



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

De module zelfbeeld in een groep: werkwijze en eerste bevindingen

Rob Olij, Kees Korrelboom, Irma Huijbrechts, Martie de Jong, Nelleke Cloin, Maaike Maarsingh en Birgit Paumen*

Samenvatting

Een negatief zelfbeeld is een veelvoorkomende stoornisoverstijgende klacht. Mede omdat het geen apart in de DSM-systematiek opgenomen syndroom is, werd binnen de cognitieve gedragstherapie tot nu toe weinig over negatief zelfbeeld gepubliceerd. In dit artikel worden de eerste ervaringen in de dagelijkse praktijk beschreven met een modulaire groepsaanpak voor patiënten met verschillende primaire diagnoses, die tevens een negatief zelfbeeld hebben. Tevens worden de eerste onderzoeksbevindingen gerapporteerd. De module lijkt bij een brede groep patiënten te werken, goed inpasbaar te zijn in de dagelijkse behandelpraktijk en op korte termijn tot bevredigende resultaten te leiden.

Inleiding

Wie ontevreden is over zichzelf heeft een negatief zelfbeeld. Waar die negatieve zelfevaluatie overeenstemt met de werkelijkheid, kan deze de aanzet vormen om tot positieve gedragsveranderingen te komen. In zo'n geval is een negatief zelfbeeld dus functioneel. In veel gevallen is een negatief zelfbeeld echter disfunctioneel. Men beoordeelt zichzelf negatiever dan objectief gezien nodig zou zijn en men gaat gebukt onder dat oordeel. Hoewel negatief zelfbeeld geen op zichzelf staande diagnose is binnen DSM-IV, hebben veel patiënten er last van. Het komt onder andere voor bij diverse soorten persoonlijkheidsproblematiek (Beck, Freeman, & associates, 1990) en bij patiënten met een depressie, sociale fobie en boulimia nervosa. Een negatief zelfbeeld kan naast, onder meer, impulsiviteit en piekeren worden gezien als een stoornisoverstijgend probleem (Appelo & Korrelboom, 2005).

Wellicht omdat een negatief zelfbeeld niet als een apart (DSM-)syndroom geldt, is vanuit de cognitieve gedragstherapie weinig gepubliceerd over de behandeling van deze problematiek. Enkele publicaties van Melanie Fennel vormen een uitzondering (Fennell, 1997; Fennell, 1998; Fennell & Jenkins, 2004). Toch geldt ook haar behandeling niet als een algemeen geaccepteerde bewezen effectieve aanpak voor

* DRS. R.J.B. OLLJ, Centrum voor Persoonlijkheidsproblematiek, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.
DR. C.W. KORRELBOOM, hoofd Wetenschappelijk Onderzoek en Zorgvernieuwing, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.
DR. I.P.A.M. HUIJBRECHTS, Bureau Wetenschappelijk Onderzoek, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.
DRS. M. DE JONG, Zorgprogramma Eetstoornissen, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.
DRS. P.A. CLOIN, Zorgprogramma Psychotrauma, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.
DRS. M. MAARSINGH, Zorgprogramma Depressie, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.
DRS. B.N.M. PAUMEN, Centrum voor Arbeid en Psyche, PsyQ, Parnassia Groep, Den Haag.
E-mail: k.korrelboom@psyq.nl.

patiënten met een negatief zelfbeeld. In de praktijk gaat men er doorgaans van uit dat het negatieve zelfbeeld vanzelf zal verminderen bij een effectieve aanpak van de hoofddiagnose. Het is echter de vraag of dat altijd zo is. In ieder geval hebben nogal wat patiënten, al dan niet in combinatie met andere klachten, last van een negatief zelfbeeld. Mogelijk speelt een negatief zelfbeeld ook een rol bij terugval na depressie (Mongrain & Leather, 2006).

Eerder werd een interventie beschreven om een disfunctioneel negatief zelfbeeld in positieve zin te corrigeren (Korrelboom, 2000). Uitgaande van de bio-informatietheorie van Lang (1985, 1994) gold contraconditionering met behulp van positieve zelfverbalisaties (Lange et al., 1998), imaginatie (Segal, Gemar, & Williams, 1999), houding en gelaatsuitdrukking (Camras, Holland, & Patterson, 1993) en muziek (Van der Does, 2002) als het belangrijkste therapeutische principe. Contraconditionering helpt patiënten 'te voelen wat ze al weten'. Waar gedragsexperimenten kennis over sequentiële relaties voelbaar kunnen maken ('Ik weet nu wel dat ik niet zal flauwvallen in de supermarkt, maar ik voel het nog niet zo'), kan contraconditionering helpen om ook referentieel geassocieerde kennis voelbaar te maken ('Ik weet nu wel dat ik de moeite waard ben, maar ik voel het nog niet zo') (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). In de uitvoering heeft contraconditionering veel overeenkomsten en raakvlakken met rationele rehabilitatie (Appelo, 1999).

Inmiddels is met de interventie gedurende een aantal jaren op diverse plaatsen en bij diverse groepen patiënten ervaring opgedaan. Daarbij is de oorspronkelijke opzet als individuele therapie omgezet in een groepsformat en werd de interventie vooral als aanvullende module binnen een meer uitgebreide behandeling toegepast. Hieronder wordt beschreven hoe die praktijk er op het ogenblik uitziet. Tevens worden data gepresenteerd over de effecten van de behandeling, zoals die in de routinepraktijk is uitgevoerd.

