



[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)

## Versterken van het zelfbeeld bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid

Zelfbeeld is vanaf het begin van de wetenschappelijke psychologie tot op de dag van vandaag een centraal thema in de psychologische theorieën (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt & Schimel, 2004). De laatste dertig jaar zijn er in wetenschappelijke tijdschriften meer dan vijftienduizend artikelen over zelfbeeld gepubliceerd, en de interesse voor het onderwerp is nog niet tanende (Crocker & Park, 2004). In de literatuur worden verschillende typen zelfbeeld onderscheiden en ook de theorieën over het zelfbeeld variëren. Een gemeenschappelijk thema dat ten grondslag ligt aan deze concepten is echter dat zelfbeeld verwijst naar iemands evaluatie van het zelf en dat mensen over het algemeen gemotiveerd zijn een positief zelfbeeld te hebben en te behouden. Deze definitie van zelfbeeld zal ook worden aangehouden in dit artikel (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995; Greenwald & Farnham, 2000; Barrowclough, Tarrier, Humphreys, Ward & Gregg, 2003; Thewissen, 2007).

Leven met een psychiatrische ziekte kan van grote invloed zijn op iemands zelfbeeld. De ervaring van het verliezen van de controle over de intiemste aspecten van iemands innerlijke wereld, zoals het denken en de perceptie, kunnen negatieve effecten hebben op iemands zelfbeeld. Daarbij wordt een psychische stoornis vaak manifest en opgemerkt door afwijkend gedrag dat veelal een negatieve sociale lading heeft. Als de ziekte zich op een openlijke en publieke manier manifesteert, kan dit bijdragen aan verlies van een positief zelfbeeld. Tot slot kunnen sommige vormen van behandeling, vooral als deze onvrijwillig worden ondergaan, een negatief beeld geven van iemands competentie en dus ook het zelfbeeld negatief beïnvloeden (Link & Phelan, 1999).

In de literatuur over de subjectieve beleving van een ernstige psychiatrische ziekte wordt gerapporteerd over het belang van het zelfbeeld. Roe (2003) onderzocht de relatie tussen zelfbeeld en functioneren bij psychotische patiënten gedurende het eerste jaar na een opname. Er werd gevonden dat verandering in zelfbeeld significant geassocieerd is met de mate van symptomen en het niveau van functioneren. Een positiever zelfbeeld was geassocieerd met minder symptomen en een hoger niveau van functioneren dan een minder positief zelfbeeld. Barrowclough en anderen (2003) onder-

zochten de relatie tussen het zelfbeeld en symptomen bij schizofreniepatiënten. Zij vonden dat hoe meer symptomen patiënten hadden, hoe negatiever het zelfbeeld was. De sterkste associatie werd gevonden tussen een negatief zelfbeeld en de ernst van positieve symptomen. Ook Brekke, Levin, Wolkon, Sobel en Slade (1993) vonden een relatie tussen een negatief zelfbeeld en matig functioneren. Deze bevindingen geven steun aan het bestaan van een relatie tussen zelfbeeld en ziekteverloop. De richting van het causale verband blijft echter onduidelijk. Deze resultaten suggereren dat hulp bij behoud en verbetering van het zelfbeeld bij psychiatrische ziekte mogelijk een positief effect op de klacht kan hebben.

Er zijn verschillende behandelingen bekend die specifiek zijn gericht op verbetering van het zelfbeeld, waaronder de interventies van Tarrier (2001), Korrelboom (2011) en Fennell (1998). De interventie van Tarrier is specifiek geschreven voor de psychotische doelgroep, de interventies van Korrelboom (COMET) en Fennell zijn oorspronkelijk niet specifiek geschreven voor deze doelgroep. Momenteel is nog geen van deze behandelingen opgenomen in de *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie* (Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2010). In dit artikel zullen de methoden van Tarrier, Korrelboom en Fennell worden beschreven en vergeleken. Vervolgens zal de behandeling van het zelfbeeld met de methode van Korrelboom toegelicht worden.

#### DE BEHANDELING VOLGENS FENNEL

Het cognitief gedragsmatige model van Fennell (1998) gaat ervan uit dat men op basis van levenservaringen (die zich meestal vroeg in het leven voordoen) een kernovertuiging of schema over zichzelf vormt. Deze ervaringen omvatten temperament, levensomstandigheden, ervaringen met primaire verzorgers en significante anderen, religieuze/sociale/politieke context en ervaringen van verlies, afwijzing, verwaarlozing of mishandeling. De kernovertuiging is een verzameling van globale evaluaties van het zelf en evaluaties van iemands waarde als persoon (McManus, Waite & Shafran, 2009).

Wanneer deze kernovertuiging overwegend negatief is (bijvoorbeeld 'ik ben waardeloos') leidt dit tot een negatief zelfbeeld. Als respons op deze negatieve kernovertuiging ontwikkelt men strategieën om door het leven te kunnen gaan ondanks de waargenomen tekortkomingen. Deze strategieën worden door Fennell omschreven als 'leefregels' en zijn vergelijkbaar met de door Beck (1976, aangehaald in McManus et al., 2009) beschreven disfunctionele conditionele assumpties. Als wordt voldaan aan de voorwaarden

van de leefregel, ontsnapt men aan een confrontatie met de kernovertuiging. Zo kan een patiënt de negatieve kernovertuiging 'ik ben een slecht mens' proberen op te lossen met de volgende leefregel: 'Ik moet tegenover iedereen altijd aardig en behulpzaam zijn.' Zolang aan deze leefregel wordt voldaan, ontsnapt patiënt aan een confrontatie met de negatieve kernovertuiging. Leefregels zijn meestal gerelateerd aan thema's als acceptatie, controle en prestaties; datgene wat men gelooft te moeten doen om geliefd te zijn of geaccepteerd te worden, voldoende controle te hebben of om succesvol en uiteindelijk gelukkig te zijn.

De leefregels die ontstaan als reactie op een negatieve kernovertuiging neigen echter buitensporig te zijn qua inhoud of toepassing. De moeite die het kost om zich te gedragen in overeenstemming met zulke extreme en rigide leefregels lijkt aanzienlijk. Ook is de kans groot dat in het dagelijks leven niet altijd voldaan zal kunnen worden aan de nagestreefde leefregels. Volgens Fennell (1998) zal er spanning en angst ontstaan wanneer er dreiging is dat de leefregels worden gebroken en zal dit kunnen verschuiven richting depressiviteit als de regels daadwerkelijk als gebroken worden beschouwd. De negatieve kernovertuiging kan volgens Fennell (1998) verder worden bevestigd door verschillende onaangepaste gedragingen, zoals vermijding of veiligheid zoeken.

