de experimentele groep vertoonde een grotere afname van klachten dan de



controlegroep. De samengestelde score die uit alle klachten tezamen bestaat (psychoneuroticisme), vertoonde bij de experimentele groep dan ook een behoorlijke afname, terwijl er bij de controlegroep sprake was van een toename.

### ***Motivatie en subjectieve beleving***

In het korte interview na afloop van het experiment werd gevraagd naar de motivatie tot deelname. Alle patiënten in zowel de experimentele als de controlegroep bleken zeer gemotiveerd te zijn geweest. Deze motivatie was intrinsiek; iedereen deed mee in de verwachting dat er 'misschien iets goeds uit zou kunnen komen.' Voor eventuele analyses kon dus geen onderscheid gemaakt worden in 'hoog gemotiveerden' en 'laag gemotiveerden'.

### **Beschouwing**

In dit experiment kon niet worden aangetoond dat positieve zelfverbalisatie effect had op het zelfbeeld van opgenomen patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Hoewel een afname van gevoelens van inadequatie werd gevonden, was deze afname slechts marginaal en niet significant. Op gevoelens van zelfwaardering, sociale inadequatie en gebrek aan zelfvertrouwen leek positieve zelfverbalisatie vrijwel geen effect te hebben. Deze resultaten komen niet geheel overeen met de resultaten die worden gevonden in studentenpopulaties en bij klinische gevalsbeschrijvingen (Valliant & Antonowicz, 1991; Lange, 1994b, Lange, Gest & De Vries, 1995; Lange et al., 1995). Een verklaring voor het uitblijven van een effect op het zelfbeeld in dit experiment zou kunnen zijn dat het moeilijker is om veranderingen te induceren in het (ongunstige) zelfbeeld bij opgenomen patiënten dan bij ambulante patiënten of studenten met een laag zelfbeeld. Het is mogelijk dat het feit dat iemand opgenomen is op zichzelf bijdraagt aan het hebben en behouden van een laag zelfbeeld. Een andere, meer voor de hand liggende verklaring voor het uitblijven van een effect op het zelfbeeld zou kunnen zijn dat de patiënten in dit experiment al overspoeld werden met therapie en dat het gebruiken van positieve zelfverbalisatie in die situatie niet meer is dan de spreekwoordelijke druppel op de gloeiende plaat. Dergelijke opmerkingen werden in het interview dat na afloop werd afgenomen een aantal malen aangetroffen.

Het is echter ook mogelijk dat positieve zelfverbalisatie in eerste instantie een effect heeft op de somatische en mentale klachten van patiënten. Pas wanneer deze klachten zijn afgenomen zou de positieve zelfverbalisatie van invloed zijn op het zelfbeeld. Het positieve zelfbeeld zou dan ontstaan door vermindering van klachten. Niet-opgenomen personen hebben gemiddeld minder klachten en volgens deze redenering zal dan ook sneller effect gevonden kunnen worden op het zelfbeeld. Bij klinische populaties, met relatief veel klachten, zou eerst een grote afname van het aantal klachten moeten optreden voordat er een effect van positieve zelfverbalisatie op het zelfbeeld zou kunnen worden gevonden.

Positieve zelfverbalisatie bleek in absolute termen een positief effect te hebben op angst-, agorafobische, depressieve, insufficiëntie-, somatisatie-, sensitiviteits- en slaapklachten. Hoewel deze effecten stuk voor stuk niet significant waren, is er wel een vermoedelijk interessant resultaat dat echter vanwege het vrij lage statistische

onderscheidingsvermogen van dit experiment niet kon worden aangetoond. Aangenomen dat positieve zelfverbalisatie primair een effect heeft op de gerapporteerde klachten en eerst later op het zelfbeeld van opgenomen patiënten, dan is het misschien effectiever deze interventie bij opgenomen patiënten langduriger toe te passen. Vooral in de latere fasen van een klinische behandeling zou het dan effectief worden. De invloed van positieve zelfverbalisatie zou waarschijnlijk groter zijn geweest als de patiënten meer begeleiding hierin hadden gekregen. In het interview na afloop gaven de meeste deelnemers aan dat zij gemotiveerd waren, maar dat het moeilijk was om mee te blijven doen aan het experiment, omdat er op de afdeling zelf weinig aanspreekpunten waren. De staf was weliswaar ingelicht omtrent het onderzoek, maar was niet actief betrokken bij het experiment. In een eventueel vervolgonderzoek zou dit het overwegen waard zijn.