De module zelfbeeld: werkwijze

Met de term 'module' wordt een behandeling bedoeld, die wordt gevolgd naast een door de hoofdbehandelaar gedirigeerde 'hoofdbehandeling' (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Meestal is een module gericht op een specifiek thema als assertiviteit, sociale vaardigheden of, zoals in dit artikel, het (negatieve) zelfbeeld. Veelal worden modules in groepen gegeven en bestaan zij uit een stappenplan (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Eerst worden de verschillende stappen in de groepsmodule zelfbeeld kort toegelicht.

Indicatie en intake

Patiënten worden verwezen door hun hoofdbehandelaar. Deze kan voor de module indiceren wanneer patiënten:

- 1 te negatief over zichzelf denken;
- 2 'ergens' weten dat zij ook positieve kenmerken hebben waarmee ze te weinig rekening houden; en
- 3 bereid en in staat zijn de procedure van de module te volgen.

Nadat de patiënt door de hoofdbehandelaar is aangemeld, doet de modulegever een korte intake. Daarin wordt stilgestaan bij de volgende punten:

- Is er werkelijk sprake van een negatief zelfbeeld? Soms zegt een patiënt: 'Niemand mag mij, ik val overal buiten.' Strikt genomen is dit geen negatief zelfbeeld. Dat anderen kennelijk een hekel aan je hebben, wil nog niet zeggen dat jij ook een hekel hebt aan jezelf. Op dit punt moet dus worden doorgevraagd: 'Begrijpt u waarom niemand u wil? Hebben ze daar gelijk in? Denkt u dat ook over uzelf?' Pas als de negatieve kijk van anderen wordt gedeeld, is er een indicatie voor deelname aan de module.
- Omdat de procedure van contraconditionering is bedoeld om patiënten 'te laten voelen wat ze al weten', moet worden nagegaan of aangemelde patiënten er inderdaad 'ergens wel weet van hebben' dat ze ook positieve kanten hebben. Kan de patiënt zulke positieve kanten benoemen? Wanneer dat niet het geval is, is de inzet van de module (nog) niet geïndiceerd. Zo'n patiënt zal in eerste instantie meer baat hebben bij 'traditionele' cognitieve therapie, waarbij argumenten voor en tegen de overtuiging dat hij niet de moeite waard is tegen elkaar worden afgezet. Omdat veel mensen (en vooral die met een negatief zelfbeeld) de neiging hebben om het positieve gewoon te vinden en het negatieve op te blazen, is het zinnig om rechtstreeks naar positieve eigenschappen te vragen: 'Bent u betrouwbaar? Bent u behulpzaam?' Als ik u nu € 10,- uitleen, krijg ik die dan morgen weer van u terug?' Vervolgens kan dan worden stilgestaan bij de vraag waarom dergelijke positieve kanten minder zwaar zouden moeten wegen dan de negatieve 'saaigheid' waaronder de patiënt zo gebukt gaat. Desgewenst kan dan nog eens worden gevraagd of men na schipbreuk liever met een saaie, maar betrouwbare metgezel op een onbewoond eiland zou aanspoelen of met een boeiende, maar onbetrouwbare partner. Wanneer de patiënt dan aangeeft dat hij 'ergens wel weet' dat hij goede kanten heeft, maar er gevoelsmatig onvoldoende bij stilstaat, is dat een positieve indicatie voor deelname aan de module.
- Soms is het zelfbeeld wel negatief, maar tegelijk ook realistisch. Wie maar niet tot actie kan komen en een groot deel van de dag hangend en blowend op de bank voor de televisie doorbrengt en zichzelf 'een luie nietsnut' noemt, is daarvan een voorbeeld. In zo'n geval is in eerste instantie gedragsverandering geïndiceerd en niet contraconditionering.
- Is iemand voldoende stabiel om te werken aan zijn zelfbeeld? Patiënten die nog geregeld in crisis zijn, kunnen beter wachten met deelname tot ze hebben geleerd om dergelijke crises zo veel mogelijk te voorkomen. Hetzelfde geldt voor patiënten die nog manifest ernstig depressief zijn, of die nog voortdurend paniekaanvallen of vreetbuien hebben. In het algemeen zal manifeste psychopathologie waarvoor bewezen effectieve behandelingen bestaan eerst worden behandeld, alvorens (zo nodig) naar de module zelfbeeld wordt verwezen. Afname van psychopathologie bevordert over het algemeen het zelfbeeld. In een aantal gevallen kan de module zelfbeeld daar nog het een en ander aan toevoegen.
- Past de patiënt in een groep? Soms is de patiënt te angstig, te dominant of te contactgestoord om adequaat in een groepsbehandeling te kunnen functioneren. In zo'n geval kan de module individueel worden gegeven.
- Vervolgens worden rationale en werkwijze van de module toegelicht. Mensen met een negatief zelfbeeld leggen meer nadruk op hun negatieve eigenschappen dan op hun positieve, die er echter wel zijn. In de module kunnen patiënten leren om deze scheve balans weer recht te trekken, zodat een reëel zelfbeeld kan ontstaan: evenveel oog voor het positieve als voor het negatieve. Er wordt kort uitgelegd dat in de module imaginatie, zelfspraak, houding, mimiek en muziek worden gebruikt om

een positief zelfgevoel op te wekken. Met enkele korte illustraties wordt gedemonstreerd wat hiermee wordt bedoeld. Tot besluit krijgt de patiënt een zogenaamd 'moduleboek' mee, waarin de gehele module uitgebreid staat beschreven.