De behandeling die voortkomt uit het model van Fennell duurt gewoonlijk twaalf sessies gedurende vier tot zes maanden, en kan onderverdeeld worden in vier fasen. In de eerste fase (sessie 1-2) worden doelen gesteld, probleemformuleringen geïndividualiseerd en wordt psycho-educatie gegeven. In de tweede fase (sessie 3-6) wordt getracht in stand houdende cycli te doorbreken. Er wordt geleerd gedachten/overtuigingen te herevalueren met behulp van cognitieve technieken en gedragsexperimenten. In de derde fase (sessie 5-9) worden leefregels opnieuw geëvalueerd en alternatieve, meer functionele regels ontwikkeld. In de laatste fase (sessie 7-12) wordt de kernovertuiging ('bottom line') opnieuw geëvalueerd en wordt een alternatieve, meer functionele kernovertuiging geformuleerd, waarbij zelfkritiek wordt bestreden en acceptatie wordt bevorderd. Ook wordt gekeken naar de toekomst.

#### DE BEHANDELING VOLGENS TARRIER

Tarrier (2001) beschrijft een interventie gericht op het verbeteren van copingstrategieën en het verbeteren van het zelfbeeld. Het verbeteren van het zelfbeeld zal volgens Tarrier het gebruik van effectieve copingstrategieën stimuleren. Het doel van de interventie gericht op het zelfbeeld is driedig: het generaliseren van positieve

attributies, het uitdagen van negatieve zelfschema's en het verbeteren van het gehele zelfbeeld. In deze behandeling speelt het veranderen van de selectieve aandacht een grote rol. Hierbij wordt gebruikgemaakt van voorbeelden en registratie van concreet gedrag in de afgelopen weken.

De interventie bestaat uit zeven wekelijkse sessies van één uur. De stappen zijn als volgt: de patiënt wordt gevraagd om tien positieve kwaliteiten van zichzelf te benoemen (twee per sessie) en zichzelf op een schaal van 0 tot 100 hierop te evalueren. Tarrier benadrukt dat het aantal gevraagde positieve kwaliteiten moet aansluiten bij het functioneren van de patiënt. Ook benadrukt hij dat het (niet) behalen van het gevraagde aantal kwaliteiten geen nieuwe faalervaring moet worden. Vervolgens wordt gevraagd naar recente voorbeelden van deze kwaliteiten, omschreven in concreet gedrag. De voorbeelden worden uitvergroot met behulp van verbale beschrijvingen en mentale imaginatie. Vervolgens wordt de patiënt gevraagd zichzelf opnieuw te scoren op een schaal van 0 tot 100 op de genoemde kwaliteiten. Hierbij wordt uitgelegd dat de zelfevaluatie verandert, omdat deze afhankelijk is van de aandacht die eraan wordt besteed. Als huiswerk dient de patiënt voorbeelden van concreet gedrag van de genoemde kwaliteiten gedurende de week te registreren. Het doel hiervan is het generaliseren van positieve zelfevaluaties en het experiëntieel ervaren van enkele positieve persoonlijke kenmerken. Tevens wordt de patiënt impliciet en expliciet gestimuleerd om de positieve gedragingen vaker uit te voeren. Het positief geëvalueerde gedrag neemt hierdoor in frequentie vaak toe, wat natuurlijk ook de bedoeling is. Na de registratieopdracht wordt feedback op de gevonden voorbeelden gegeven en worden gezamenlijk nog meer voorbeelden gezocht. Opnieuw wordt de cliënt gevraagd zichzelf te scoren op dezelfde schaal, en er wordt uitgelegd dat deze evaluatie verbetert door de gerichte positieve aandacht voor zijn kwaliteiten. Bij disfunctionele zelfevaluaties kan tussendoor gebruik worden gemaakt van uitdaagtechnieken, zoals het meerdimensionaal evalueren. Gedurende de interventie wordt geregeld stilgestaan bij het effect dat de aandacht voor en het uitvoeren van positieve gedragingen heeft op de zelfwaardering, en er wordt benadrukt dat de patiënt zijn zelfwaardering zelf kan beïnvloeden door de principes uit de training consequent toe te passen.

#### DE COMET-BEHANDELING VOLGENS KORRELBOOM

COMET is een interventie voor het verbeteren van het zelfbeeld waarbij wordt gebruikgemaakt van imaginatie, lichaamshouding,

gelaatsuitdrukking, zelfverbalisatie en muziek (Korrelboom, 2011). Het doel is het toegankelijker maken van functionele zelfopvattingen met behulp van herhaling, versterken van de emotionele salientie van die functionele zelfopvattingen en van contraconditionering om die opvattingen steviger te associëren met (reeds bestaande) triggers voor een negatief zelfbeeld. De methode staat bekend als Competitive Memory Training (COMET; Korrelboom, 2011).

Vooraf wordt met de patiënt besproken dat het negatieve zelfbeeld door ervaringen, selectieve aandacht en conditionering is gaan overheersen. De patiënt wordt uitgedaagd om na te gaan of het negatieve zelfbeeld realistisch is. Als de patiënt verstandelijk concludeert dat het negatieve zelfbeeld niet (helemaal) realistisch is, maar toch gevoelsmatig blijft overheersen, worden de stappen van het protocol doorlopen.