Tot slot: het bleek mogelijk om opgenomen patiënten met ernstige klachten te motiveren voor het toepassen van positieve zelfverbalisatie. Hoewel de voorspelde veranderingen in zelfbeeld niet optraden, is de afname van somatische en mentale klachten in deze groep in vergelijking met de controlegroep interessant. Een replicatie met meer deelnemers en over een langere tijd en een follow-up periode is natuurlijk wenselijk.

---

## ABSTRACT

*Findings from previous research confirmed positive effects of positive self-instruction on self-esteem (e.g. Valliant & Antonowicz, 1991; Lange & Kiestra, 1991; Lange, Gest & De Vries, 1995). Most of these findings, however, were either based on student populations or on single-case descriptions. In order to investigate whether these positive effects of self-instruction on self-esteem hold in a clinical population, a group of seventeen clinical patients, diagnosed with severe psychopathology, participated in this study. The patients were either assigned to the experimental group or the control group. Both groups were measured twice. On exploration the effects of positive self-instruction on the amount of mental and somatic complaints were measured. No clear effects of self-instruction were found on self-esteem. However, promising positive effects were found on the amount of mental and somatic complaints. The absence of an effect on self-esteem is discussed. It is suggested that there might be a primary effect of positive self-instruction on the amount of complaints, after which a secondary effect on self-esteem may occur.*

## Referenties

- Agras, W.S., Schneider, J.A., Arnow, B., Raeburn, S., & Telch, C.F. (1989). Cognitive-Behavioral and Response-Prevention Treatments for Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 215-221.
- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 252-268.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Symptom Checklist - SCL-90* (Nederlandse vertaling van Derogatis, L.R., 1975) Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 6, New York: Wiley.
- Bennet, G.A. (1986). An evaluation of self-instructional training in the treatment of obesity. *Addictive Behaviors*, 11, 125-134.

- Bernreuter, R.G. (1959). *The Personality Inventory (PI)*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- Dush, D.M., Hirt, M.L., & Schroeder, H. (1983). Self-statement modification with adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 94, 408-422.
- Ellis, A. (1977). Rational Emotive Therapy: research data that supports the clinical and personality hypothesis of RET and other modes of cognitive behaviour therapy. *Counselling Psychologist*, 7, 2-42.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Ill.: Row, Peterson.
- Granvold, D.K. (1994). Concepts and methods of cognitive treatment. In D.K. Granvold (Ed.), *Cognitive and behavioral treatment: methods and applications*. Pacific Grove CA.: Brooks/Cole.
- Holland, G. van (1997). Helenio Herrera (1916-1997); Argentijnse voetbalmagier. Rotterdam: NRC, 10 nov. 1997, 17.
- Lange, A. (1994a). *Gedragsveranderingen in gezinnen*. (zesde, volledig herziene druk.) Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange A. (1994b). Een behandeling van chronische angst om te plassen. *Directieve Therapie*, 14, 77-89.
- Lange, A., Gest, A., & De Vries, M. A. (1995). Resultaten van positieve zelfverbalisatie bij personen met een laag zelfbeeld; een experimenteel onderzoek. *Directieve Therapie*, 15, 201-214.
- Lange, A., & Kiestra, J. (1991). Het veranderen van cognities door middel van zelfindoctrinatie. *Directieve Therapie*, 11, 291-315.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., De Vries, M., & Lodder, L. (1998). The effects of positieve self-instruction; A controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 225-236.
- Lange, A., Richard, R., Kiestra, J., & Oostendorp, E. van (1997). Cognitive treatment through positive self-verbalization, A multiple case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 161-171.
- Luteijn, F. Starren, J., & Dijk, H. van (1975). *Nederlandse Persoonlijheids Vragenlijst (NPV)*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Mavissakalian, M. Michelson, L., Greenwald, D., Kornblith, S., & Greenwald, M. (1983). Cognitive behavioral treatment of agoraphobia: paradoxical intention vs. self-statement training. *Behavior Research and Therapy*, 21, 75-86.
- Meichenbaum, D., & Cameron, R. (1974). The clinical potential of modifying what clients say to themselves. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 103-107.
- Scholte, W. (1994). *Het supportieve milieu; supportieve behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen*. Cederhorst-C, Zon & Schild, interne publicatie.
- Vries, M.A. de, & Gest, A. (1992). *De invloed van positieve zelfverbalisatie op het zelfbeeld*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie.
- Vaillant, P.M., & Antonowicz, D.H. (1991). Cognitive behaviour therapy and social skills training improves personality and cognition in incarcerated offenders. *Psychological Reports*, 68, 27-33.