De groepen

De module zelfbeeld wordt op het ogenblik gegeven binnen de zorgprogramma's eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotrauma, arbeidsgerelateerde problematiek en depressie. Groepen worden samengesteld op volgorde van aanmelding en bestaan doorgaans uit maximaal acht personen, mannen en vrouwen door elkaar. Het zijn gesloten groepen die doorgaans door twee therapeuten worden geleid. In de onderzochte modules, waarover verderop wordt gerapporteerd, gaat het om zes of zeven zittingen van anderhalf tot twee uur. De onderlinge variaties (zes of zeven sessies; anderhalf of twee uur per sessie) hangen samen met de afdelingen waar de modules werden uitgevoerd. Iedere afdeling hanteerde echter hetzelfde draaiboek en hetzelfde stappenplan.

De interventie

Zoals gezegd is de oorspronkelijke opzet (Korrelboom, 2000) omgezet naar een groepsformat en bestaat uit de volgende vijf stappen:

- Stap 1: rationale
- Stap 2: benoemen van het negatieve zelfbeeld
- Stap 3: bepalen van het 'tegenbeeld'
- Stap 4: 'voelbaar maken' van het tegenbeeld
- Stap 5: contraconditionering

Ingepast in een programma van zes bijeenkomsten leidt dat tot de volgende verdeling.

Bijeenkomst 1: Rationale en benoemen van het negatieve zelfbeeld (stap 1 en 2)

Na een snelle introductieronde waarin iedereen zichzelf voorstelt, wordt uitgebreid stilgestaan bij de rationale en de doelstelling van de module: meer (gevoelsmatig) oog krijgen voor de eigen positieve eigenschappen om zo een eerlijker balans te vinden met de negatieve aspecten, die nu te eenzijdig op de voorgrond worden gezet. De module heeft dus niet tot doel om voortdurend een 'topzelfbeeld' te bereiken, maar een zelfbeeld waarbinnen de negatieve en de positieve eigenschappen naast elkaar voorkomen. Dit wordt een realistisch zelfbeeld genoemd.

Vervolgens wordt één voor één aan alle deelnemers gevraagd te vertellen wat hun negatieve zelfbeeld is. Veel patiënten vinden dit lastig, omdat ze de groep nog nauwelijks kennen. Patiënten die uit schaamte en verlegenheid weinig willen vertellen, worden niet gepusht. Hun wordt geadviseerd om in ieder geval de oefeningen toe te passen die worden uitgelegd. Tegelijk wordt daar tegenovergesteld dat de module maar betrekkelijk kort duurt, dat alle aanwezigen komen vanwege hun negatieve zelfbeeld, dat veel tijd verloren zou gaan wanneer eerst allerlei 'omtrekkende bewegingen' zouden moeten worden gemaakt om het onderwerp bespreekbaar te maken en dat het daarom de voorkeur heeft om maar meteen met de deur in huis te vallen: 'wat is er zo negatief

aan je?' Als huiswerk moeten de deelnemers een volgend deel van het moduleboek lezen.

Bijeenkomst 2: Bepalen van het 'tegenbeeld' (stap 3)

Zoals steeds, wordt ook bij aanvang van de tweede bijeenkomst eerst het huiswerk besproken. Daarna wordt de volgende stap toegelicht: vaststellen van het 'tegenbeeld'. Een tegenbeeld is de tegenhanger van het negatieve zelfbeeld. Het zijn die positieve kenmerken van de patiënt die in tegenspraak zijn met zijn negatieve zelfbeeld. Afhankelijk van de situatie kan het tegenbeeld op twee manieren worden gevonden: via correctie of via compensatie van het zelfbeeld. Welke methode gebruikt wordt hangt af van de situatie. Voor de vrouw die zichzelf dom vindt terwijl zij het vwo-diploma heeft behaald, ligt het voor de hand dit beeld te corrigeren. Deze patiënt moet gaan ervaren dat ze 'minder dom is dan ze doorgaans denkt'. Anders ligt dit bij de man die zichzelf te dik vindt en die ook inderdaad onmiskenbaar fors is gebouwd. Een kenmerkende denkfout in dergelijke gevallen is *selectieve abstractie*, waarbij de patiënt zijn oordeel op slechts één aspect van de situatie baseert en de rest negeert: 'Ik ben dik en dus ben ik niet de moeite waard.' Dan is compensatie doorgaans de beste strategie. Bij compensatie zet men naast een bepaalde minder goede eigenschap, één of meer goede eigenschappen. Een dergelijke patiënt moet gaan ervaren dat hij, los van zijn overgewicht, allerlei goede kanten heeft, die hem tot een waardevol mens maken.

Bij de uitleg over compenseren of corrigeren kan de metafoor van de advocaat worden gebruikt: een advocaat volgt óf de redenering dat zijn cliënt weliswaar het delict heeft gepleegd, máár dat er verzachtende omstandigheden zijn (en dan volgen die verzachtende omstandigheden), óf hij stelt dat zijn cliënt onschuldig is, want... (en dan volgen de argumenten ter ontschuldiging). Patiënten worden aangemoedigd om voor deze oefening niet te bescheiden te zijn in het bepleiten van hun goede eigenschappen.

Het huiswerk is een dagelijkse korte schrijfopdracht. De patiënt moet situaties en momenten uit zijn levensgeschiedenis of uit zijn dagelijks leven beschrijven, waarin hij op positieve wijze over zichzelf denkt of dacht. Ter illustratie worden twee verhalen over eenzelfde onderwerp verteld. Een globaal verhaal en een kleurrijk en gedetailleerd verhaal. Zo wordt duidelijk gemaakt dat verhalen met veel details beter in het geheugen worden vastgehouden dan globale verhalen. En dat is precies de bedoeling van de module: je geheugen moet zo goed mogelijk weten wat je positieve kanten zijn. De beschrijvingen vormen het uitgangspunt voor stap 4 (het 'voelbaar maken' van het tegenbeeld).