De module is geschreven voor groepsbehandeling en bestaat uit acht sessies van gemiddeld anderhalf uur, maar kan ook individueel worden toegepast. Het protocol maakt gebruik van vier procedures om de negatieve kerncognitie te verbeteren: imaginatie, positieve zelfverbalisatie, motorische feedback en muziek. Allereerst wordt het negatieve zelfbeeld benoemd (thema), worden feitelijke competente aspecten van het zelf die hiermee in tegenspraak zijn (tegenthema) opgespoord, en worden concrete voorbeelden van het tegenthema uitgewerkt. Een gebeurtenis uit het leven van de patiënt waarin de positieve kenmerken van de patiënt (tegenthema) sterk werden ervaren, wordt uitvergroot door er een gedetailleerd verhaal over te schrijven. Deze herinnering wordt met behulp van imaginatie levendig herbeleefd. Met behulp van bijpassende positieve zelspraak, bijpassende lichaamshouding en gelaatsuitdrukking en muziek die het sterke gevoel symboliseert, wordt het tegenthema nog beter voelbaar gemaakt. De muziek kan op een hoofdtelefoon tijdens de oefening worden afgespeeld. De oefeningen met het oproepen van de positieve eigenschappen worden geregeld thuis en in de sessies herhaald.

In de volgende fase van COMET worden deze positieve herinneringen gekoppeld aan triggers die tot nu toe negatieve zelfopvattingen activeerden. Deze contraconditionering vindt op twee manieren plaats. Bij de eerste manier, het *immuniseren*, wordt met behulp van contraconditionering het nieuwe positieve zelfbeeld stabiel gemaakt. Het positieve zelfbeeld wordt steeds eerst geactiveerd. Eenmaal geactiveerd wordt, terwijl de patiënt het positieve zelfbeeld blijft vasthouden, een situatie voorgesteld waarin de patiënt voorheen vaak het negatieve zelfbeeld beleefde. Er wordt verwacht dat door deze herhaalde koppeling van 'positieve zelfopvattingen' met 'moeilijke situaties' het negatieve zelfbeeld steeds

moeilijker door zulke situaties kan worden getriggerd. Zo zou het zelfbeeld dus geleidelijk aan min of meer 'immuun' kunnen worden voor negatieve connotaties. Bij de tweede manier van contraconditionering, de *copingvariant*, leert de patiënt tot slot om — wanneer het negatieve zelfbeeld ondanks de 'immunisering' in de eerste variant van contraconditionering, toch nog wordt geactiveerd — actief om te schakelen naar een positief zelfbeeld.

#### OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN

De drie beschreven interventies tonen overeenkomsten en verschillen. Zij onderscheiden zich het meest van elkaar door het verschil in de focus van de behandeling. Fennell (1998) richt zich vooral op *cognities*, door gebruik te maken van een combinatie van traditionele cognitief gedragstherapeutische en meer schemagerichte technieken. Tarrier (2001) richt zich vooral op *gedrag*, door de selectieve aandacht te verleggen naar concreet positief geëvalueerd gedrag en door de concrete uitvoering van zulke gedragingen impliciet en expliciet te stimuleren. COMET (Korrelboom, 2011) richt zich vooral op *gevoel*, door de emotionele saillantie van functionele cognities te verhogen.

Alle drie de interventies gaan ervan uit dat het negatieve zelfbeeld is gebaseerd op disfunctionele assumpties die dienen te worden uitgedaagd. Fennell en Tarrier beschrijven hoe dit gedaan kan worden. Met name bij Fennell is het onderzoeken en tegen elkaar afzetten van argumenten die de positieve en negatieve zelfopvattingen ondersteunen en ondermijnen een wezenlijk onderdeel van de procedure. Ditzelfde geldt, zij het in mindere mate, voor Tarrier. Ook daar wordt af en toe stilgestaan bij de vraag in hoeverre de positieve nieuwe zelfopvattingen de negatieve oude opvattingen al dan niet voldoende weerspreken.

COMET verschilt hierin: in dit protocol wordt ervan uitgegaan dat het uitdagen van negatieve opvattingen al gedaan is, verstandelijk ook zo beleefd kan worden, maar emotioneel nog niet voldoende als 'waar' aanvoelt en zodoende op affectief niveau verder dient te worden bewerkt. COMET richt zich primair en expliciet op het verder versterken van deze reeds aanwezige (maar nog niet erg 'beschikbare') positieve zelfkennis. Als die maar competitief genoeg is, zal die vanzelf de negatieve oude zelfkennis gaan overheersen. Expliciet stilstaan bij de vraag of en in hoeverre de oude opvattingen worden gecorrigeerd door de nieuwe ervaringen is geen vast onderdeel van de procedure. Zodra een patiënt verstandelijk kan aangeven dat zijn zelfbeeld te negatief is en dat hij over eigenschappen beschikt die dat negatieve zelfbeeld op zijn minst enigszins com-

penseren of corrigeren, richt COMET zich op het beter voelbaar maken van die positieve eigenschappen. Waar de patiënt, voorafgaande aan COMET, nog onvoldoende (intellectualistische) 'weet' heeft van de disfunctionaliteit van zijn zelfopvattingen, zal eerst meer traditionele cognitieve therapie moeten worden toegepast (bijvoorbeeld à la Fennell), alvorens naar COMET kan worden overgeschakeld.

Op praktisch gebied verschillen de drie protocollen in doelgroep (Fennell en COMET voor een brede doelgroep, Tarrier specifiek voor de psychotische doelgroep) en duur van de therapie (Fennell: twaalf sessies met eventuele verlenging bij hoge complexiteit, COMET: zes tot acht sessies van 45 minuten individueel of 90 tot 120 minuten bij groepsbehandeling, Tarrier: zeven wekelijkse sessies van één uur). De methoden van Tarrier en COMET zijn bedoeld als aanvullende interventies, terwijl de methode van Fennell een opzichzelfstaande behandeling is.

Uiteraard komen de drie behandelingen overeen in hun doel het zelfbeeld te verbeteren en te verstevigen. Daarbij maken zij alle gebruik van het doorbreken van de selectieve aandacht voor negatieve aspecten van het zelf, namelijk door positieve en realistische aspecten van het zelf uit te vergroten. De drie protocollen stimuleren patiënten om vaker en gedetailleerder aandacht te besteden aan de positieve aspecten van zichzelf. Op praktisch gebied maken zij alle gebruik van huiswerk, registratie, herhaling en overleren.