Bijeenkomst 3: 'Voelbaar maken' van het tegenbeeld (stap 4): imaginatie en zelfspraak

Nadat het huiswerk is besproken, wordt uitgelegd hoe imaginatie en zelfspraak het gevoelsleven kunnen beïnvloeden. Patiënten moeten zich de meest overtuigende illustraties van het tegenbeeld die zij gedurende de vorige stap op papier hebben gezet, zo levensecht mogelijk voor de geest halen. Daarbij moeten ze een woord of een korte zin tegen zichzelf zeggen, die het betreffende positieve kenmerk benadrukt en versterkt. Het gaat erom dat met behulp van imaginatie en zelfspraak het positieve zelfgevoel van toen, nu opnieuw zo goed mogelijk wordt ervaren.

Soms doen de twee therapeuten de oefening voor, waarna de patiënten in tweetallen voor zichzelf oefenen onder begeleiding van de rondlopende therapeuten. Het werkt dikwijls ook goed om, onder begeleiding van de therapeut, een patiënt de oefening te laten voordoen voor de groep, waarna de overige patiënten ieder voor zich hun eigen oefening uitvoeren.

Het huiswerk voor de vierde bijeenkomst bestaat uit het meerdere keren per dag (zes keer vijf minuten) oproepen van het positieve zelfgevoel met behulp van imaginatie en zelfspraak. Daarnaast moet alvast een stuk muziek worden uitgezocht dat het positieve zelfgevoel ondersteunt. Die muziek moet de volgende keer worden meegebracht op cd, cassette of mp3-speler.

Bijeenkomst 4: ‘Voelbaar maken’ van het tegenbeeld (stap 4, vervolg): Lichaamshouding, mimiek en muziek

De versterkende rol die lichaamshouding, mimiek en muziek spelen met betrekking tot emotie wordt besproken. Het effect van lichaamshouding en mimiek op het zelfgevoel wordt uitgelegd met beelden van topsporters vlak voor hun prestatie. Hoogspringers die zich voorbereiden op hun sprong vormen een goede illustratie, maar ook het beeld van de turnster voor een oefening op de balk of een sumoworstelaar voor het gevecht maakt duidelijk dat houding en mimiek het gevoelsleven beïnvloeden. Vervolgens wordt het positieve zelfbeeld opgeroepen zoals in de vorige zitting is gebeurd, met dit verschil dat naast imaginatie en zelfspraak nu ook lichaamshouding en mimiek worden ingezet. Patiënten moeten een houding en een gelaatsuitdrukking aannemen die het positieve zelfgevoel versterken. Hierna wordt de oefening nog eens herhaald, waarbij nu ook gebruik wordt gemaakt van de uitgezochte muziek. Met behulp van walkman, discman, mp3-speler of andere apparatuur kunnen patiënten in groepsverband hun eigen muziek beluisteren, terwijl ze hun eigen imaginatie, zelfspraak, lichaamshouding en mimiek toepassen.

Het huiswerk bestaat deze keer uit het oproepen van een positief zelfbeeld met behulp van alle middelen die aan de orde zijn geweest.

Bijeenkomst 5: Contraconditionering (stap 5)

Om tot feitelijke contraconditionering te komen wordt het positieve tegenbeeld in contact gebracht met situaties waarin doorgaans het negatieve zelfbeeld de overhand heeft. Er zijn verschillende varianten mogelijk (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). In een ervan activeert de patiënt eerst zijn positieve zelfbeeld, zoals hij dat de afgelopen weken steeds heeft gedaan. Wanneer hij het juiste gevoel te pakken heeft, laat hij het positieve beeld echter los en ‘schakelt over’ naar het beeld van een situatie waarin doorgaans zijn negatieve zelfbeeld wordt geactiveerd. Met het overschakelen van het beeld blijft hij wel de andere vier positieve elementen (houding, mimiek, zelfspraak en muziek) vasthouden. Het gaat erom dat hij een positief zelfgevoel bewaart in een (geïmagineerde) moeilijke situatie. Er wordt verondersteld dat zo in het langetermijngeheugen een nieuw emotioneel netwerk wordt gevormd met betrekking tot het zelfbeeld (Korrelboom & Ten Broeke, 2004; Lang, 1985). Wanneer patiënten dit ‘schakelen’ een aantal keer succesvol hebben toegepast, wordt de negatieve situatie wat moeilijker gemaakt. Het huiswerk is het dagelijks oefenen met ‘schakelen’.

Bijeenkomst 6: Contraconditionering en afsluiting

Naar aanleiding van de ervaringen met huiswerk wordt nogmaals in de groep geoefend met 'schakelen'. Tevens wordt een tweede variant van het 'schakelen' toegelicht, die overeenkomsten heeft met het 'schakelen' bij paniekmanagement en die dan ook beter als zelfcontroleprocedure kan worden opgevat (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). De patiënt roept daarbij eerst zijn negatieve zelfgevoel op met behulp van imaginatie, houding, mimiek en zelfspraak. Wanneer hij met behulp van deze elementen zijn negatieve zelfgevoel te pakken heeft, schakelt hij in één klap om naar het positieve zelfbeeld uit sessie 4: hij vervangt het negatieve beeld en de negatieve zelfspraak door een positief beeld en positieve gedachten over zichzelf en hij zet zijn 'zwakke' lichaamshouding en mimiek om in een krachtige. Omdat deze variant van 'schakelen' bedoeld is om te worden ingezet als praktische vaardigheid in concrete moeilijke situaties tijdens het dagelijkse leven, wordt de positieve muziek hierbij weggelaten. In het dagelijkse leven beschikt men immers in principe wel altijd onmiddellijk over de eigen fantasie, zelfspraak en lichaamshouding en mimiek, maar niet altijd over de juiste muziek op een walkman.