Tot op heden is er nog geen systematische evaluatie gedaan van de interventie van Fennell binnen de klinische populatie. Naar COMET van Korrelboom en de methode van Tarrier zijn wel effectonderzoeken verricht. Het onderzoek naar de interventie van Tarrier is verricht binnen de doelgroep van mensen met een psychotische stoornis. De resultaten laten een verhoging van het zelfbeeld, afname van psychotische symptomen en verbetering van sociaal functioneren zien bij toevoeging van de beschreven interventie aan bestaande behandeling (Hall & Tarrier, 2003). Deze resultaten worden grotendeels behouden bij follow-up na drie maanden en na twaalf maanden (Hall & Tarrier, 2004). Onderzoek naar de interventie van Korrelboom is nog niet verricht binnen de psychotische doelgroep, maar de methode is wel effectief gebleken in diverse andere doelgroepen, zoals mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Korrelboom, Marissen & Van Assendelft, 2011), eetstoornissen (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts & Daansen, 2009) en depressie (Korrelboom, Maarsingh & Huijbrechts, 2012). Naast het protocol voor zelfwaardering zijn er ook andere COMET-protocollen ontwikkeld, zoals COMET bij auditieve hallucinaties (De Haan, Van der Gaag & Korrelboom, 2007; Daalman & Sommer, 2010; Van der Gaag & Korrelboom, 2006). In een gerandomiseerde studie



bleek dat deze behandeling effectief kan zijn bij de behandeling van auditieve hallucinaties bij schizofreniepatiënten (Van der Gaag, Van Oosterhout, Daalman, Sommer & Korrelboom, 2012).

#### PRAKTIJKERVARINGEN MET HET COMET-PROTOCOL BIJ MENSEN MET EEN PSYCHOTISCHE KWETSBAARHEID

Binnen het ambulante behandelteam in Den Haag is het zelfbeeldprotocol van Korrelboom meerdere keren in groepsverband en individueel aangeboden aan patiënten met een psychotische kwetsbaarheid, zoals schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis. Hoewel het protocol niet geschreven is voor deze doelgroep hebben we er positieve ervaringen mee. We hebben ervoor gekozen om COMET bij zelfbeeld toe te passen na positieve resultaten van COMET bij auditieve hallucinaties (Van der Gaag, Van Oosterhout, Daalman, Sommer & Korrelboom, 2010). Bovendien laat het COMET-protocol grote effect sizes zien na behandeling bij een brede doelgroep met een negatief zelfbeeld (Korrelboom et al., 2011; Korrelboom, De Jong et al., 2009; Korrelboom et al., 2012). We hebben de stappen van het COMET-zelfbeeldprotocol gevolgd en hebben het protocol aangepast voor deze doelgroep: een lager tempo (er zijn gemiddeld twee sessies nodig voor één bijeenkomst uit het protocol), meer begeleiding en uitleg bij de te lezen teksten, het meegeven van hulpmiddelen bij het plannen en uitvoeren van het huiswerk, meer structureren van de groep, verkorten van de duur van de bijeenkomsten of het inlassen van een pauze, gebruik van heldere sheets, en het uitreiken van een certificaat om de motivatie te vergroten en het cursusconcept te onderstrepen. Hierna volgt een beschrijving van een dergelijke groepsbehandeling, met enkele meetresultaten. Tot slot volgt een beschrijving van een individuele COMET-behandeling, zonder aanpassingen van het protocol.

#### ¶ Groep

Acht patiënten met de diagnose schizofrenie of schizo-affectieve stoornis starten met twee therapeuten (een psycholoog en een SPV) aan de COMET-zelfbeeldgroep. Het zijn zeven mannen en één vrouw. Zij hebben allen vooraf een indicatiegesprek gehad, waarin aandacht wordt besteed aan de opzet van de cursus, de motivatie van de patiënt en de belangrijkste indicatiecriteria voor COMET-zelfbeeld (een negatief zelfbeeld hebben, maar verstandelijk weten dat het niet helemaal klopt). Eén man en de vrouw vallen na twee sessies uit. Beiden geven aan de cursus niet te kunnen combineren met hun huidige dagbesteding. Zes patiënten maken de gehele cursus af. Hun gegevens zijn terug te vinden in de figuren.

In totaal volgen er zestien bijeenkomsten met de volgende opzet:

- ▶ Bijeenkomst 1-4: kennismaking, uitleg procedure, uitleg zelfbeeld, benoemen negatief zelfbeeld, benoemen positief zelfbeeld en uitschrijven van de voorbeelden.
- ▶ Bijeenkomst 5-7: oefenen voelbaar maken positief zelfbeeld.
- ▶ Bijeenkomst 8-12: oefenen met de eerste variant van contraconditioneren, het zogenaamde 'immuniseren'. Door het in de bijeenkomsten 5-7 versterkte positieve zelfgevoel herhaaldelijk te koppelen aan situaties die doorgaans negatieve zelfevaluaties oproepen, wordt dat positieve zelfgevoel gestabiliseerd en verder verbreed.
- ▶ Bijeenkomst 13-14: oefenen met de tweede variant van contraconditionering, de copingvariant. De patiënt leert in een serie oefeningen om eerst een negatief zelfgevoel op te wekken en er vervolgens van 'weg te schakelen' naar een positief zelfbeeld.
- ▶ Bijeenkomst 15-16: onderhouden van het geboekte resultaat en uitreiken certificaat.

Uitleg en illustraties van deze stappen volgen hierna aan de hand van de ervaringen met de zes deelnemers.

Het lukt alle cursisten goed om het negatieve zelfbeeld te benoemen, maar het benoemen van het tegengestelde positieve zelfbeeld gaat moeilijk. Geen toegang hebben tot positieve zelfkennis is een veelvoorkomend probleem bij patiënten van verschillende doelgroepen, maar vormt mogelijk voor deze doelgroep een nog grotere uitdaging vanwege de grotere invalidering. Voorbeelden zijn het niet kunnen vinden van een positief zelfbeeld van Hans (cursist 1) en het cynisme van Jan (cursist 5), die cynisch de training vergelijkt met 'Ratelband-methoden' ('tsjakka!'). Het cynisme kan worden teruggebracht met uitleg en voorbeelden van feitelijke positieve kwaliteiten van de deelnemers die zij van zichzelf over het hoofd zien, maar door andere deelnemers wel worden opgemerkt. Mensen met een lage zelfwaardering hebben (ook als ze schizofrenie hebben) de neiging om positieve eigenschappen te bagatelliseren en (al dan niet vermeende) negatieve eigenschappen uit te vergroten. Zo bepaalt de selectieve aandacht het gevoelsmatige zelfbeeld in plaats van de feiten. Tijdens COMET worden die veronachtzaamde positieve eigenschappen met opzet benadrukt. Voorbeelden van dikwijls veronachtzaamde positieve eigenschappen zijn: hulpvaardigheid, trouw, betrouwbaarheid, eerlijkheid, doorzettingsvermogen, gevoel voor humor, ergens goed in zijn (tekenen, sport, muziek, koken).