Aan het eind van de module wordt kort geëvalueerd. Er wordt benadrukt dat de module (hopelijk) heeft geholpen om de patiënt qua zelfbeeld weer enigszins 'op de rails te zetten', maar dat de kunst nu gaat worden om op die rails te blijven. Met het toegenomen zelfvertrouwen kunnen patiënten zich zelfverzekerder in het dagelijkse leven gaan manifesteren en door dat manifesteren zal het positieve zelfbeeld verder worden versterkt. Patiënten die na de module echter weer in hun schulp kruipen, zullen merken dat hun positieve zelfgevoel weer zal afnemen. Hoofdbehandelaars van patiënten die de module hebben afgerond worden dan ook gestimuleerd om zelfbeeld en zelfvertrouwen voorlopig nog een issue te laten zijn in de verdere behandeling.

Eerste bevindingen van de module zelfbeeld

Inmiddels zijn meer dan tweehonderd patiënten in tientallen groepen met verschillende hoofddiagnoses door vele therapeuten op verschillende afdelingen behandeld met de module zelfbeeld. Vrijwel altijd werd de module toegepast als bijkomende interventie naast en in aanvulling op de hoofdbehandeling. De algehele indruk daarbij is dat therapeuten en de meeste patiënten het een zinvolle (en leuke) module vinden. Het lijkt alsof patiënten in ieder geval op de korte termijn baat hebben bij de interventie. Om een meer objectieve indruk te krijgen van in eerste instantie de kortetermijneffecten van de module zelfbeeld is bij een aantal patiënten een open studie uitgevoerd. Over opzet, uitvoering en resultaten van die studie wordt hieronder gerapporteerd.

Patiënten

Deelnemende patiënten kwamen van de afdelingen Depressie, Psychotrauma, Persoonlijkheidsproblematiek, Arbeidsgerelateerde problematiek en Eetstoornissen van PsyQ, onderdeel van de Parnassia Groep. Patiënten volgden de module in het kader van hun normale behandeling. Dat wil zeggen dat er geen speciale werving ten behoeve van het onderzoek is gedaan en dat er evenmin extra voorwaarden waren aan of speciale controle werd uitgevoerd op het al dan niet voldoen aan de gangbare in- en exclusiecriteria. Die criteria werden deels al eerder genoemd bij het beschrijven van de

module: last hebben van een negatief zelfbeeld; in staat zijn minimaal één positief aspect van zichzelf te benoemen; verwezen zijn door de hoofdbehandelaar; de inhoud van de behandeling onderschrijven; en kunnen en willen functioneren in een kortdurende gestructureerde therapiegroep. Bovendien was de meeste patiënten door hun hoofdbehandelaars aanbevolen om pas in een latere fase van hun gewone behandeling aan de module mee te doen.

Instrumenten

Bij de start van de behandeling en direct na afloop werden de volgende instrumenten afgenomen:

- Een Nederlandse vertaling van de Rosenberg Self Esteem Scale (RSE; Rosenberg, 1965). De RSE meet 'globale zelfwaardering' en wordt voldoende betrouwbaar en valide geacht (Blascovich & Tomaka, 1991). Een hoge score is gunstig. De RSE werd voor het onderzoek als de primaire uitkomstmaat beschouwd.
- De uit tien items bestaande Positieve Uitkomsten Lijst (PUL; Appelo, 2005). Dit instrument meet autonomie (7 items) en sociaal optimisme (3 items) met een behoorlijke betrouwbaarheid en validiteit (Appelo, 2005). Hoge scores zijn gunstig. Tezamen vormen autonomie en sociaal optimisme een indicatie voor *self-efficacy*. De PUL werd afgenomen om na te gaan in hoeverre, naast de beoogde klachtreductie met betrekking tot het zelfbeeld, belangrijke, niet rechtstreeks nagestreefde, globale aspecten van draagkracht werden versterkt (Appelo & Harkema-Schouten, 2003).
- Een valide en betrouwbaar gebleken Nederlandse vertaling (Bouman, 1989; Bouman, Luteijn, Albersnagel, & Van der Ploeg, 1985) van de Beck Depression Inventory (BDI: Beck, Ward, Meldelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Een lage score is gunstig. Afname van de BDI bood de mogelijkheid om veranderingen in het zelfbeeld te relateren aan veranderingen in de mate van depressiviteit. De BDI is, om redenen die losstaan van het huidige onderzoek, niet afgenomen bij een deel van de patiënten van de afdeling Depressie.

Behandeling

Alle patiënten werden volgens het eerder beschreven stappenplan behandeld. De duur van de zittingen varieerde van anderhalf uur tot twee uur, het aantal zittingen varieerde tussen 6 en 7 bijeenkomsten. Vrijwel alle patiënten volgden tijdens de module zelfbeeld ook andere behandelingen. Vrijwel steeds waren deze behandelingen al ingezet voordat met de module werd gestart. In veel gevallen werden deze algemene behandelingen ook na afloop van de module (en na de eindmeting) nog gedurende kortere of langere tijd voortgezet.

Therapeuten

Alle in het onderzoek betrokken groepen werden geleid door twee therapeuten. Alle therapeuten kregen van de tweede auteur vooraf een korte (één of twee dagdelen) training en enkele supervisies gedurende de behandeling. Therapeuten waren psychologen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, die affiniteit hadden met directieve behandelmethoden.

Resultaten

Omdat niet op alle deelnemende afdelingen voldoende nauwkeurig is bijgehouden hoeveel patiënten voor de module zelfbeeld werden aangemeld, hoeveel van hen daadwerkelijk aan de module deelnamen, welk percentage tijdens de behandeling afviel en van hoeveel patiënten metingen ontbraken, zal alleen worden gerapporteerd over de zogenaamde onderzoeks-completers. Dat zijn patiënten die de behandeling voltooiden en van wie minimaal een voor- en nameting op minimaal één uitkomstmaat beschikbaar zijn.

Er waren 75 onderzoeks-completers: 65 vrouwen en 9 mannen, terwijl van 1 patiënt het geslacht niet is genoteerd. 17 Patiënten (23%, verdeeld over 4 modulegroepen) kwamen van de afdeling Persoonlijkheidsstoornissen; 21 (28%, 4 modulegroepen) van de afdeling Depressie; 13 (17%, 3 modulegroepen) van de afdeling Eetstoornissen; 12 (16%, 3 modulegroepen) van de afdeling Psychotrauma en 12 (16%, 2 modulegroepen) van de afdeling Arbeid en Psyche.

Verschillen op voor- en nameting werden op significantie getoetst met t-toetsen voor gepaarde gegevens.

De resultaten zijn weergegeven in tabel 1. De patiënten verbeterden op alle vier gemeten variabelen gedurende de module: globaal zelfbeeld (RSE), autonomie (PUL, autonomie) en sociaal optimisme (PUL, sociaal optimisme) namen alledrie significant toe en depressiviteit (BDI) nam significant af. Om het risico te vermijden dat louter bij wijze van kans significante effecten worden gevonden moet een Bonferroni-correctie worden toegepast. Dit kan op de meest simpele wijze worden geëffectueerd door het gebruikelijke alfaniveau (.05) te delen door het aantal uitgevoerde vergelijkingen: vier in dit geval (Field, 2005). Alfa wordt dan .0125. Ook bij toetsing tegen deze waarde van alfa blijven alle vergelijkingen significant.

Hoewel weinig onderzoekers zich er in de praktijk veel aan gelegen laten liggen, ontstaat er een probleem wanneer deelnemers aan groepsbehandelingen in de berekeningen en uitkomsten worden geteld als losse individuen. Door de gevonden effecten toe te schrijven aan de toegepaste behandelmethode, gaat men ten onrechte voorbij aan de onderlinge beïnvloeding van groepsleden die medebepalend zijn voor de uitkomsten. Die onderlinge beïnvloeding zorgt ervoor dat de variantie afneemt, waardoor resultaten eerder significant worden dan bij een correcte werkwijze het geval zou zijn geweest (Baldwin, Murray, & Shadish, 2005). Hoewel deze auteurs aan maatregelen vooraf de voorkeur geven om deze fout te voorkomen, kan hij tot op zekere hoogte achteraf worden gecorrigeerd. De oorspronkelijk gevonden t-waardes moeten daartoe allereerst worden gedeeld door $[\sqrt{1 + (m-1) ICC}]$, om tot een aangepaste t-waarde te komen. Hierbij is m het aantal deelnemers per groep, terwijl ICC staat voor de *interclass*-correlatie. Baldwin et al. gaan uit van een minimale ICC van .05 en een maximale van .30. Bij toetsing van de aangepaste t-waardes wordt het aantal vrijheidsgraden bepaald aan de hand van het aantal groepen. In het huidige onderzoek was het gemiddelde aantal deelnemers per groep (onderzoeks-completers) 4,69 (16 groepen, 75 patiënten). Het aantal vrijheidsgraden is dan 15 en de bijbehorende kritische waarde voor $t = 2.14$. Voor zelfbeeld (RSE) zijn de uiteindelijke aangepaste t-waardes bij een lage ICC van .05 en een hoge ICC van .30 respectievelijk 8.79 en 6.61; voor autonomie (PUL) zijn dat achtereenvolgens 8.91 en 6.70; voor sociaal optimisme

(PUL) 3.54 en 2.66; en voor depressiviteit (BDI): 9.38 en 7.05. Omdat bij de afdeling Depressie slechts in één van de drie groepen de BDI werd afgenomen, is het aantal vrijheidsgraden bij depressiviteit 12. De bijbehorende kritische waarde voor t is in dat geval 2.18. Alle aangepaste t -waardes liggen dus buiten de kritische grens, zodat de gevonden significanties ook na correctie voor *interclass*-correlatie op alle maten behouden blijven.

Bovendien waren alle gemeten effectgroottes groot (Cohen, 1988), na correctie voor de correlatie tussen voor- en nameting. De toegepaste correctie is noodzakelijk, omdat bij gepaarde gegevens een deel van de variantie op $M2$ wordt verklaard door de score op $M1$ (Garssen & Hornsveld, 1992). Een overzicht van deze resultaten staat in tabel 1. De effectgroottes staan daarbij zowel gecorrigeerd als ongecorrigeerd vermeld.

Tabel 1 Resultaten van patiënten die deelnamen aan de module zelfbeeld.