De cursisten schrijven hun sterkste voorbeeld van hun positieve zelfbeeld uit tijdens de bijeenkomst en lezen dit voor in de groep.

Het moeizaam vinden van de positieve zelfbeelden, de wisselende inspanningen in het huiswerk maken en het lezen van teksten en doen van huiswerkopdrachten tijdens de bijeenkomsten, zorgen ervoor dat stap 1, 2 en 3 vier bijeenkomsten in beslag nemen, in plaats van de twee die er in het protocol voor zijn gereserveerd.

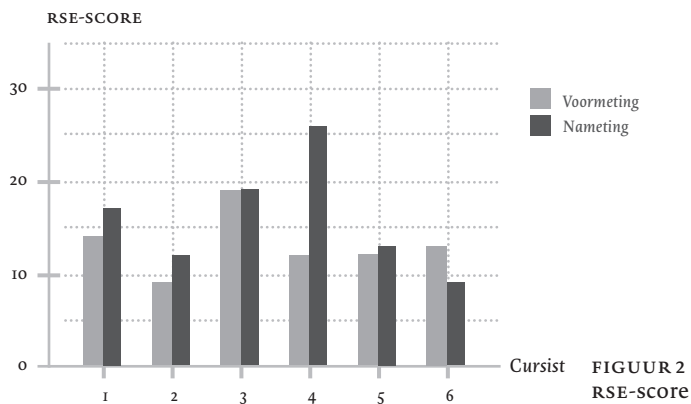
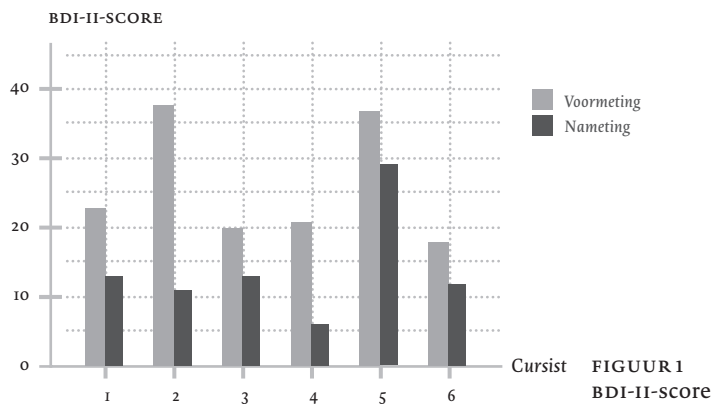
Het oefenen met het voelbaar maken van het positieve zelfbeeld wordt eerst geoefend zonder muziek, later wordt de muziek toegevoegd. De cursisten hebben moeite met het voelbaar maken van het positieve zelfbeeld. Factoren die hier mogelijk een rol bij spelen zijn: moeizaam abstract denken bij mensen met schizofrenie en autisme (comorbide stoornis van cursist 4), gevoelens van leegte (1) en het niet goed begrijpen van de rationale bij beneden gemiddelde intelligentie (6). Met behulp van veel herhaling, veel geduld, veel oefenen en veel doorzettingsvermogen van zowel de cursisten als de trainers lukt het uiteindelijk om toch iets positiefs te ervaren tijdens de oefening. Het geeft Hans (1) veel hoop dat hij ondanks de leegte toch het positieve zelfbeeld kan ervaren.

Zodoende oefenen we het voelbaar maken van het positieve zelfbeeld extra in de groep. We doen dit in verschillende samenstellingen: eerst in tweetallen, waarbij ze elkaar coachen en uitvragen (vragen naar details: wat zie je, wat hoor je, wat doe je?), daarna in twee groepen, daarna plenair met algemene instructies. Het contraconditioneren wordt direct plenair geoefend. Jan (5) gebruikt het activeren van het positieve zelfbeeld al snel ook als hij last heeft van craving naar alcohol. Hierdoor zakt de craving en lukt het hem om gedurende en tot na de cursus abstinentie te behalen. Theo (2) mist meerdere bijeenkomsten door het omdraaien van zijn dag-en-nachtritme. Toch kan hij de opdrachten goed maken en begrijpt hij de rationale goed. Het lijkt erop dat voor hem het tempo van de cursus te laag is. Hij is minder geïnvaleerd door negatieve symptomen en cognitieve stoornissen en heeft een actiever sociaal leven dan de andere cursisten. Als de muziek wordt toegevoegd, luisteren sommigen de muziek met koptelefoon tijdens de oefening, anderen imaginair. De muziek wordt pas als laatste toegevoegd, omdat in eerdere groepen cursisten moeite hadden om de verschillende technieken in één keer gezamenlijk toe te passen.

Ook het contraconditioneren wordt extra geoefend in de groep. Het lukt nu al wel om met algemene instructies ieder voor zich de oefening te laten uitvoeren. De hiërarchie wordt in de groep gemaakt. Sommige cursisten hebben moeite om meerdere situaties te bedenken waarin hun negatieve zelfbeeld wordt geactiveerd. De voorbeelden van anderen inspireren hen om meer situaties te vinden waarmee geoefend dient te worden. Theo (2) vormt een goed rolmodel voor de groep als het hem lukt om zijn sociale angst te overwinnen in de supermarkt door in de rij zijn positieve zelfbeeld

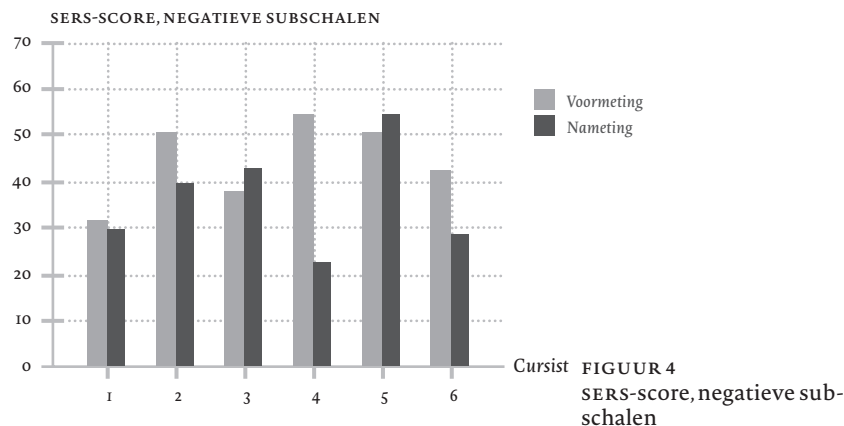
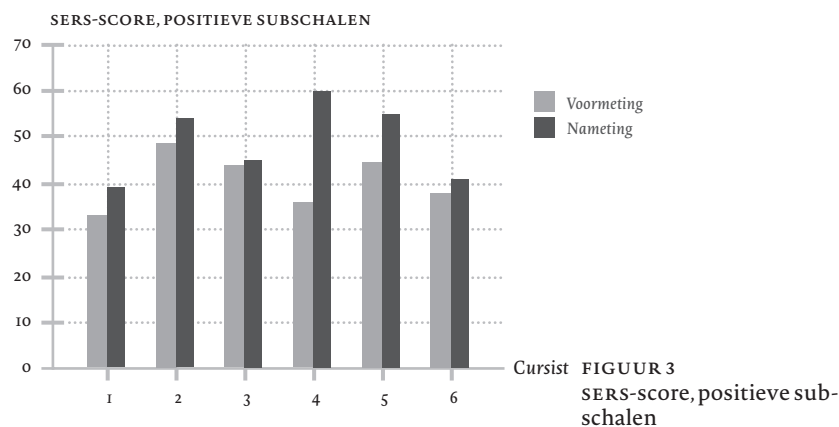
te activeren. Ook Jan (5) inspireert anderen om door te zetten, doordat het hem blijft lukken om geen alcohol te drinken en doordat hij zich bij dreigende conflicten met zijn omgeving adequaat kan terugtrekken door zijn positieve zelfbeeld te activeren. Daniël (3) krijgt van zijn zus te horen dat hij zelfverzekerder overkomt en plant meer sociale activiteiten. Hans (1) lijkt weinig verandering in gedrag te vertonen, maar ervaart vooral hoop voor de toekomst nu hij zich minder leeg voelt. Erik (4) krijgt tijdens de cursus een relatie. Ook dit activeert zijn positieve zelfbeeld. Helaas nemen zijn betrekkingsideeën echter toe, waardoor hij de laatste bijeenkomst in verband met te veel achterdocht niet bijwoont. Alles tezamen genomen rapporteren de meeste cursisten vooruitgang, wat wij in de bijeenkomsten ook terugzien.

Om dit te objectiveren hebben we ook enkele vragenlijsten afgenomen. De Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; Rosenberg, 1965) is de meest gebruikte vragenlijst in de literatuur om 'globale zelfwaardering' te meten. Een hoge score op de RSE geeft een indicatie voor een positief zelfbeeld; de maximale score is 30 (10 vragen met score van 0-3). De Self-Esteem Rating Scale (SERS; Lecomte, Corbière &



Laisné, 2006) wordt binnen de psychotische doelgroep vaak gebruikt om het positieve en negatieve zelfbeeld te meten. Anders dan de RSE, die 'globale zelfwaardering' meet, gaat de SERS ervan uit dat zelfwaardering twee relatief onafhankelijke dimensies kent: positieve zelfwaardering en negatieve zelfwaardering. Een hoge score op de positieve subschaal (range 10–70) geeft een indicatie voor een hoog positief zelfbeeld, een hoge score op de negatieve subschaal is indicatief voor een hoog negatief zelfbeeld (range 10–70). De BDI-II (Van der Does, 2002) meet depressiviteit. Een lage score betekent dat er weinig kenmerken van depressiviteit worden herkend (21 vragen met score van 0–3). Deze lijst is toegevoegd omdat uit andere COMET-studies blijkt dat de methode een gunstige invloed heeft op depressiviteit (Maarsingh, Korrelboom & Huijbrechts, 2010).

In de figuren 1 tot en met 4 zijn de voor- en nametingen terug te vinden. Uiteraard zijn dit te weinig scores om representatieve uitspraken te kunnen doen, maar de figuren zijn een goede weergave van onze klinische indruk: alle cursisten voelen zich na afloop van de cursus aanzienlijk minder somber, vijf van de zes cursisten herken-



nen meer uitspraken die horen bij een positief zelfbeeld op de RSE, alle cursisten scoren na afloop hoger op uitspraken die horen bij een positief zelfbeeld van de SERS, en vier van de zes cursisten herkennen minder uitspraken die horen bij een negatief zelfbeeld.

#### DE ERVARINGEN VAN MARLEEN

Marleen is ten tijde van de therapie 28 jaar oud. Zij werkt bij een verzekeringsmaatschappij als telefoniste en geeft één dagdeel per week Spaanse les. Zij heeft de diagnose schizoaffectieve stoornis. Als zij 22 jaar oud is, wordt zij voor het eerst psychotisch. Zij heeft last van paranoïde ideeën en betrekkingsideeën. Sindsdien heeft zij enkele korte periodes meegemaakt met een toename van symptomen, die snel verminderen bij medicatieverhoging. Binnen haar huidige behandelcontact rapporteert zij geen blijvende psychotische symptomen, enige last van cognitieve stoornissen, maar de meeste last ondervindt zij van haar stemmingswisselingen. Hoewel zij positieve feedback krijgt van haar omgeving heeft zij zelf met grote regelmaat het idee dat zij professioneel en sociaal tekortschiet. Contact met collega's en leidinggevenden kan veel stress geven, en op feestjes heeft ze het idee dat ze niks interessants te vertellen heeft, waardoor ze zich terugtrekt. Gevolgen hiervan zijn momenten van somberheid en negatieve emoties en een verhoogde druk in haar professionele en sociale functioneren. In totaal volgen er acht individuele sessies COMET van 50 minuten. De sessies zijn individueel omdat zij zelf niet aan een groep wil deelnemen en omdat de verwachting is dat haar werktempo hoger ligt dan het gemiddelde tempo van een groep. Het negatieve zelfbeeld dat zij formuleert is: 'Ik ben niet goed genoeg.' Het positieve zelfbeeld (tegenthema) dat zij formuleert is: 'Ik ben de moeite waard!' Het beste voorbeeld hiervan is het moment tijdens haar diploma-uitreiking waarop zij een toespraak hield voor vrienden, familie, klasgenoten en docenten. Zij schrijft een kort verhaal over deze gebeurtenis en gebruikt foto's van toen om de herinnering te verlevendigen. Haar lichaamshouding en gezichtsuitdrukking stralen trots en kracht uit. Marleen voelt zich echter wat ongemakkelijk bij het oefenen, vooral tijdens de sessies. Daarom start zij met het activeren van het positieve zelfbeeld onderweg naar haar werk toe; bij de bushalte en tijdens de busreis lukt het om haar positieve zelfbeeld te voelen. Pas daarna oefenen we ook in de sessies. Nadat het ook lukt om het positieve zelfbeeld te activeren in verschillende professionele en sociale situaties, verbetert haar stemming en wordt de therapie afgerond. Zes weken na de afronding rapporteert zij in de onderhoudssessie een stabiele verbeterde stemming en zelfbeeld.