Variabele	N	M1 (sd)	M2 (sd)	t	p (tweezijdig)	Correlatie M1-M2	Cohen's d (ongecorrigeerd)	Cohen's d (gecorrigeerd)
Zelfbeeld (RSE)	73	20.85 (4.73)	26.56 (4.88)	-9.585	0.000	.44	1.19	1.26
Autonomie (PUL)	73	15.77 (4.18)	19.60 (3.94)	-9.711	0.000	.66	0.94	1.27
Sociaal optimisme (PUL)	74	7.97 (2.36)	8.93 (1.83)	-3.854	0.000	.50	0.45	0.80
Depressiviteit (BDI)	58	23.69 (11.22)	14.47 (10.27)	10.222	0.000	.80	0.86	1.38

Conclusies

De module zelfbeeld lijkt te doen wat zij geacht wordt te doen: het zelfbeeld verbeteren van patiënten die een negatieve *bias* hebben in hun zelfbeoordeling. Bovendien lijkt de module autonomie, depressiviteit en sociaal optimisme van deze patiënten gunstig te beïnvloeden.

Indien deze bevindingen in ander, met name gecontroleerd, onderzoek kunnen worden bevestigd, zou de module zelfbeeld een belangrijke toevoeging kunnen zijn aan de bestaande therapeutische mogelijkheden. Als specifiek op stoornisoverstijgende problematiek gerichte interventie (Appelo & Korrelboom, 2005), zou zij een aanvullende rol kunnen spelen naast de diverse reeds bekende stoornisspecifieke bewezen effectieve behandelingen.

Discussie

Gegeven de betrekkelijk eenvoudige implementatie, de relatief korte duur van de interventie en de naar hun primaire stoornissen gemeten grote verscheidenheid aan patiënten die ervan lijken te profiteren, moet de module zelfbeeld als beloftevol worden geclassificeerd. Daar komt nog bij dat behandelingen die, zoals hier, routinematig binnen de gangbare behandelpraktijk worden uitgevoerd, doorgaans iets minder effectief zijn dan behandelingen die worden onderzocht in gespecialiseerde onderzoeksinstituten (Westbrook & Kirk, 2005).

Tegelijk is duidelijk dat de nodige kanttekeningen moeten worden geplaatst bij deze optimistische gedachten. De studie was voldoende gecontroleerd. Primaire diagnoses waren klinisch vastgesteld en niet aan de hand van gevalideerde (semi)gestructureerde interviews, en er was onvoldoende controle op drop-out en selectiviteit bij aanmelding. Waar wel enig zicht was op drop-outs, kwam het percentage overigens niet boven de twintig. Dat lijkt voor groepsbehandelingen in de routinepraktijk geen buitengewoon slechte score. Bijna alle patiënten ontvingen tijdens de module zelfbeeld nog andere behandelingen. Er kan niet worden uitgemaakt in hoeverre deze behandelingen (ook) een rol in de geconstateerde verbeteringen hebben gespeeld. Er was evenmin formele controle op de *treatment integrity*. Er kan dus niet onomstotelijk van worden uitgegaan dat de behandelingen eenduidig volgens het draaiboek zijn uitgevoerd. Sterker nog: het staat vast dat er tussen de verschillende *sites* in ieder geval kleine verschillen in de uitvoeringsprocedure van de module bestonden. Ten slotte kan geen enkele conclusie worden getrokken over de duurzaamheid van de veranderingen in zelfbeeld. Om over deze zaken meer duidelijkheid te verkrijgen, zijn inmiddels twee gecontroleerde studies gestart naar de module zelfbeeld. De ene wordt uitgevoerd bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek en de andere bij patiënten met eetstoornissen.

Los van bovenstaande bedenkingen komen nog twee andere vragen naar voren. De eerste heeft betrekking op de samenhang tussen globale 'draagkrachtvariabelen' als autonomie en sociaal optimisme, globale 'klachtvariabelen' als depressiviteit en specifieke 'klachtvariabelen' als (in dit geval) negatief zelfbeeld. Evenals in andere inmiddels uitgevoerde (maar nog niet gepubliceerde) onderzoeken naar contraconditionering werd ook hier een herkenbaar patroon gevonden: de klacht waarop de behandeling zich expliciet richt lijkt te verbeteren, terwijl depressiviteit en draagkracht waarop de interventie zich niet specifiek richt dat eveneens lijken te doen. Het is onduidelijk hoe deze verbeteringen met elkaar samenhangen en in welke volgorde zij optreden. Omdat de interventie zelf zich vrijwel uitsluitend en specifiek op klachtreductie richt, is de meest waarschijnlijke volgorde dat met de verbetering van het zelfbeeld ook de demoralisatie (zich uitend in afgenomen autonomie en sociaal optimisme alsmede in toegenomen depressiviteit) afneemt. Toch kan het omgekeerde niet bij voorbaat worden uitgesloten: door zich binnen een optimistische context expliciet op het positieve te richten neemt eerst de demoralisatie af en pas daarna verbetert ook het zelfbeeld. Nader onderzoek hiernaar is van belang, omdat het aanwijzingen kan geven over de opzet van de module en de plaats ervan binnen het gehele behandeltraject van de patiënt.