Meer dan zes maanden na het beëindigen van de individuele COMET-behandeling schrijft Marleen, op ons verzoek, wat zij van de behandeling vond:

- ▶ 'In januari 2002 kreeg ik mijn eerste en enige psychose. Na enkele terugvallen en een lange weg ben ik nu al jaren klachtenvrij, mede dankzij medicatie en mijn eigen houding tegenover deze kwetsbaarheid. Waar ik wel moeite mee bleef houden waren de wisselende stemmingen, die elkaar snel opvolgden. In een periode van zes weken voelde ik mij vier weken goed, maar twee weken diep somber. Ik had de neiging om mezelf in zo'n sombere periode naar beneden te halen, waardoor ik nog somberder werd. In maart vorig jaar ben ik op advies van Parnassia begonnen met de module Zelfbeeld. Tijdens acht sessies trainde ik samen met mijn behandelaar om mijn zelfbeeld te liften en kreeg ik tips om mijn zelfbeeld ook op peil te houden. Centraal stond in elke sessie het uitvergrooten van een gebeurtenis uit het verleden waarin ik mij zeer sterk, gelukkig en waardig voelde. Dit werd mijn diploma-uitreiking, die een jaar na mijn psychose plaatsvond. Ook hield ik een dagboekje bij waarin ik elke dag iets opschreef wat goed was gegaan of waar ik tevreden over was die dag. Dat konden heel kleine dingen zijn, zoals op tijd verschijnen op een afspraak. De module heeft mij laten zien hoe ik tevreden over mezelf kan zijn en kan blijven. Het is belangrijk dat ik mij hier bewust van blijf, want als ik het niet train verdwijnt het en verval ik in het oude patroon. Dus af en toe ga ik nog terug naar dat moment van die diploma-uitreiking en haal ik het gevoel terug. Ik mag er zijn!'

## CONCLUSIE

Fennell, Tarrier en Korrelboom beschrijven ieder een interventie om het zelfbeeld te verbeteren en te verstevigen. Hoewel er ook veel overeenkomsten zijn, is de focus van de drie interventies verschillend: Fennell richt zich meer op cognities, Tarrier op gedrag en Korrelboom op affect. Het protocol van Tarrier is specifiek geschreven voor een psychotische doelgroep. Voor COMET geldt dat niet, maar deze therapie blijkt in de praktijk uitvoerbaar te zijn bij deze groep patiënten wanneer men het protocol op een aantal punten aanpast. Over het protocol van Fennell valt over de toepasbaarheid bij psychotische patiënten geen uitspraken te doen.

Dat COMET voor negatief zelfbeeld kan worden toegepast bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid, zoals schizofrenie, verbaast niet echt. Meer en meer blijken verschillende behandelin-

gen uit de 'gewone psychiatrie' ook toepasbaar binnen deze doelgroep. En vaak zijn de benodigde aanpassingen hetzelfde. Er dient voor deze groep rekening te worden gehouden met cognitieve stoornissen, negatieve symptomen, matige motivatie, moeite met het vertalen van theorie naar de eigen praktijk, en een laag werktempo. De concrete aanpassingen die wij hebben gedaan zijn:

- ▶ Individueel intakegesprek met alle deelnemers ter inventarisatie van motivatie en om na te gaan of het negatieve zelfbeeld voldoende cognitief is uitgedaagd (wel weten dat het negatieve zelfbeeld niet klopt, maar dit nog niet voelen).
- ▶ Ruim de tijd nemen voor kennismaking, motivering en het uitleggen van doel en werkwijze van de training.
- ▶ Uitleg van theorie aan de hand van concrete voorbeelden uit de dagelijkse praktijk van de patiënt, met behulp van veel herhaling.
- ▶ Extra hulp bij het omschrijven van het negatieve en positieve zelfbeeld door middel van individuele begeleiding in de groep.
- ▶ Uitvoerig voor- en nabespreken van huiswerk in de sessies, zoals stilstaan bij eventuele problemen en vooraf plannen.
- ▶ Tijd vrijmaken voor huiswerkopdrachten tijdens de bijeenkomsten, omdat deze vaak thuis niet zijn gemaakt.
- ▶ Voorbeeldcasus gebruiken bij uitleg van het voelbaar maken van het positieve zelfbeeld (vooral als patiënten last hebben van vervlakt affect of moeite hebben met abstract denken).
- ▶ Oefenen in subgroepen bij het voelbaar maken van het positieve zelfbeeld.
- ▶ Patiënten adviseren een hulpbron thuis in te schakelen om te helpen bij het maken van het huiswerk.
- ▶ Inschakelen van coördinerend behandelaar (SPV) voor eventuele hulp bij huiswerk en vertaling naar praktijk.
- ▶ Powerpointpresentatie gebruiken om de verschillende stappen van de training te illustreren en te verlevendigen.
- ▶ Certificaat uitreiken aan het einde van de training ter bekrachtiging.
- ▶ Gebruikmaken van kleine bekrachtigers tijdens de bijeenkomsten, zoals koffie, thee en koekjes.
- ▶ Gebruikmaken van een terugkombijeenkomst.

Onze ervaring is dat COMET voor negatief zelfbeeld met deze aanpassingen groepsgewijs goed toepasbaar is bij deze doelgroep. Als de patiënt een hoger werktempo heeft dan gemiddeld, of minder geïnvalideerd is door cognitieve-functiestoornissen of negatieve symptomen, kan het zinvol zijn om te kiezen voor het individueel aanbieden van de training. Onze ervaring is dat deze patiënten de



training wel in de voorgestelde acht bijeenkomsten kunnen afronden. Aan de andere kant hebben we de indruk dat de onderlinge steun, herkenning en stimulans van COMET in groepsverband voor veel patiënten een meerwaarde heeft.

De huidige bevindingen motiveren om verder onderzoek te doen naar het gebruik van COMET voor negatief zelfbeeld en de werkelijke effectiviteit ervan binnen deze doelgroep. Het lijkt de moeite waard om de mogelijkheden en het nut van deze interventies verder uit te werken, wellicht in combinatie met de andere hier beschreven interventies. Mogelijk kan dit in de toekomst resulteren in een specifiek behandelprotocol voor de verbetering van het zelfbeeld van patiënten met een psychotische kwetsbaarheid.

DRS. ROOS DE VALK, gz-psycholoog Parnassia Bavo Groep, Parnassia Ambulant Centrum voor Volwassenen, Den Haag.

DRS. SANDRA VAN DER DRIFT, psycholoog, Fortagroep, Psycho Medisch Centrum Westland.

DR. KEES KORRELBOOM, klinisch psycholoog, psychotherapeut, hoofd wetenschappelijk onderzoek, verbonden aan PsyQ Haaglanden, Parnassia Bavo Groep, Den Haag.

#### Referenties

- Barrowclough, C., Tarrrier, N., Humphreys, L., Ward, J. & Gregg, L. (2003). Self-esteem in schizophrenia: Relationship between self-evaluation, family attitudes and symptomology. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 92–99.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Brekke, J.S., Levin, S., Wolkon, G.H., Sobel, E. & Slade, E. (1993). Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 599–608.
- Crocker, J. & Park, L.E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392–414.
- Daalman, K. & Sommer, I.E.C. (2010). Na 10 jaar eindelijk minder last van stemmen. *Directieve Therapie*, 30, 5–16.
- Does, A. J. W. van der (2002). *BDI-II-NL: Handleiding Beck Depression Inventory-II, Nederlandse vertaling en bewerking*. Lisse: Harcourt Test Publishers.
- Fennell, M. J. V. (1998). Low self-esteem. In: N. Tarrrier, A. Wells & G. Haddock (red.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach* (pp. 217–240). Chichester: Wiley.
- Fennell, M. J. V. (2007). Low self-esteem. In: N. Kazantzis & L. L'Abate (red.), *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, prevention* (pp. 293–314). New York: Springer Science + Business Media.
- Gaag, M. van der & Korrelboom, K. (2006). Competitive Memory Therapy (COMET) bij auditieve hallucinaties. In: M. van der Gaag, F. Withaar & C. J. Slooff (red.), *Cognitieve gedragstherapeutische behandelingen bij mensen met een psychose*. Den Haag: Kenniscentrum Schizofrenie Nederland.
- Gaag, M. van der, Oosterhout, B. van, Daalman, K., Sommer, I. & Korrelboom, K. (2010). Competitive memory training (COMET) can change appraisals of voices. *Schizophrenia Research*, 117, 159–160.
- Gaag, M. van der, Oosterhout, B. van,

- Daalman, K., Sommer, I. & Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *The British Journal of Clinical Psychology/the British Psychological Society*, 51(2), 158–171.
- Greenwald, A.G. & Farnham, S.D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1022–1038.
- Haan, G. de, Gaag, M. van der & Korrelboom, K. (2007). Competitive Memory Training (COMET) bij een psychotische vrouw met auditieve hallucinaties. *Directieve Therapie*, 27, 145–160.
- Hall, P.L. & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 317–332.
- Hall, P.L. & Tarrier, N. (2004). Short term durability of a cognitive behavioural intervention in psychosis: Effects from a pilot study. *Behaviour and Cognitive Psychotherapy*, 32, 117–121.
- Korrelboom, K. (2011). *Competitive Memory Training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2009). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, K., Jong, M. de, Huijbrechts, I. & Daansen, P. (2009). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 974–980.
- Korrelboom, C.W., Maarsingh, M. & Huijbrechts, I. (2012). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: A randomized clinical trial. *Depression & Anxiety*, 29, 102–110.
- Korrelboom, K., Marissen, M. & Assen-delft, T. van (2011). Competitive Memory Training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized effectiveness study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(1), 1–19.
- Korrelboom, K., Weele, K. van der, Gjaltema, M. & Hoogstraten, C. (2009). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem: A pilot study in a routine clinical setting. *The Behavior Therapist*, 32, 3–9.
- Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2010). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lecomte, T., Corbière, M. & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 143, 99–108.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A.D., Wilde, J.M.S., Lecrec, C. & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(7), 406–413.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (1999). *The labeling theory of mental disorder: The consequences of labeling: The sociology of mental health and illness*. New York: Oxford University Press.
- Maarsingh, M., Korrelboom, K. & Huijbrechts, I. (2010). Competitive Memory Training (COMET) voor een negatief zelfbeeld als aanvullende behandeling bij depressieve patiënten: Een pilotstudie. *Directieve Therapie*, 30, 94–112.
- Martens, S., Korrelboom, K. & Huijbrechts, I. (2009). Competitive memory training (COMET) voor piekeren: De anti-pieker training. *Directieve Therapie*, 29, 254–278.
- McManus, F., Waite, P. & Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 266–275.
- Olij, R., Korrelboom, K., Huijbrechts, I., Jong, M. de, Cloin, N., Maarsingh, M. & Paumen, B. (2006). De module

- zelfbeeld in een groep: Werkwijze en eerste bevindingen. *Directieve Therapie*, 26, 307-325.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J. & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130(3), 435-468.
- Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 45-49.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Tarrier, N. (2001). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In: A. Morrison (red.), *Casebook of cognitive therapy for psychosis*. Londen: Routledge.
- Thewissen, V.H.M. (2007). *Understanding the psychology of positive psychotic symptoms: An epidemiological and momentary assessment approach*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.