Een laatste vraag heeft betrekking op het mogelijke werkingsmechanisme achter contraconditionering. In de inleiding werd betoogd dat, naar veronderstelling, contraconditionering nieuwe emotionele netwerken in het langetermijngeheugen doet ontstaan. Kennis uit het ene geheugendomein (zelfverzekerdheid en tevredenheid over zichzelf) wordt geïntegreerd in kennis uit het andere geheugendomein (onzekerheid en ontevredenheid over zichzelf), zodat een betere en realistischer balans ontstaat tussen positieve zelfkennis en negatieve zelfkennis. Vanuit deze veronderstelling over het werkingsmechanisme achter contraconditionering is het zinnig om expliciet en doelbewust deze twee soorten kennis met elkaar te confronteren, door beide tijdens de behandeling te activeren. Onlangs wees Brewin vanuit een breder perspectief op een ander mogelijk mechanisme, dat overigens niet incompatibel is met de hier beschreven netwerktheorie achter contraconditionering. Volgens Brewin zou een soort 'strijd om herinnerd te worden' (*retrieval competition*) ten grondslag (behoren te) liggen

aan (de behandeling van) psychopathologie (Brewin, 2006). In het langetermijngeheugen is zowel positieve kennis als negatieve kennis over de eigen persoon gerepresenteerd. Het is van diverse factoren afhankelijk welke kennisrepresentaties op een bepaald moment worden geactiveerd en dus het actuele gedrag gaan aansturen. Bij psychopathologie zouden relatief vaak disfunctionele kennisinhouden worden geactiveerd, terwijl na een geslaagde behandeling de balans zou worden verlegd naar het gemakkelijker activeren van meer functionele kennis. In zo'n opvatting zou het tegelijk aanspreken van twee kennisdomeinen zoals bij contraconditionering gebeurt, slechts een van de mogelijkheden zijn om de *retrieval competition* te beïnvloeden. *Retrieval competition* zou wel de klinische indruk kunnen verklaren dat patiënten in de module zelfbeeld dikwijls al positiever over zichzelf lijken te denken nog voordat positieve zelfkennis expliciet is geassocieerd met situaties die doorgaans negatieve zelfkennis activeren (stap 5 in de interventie).

In dat licht is het een interessante bevinding dat Rationele Rehabilitatie in een gecontroleerde langetermijnstudie bij patiënten met diverse primaire diagnoses duurzaam werkzaam bleek te zijn (Van der Veen, Appelo, Bouman, & Schaap, 2005). Rationele Rehabilitatie heeft veel overeenkomsten met contraconditionering, maar legt zo mogelijk nog meer nadruk op het actief maken van positieve ervaringen en wellicht iets minder nadruk op het contraconditioneren zelf (het doelbewust met elkaar vervlechten van aspecten van positieve en negatieve zelfkennis).

Abstract

Low self-esteem is a frequently encountered problem in mental health, transcending several specific emotional disorders. Partly because it is not a specific diagnostic entity in the DSM classification system, few publications in cognitive behavioural therapy are concerned with low self-esteem. This article is about the first experiences in routine practice with a modular group treatment for patients with low self-esteem. Also, the results of a first study into the effectiveness of this treatment are described. In the short run, the modular group treatment seems to be an effective method for a wide range of patients that is rather easily implemented into routine practice.

Referenties

- Appelo, M. (1999). Rationele rehabilitatie: een pilotstudie. *Gedragstherapie*, 32, 57-69.
- Appelo, M.T. (2005). *Positieve uitkomsten lijst (PUL). Handleiding*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Appelo, M., & Harkema-Schouten P. (2003). De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). *Gedragstherapie*, 36, 309-319.
- Appelo, M.T., & Korrelboom, C.W. (2005). Storende preoccupaties: wat doe je ertegen? Inleiding op het themanummer. *Directieve Therapie*, 25, 96-99.
- Baldwin, S.A., Murray, D.M., & Shadish, W.R. (2005). Empirically supported treatments or Type-I errors? Problems with the analysis of data from group administered treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 924-935.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 18, 561-571.
- Beck, A.T., Freeman, A., & associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.

- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In: J.P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (red.), *Measures of personality and social psychological attitudes, Volume I*. San Diego: Academic Press.
- Bouman, T.K. (1989). Assessment van stemmingsstoornissen. In: F.A. Albersnagel, P.M.G. Emmelkamp, & R.H. van den Hoofdakker (red.), *Depressie. Theorie, diagnostiek en behandeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bouman, T.K., Luteijn, F., Albersnagel, F.A., & Ploeg, F.A.E. van der (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory (BDI). *Gedrag-Tijdschrift voor Psychologie*, 13, 13-24.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: a retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Camras, L.A., Holland, E.A., & Patterson, M.J. (1993). Facial expression. In: M. Lewis, & J.M. Haviland (red.), *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second edition*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Does, W. van der (2002). Different types of experimentally induced sad mood? *Behavior Therapy*, 33, 551-561.
- Fennell, M.J.V. (1997). Low self-esteem: a cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 1-25.
- Fennell, M.J.V. (1998). Low self-esteem. In: N. Tarrow, A. Wells, & G. Haddock (red.), *Treating complex cases. The cognitive behavioural therapy approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fennell, M.J.V., & Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. In: J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (red.), *Oxford Guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS. Second edition*. London: Sage.
- Garssen, B., & Hornsveld, H. (1992). Power analyse, of de bepaling van de steekproefgrootte. *Gedragstherapie*, 25, 107-123.
- Korrelboom, C.W. (2000). Versterking van het zelfbeeld bij patiënten met persoonlijkheidspathologie: 'hot cognitions' versus 'cold cognitions'. *Directieve Therapie*, 20, 282-302.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A.H. Tuma, & J. Maser (red.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lang, P.J. (1994). The motivational organization of emotions. In: S. van Goozen, N.E. van de Poll, & J.A. Sergeant (red.), *Emotions: essays on emotion theory*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction: a controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 225-236.
- Mongrain, M., & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 705-713.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Segal, Z.V., Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Veen, D. van der, Appelo, M., Bouman, T., & Schaap, C. (2005). Het effect van Rationele Rehabilitatie op draagkracht, draaglast en zorgconsumptie. *Gedragstherapie*, 38, 17-33.
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.