



[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)

## Expliciete en impliciete zelfwaardering bij patiënten met posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Laura is een 35-jarige vrouw die wordt aangemeld in de specialis- tische ggz vanwege angstklachten. Herinneringen aan traumati- sche gebeurtenissen dringen zich alsmaar aan haar op. Haar stiefvader vernederde, bedreigde en mishandelde Laura, haar moeder en haar zus. Laura is op 18-jarige leeftijd het huis uit ge- gaan. Ze startte een hbo-opleiding en ging op kamers. Hoewel ze het eerste jaar als zwaar heeft ervaren, verliep haar opleiding uit- eindelijk voorspoedig. Laura ontwikkelde een aantal goede vriendschappen en behaalde haar diploma. Na haar afstuderen vond ze een baan en ontmoette ze haar huidige vriend.

Ondanks dat ze haar leven goed heeft opgebouwd, houdt Lau- ra last van nachtmerries over de mishandelingen in haar kinder- tijd. Ze vermijdt situaties die haar aan de mishandelingen doen denken, zoals schreeuwende mensen en tv-programma's waarin geweld voorkomt. Ook is ze erg waakzaam (ze kijkt voortdurend om zich heen of er gevaar dreigt) en schrikt van iedere onver- wachte aanraking. Laura voldoet aan de criteria van een PTSS.

Laura blijft zichzelf als persoon op bewust niveau overwe- gend negatief evalueren. Telkens als ze van slag raakt door het hebben van een herbeleving, dan ervaart ze zichzelf als zwak. Als we bij haar de expliciete zelfwaardering zouden meten met een vragenlijst, dan zal deze naar alle waarschijnlijkheid laag zijn.

Daarnaast valt het op dat wanneer Laura onverwacht kritiek krijgt van een ander, ze als het ware in elkaar krimpt en niet goed durft te reageren. Zodra Laura het idee heeft dat ze moet presteren, bijvoorbeeld bij moeilijke taken op haar werk, kan ze overvallen worden door gevoelens van waardeloosheid. In haar geheugen lij- ken er automatische negatieve zelfassociaties te zijn tussen 'ik' en 'waardeloos/incompetent'. Deze associaties zijn mogelijk ontstaan door de negatieve leerervaringen in haar jeugd. Wanneer deze as- sociaties geactiveerd worden, beïnvloedt dat Laura's gedachten, gevoel en gedrag, zonder dat ze zich er bewust van is wat er precies gebeurt. Hiermee lijkt er, naast een lage expliciete zelfwaardering, ook sprake te zijn van een lage impliciete zelfwaardering.

Zelfwaardering betreft de positieve of negatieve houding die mensen ten opzichte van zichzelf als persoon hebben (onder andere Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). Waar een hoge zelfwaardering zich kenmerkt door positieve zelfevaluaties, wordt een lage zelfwaardering gekenmerkt door een gebrek aan zelfrespect en gevoelens van waardeloosheid. Veelvuldig onderzoek naar zelfwaardering en psychopathologie wijst erop dat een lage zelfwaardering vaak samenhangt met de aanwezigheid van psychische klachten (zie Zeigler-Hill, 2011).

Cognitieve theorieën over posttraumatische-stressstoornis (PTSS) suggereren dat na het meemaken van een traumatische gebeurtenis, zoals fysiek of seksueel geweld, de zelfwaardering kan dalen doordat iemand negatieve conclusies over zichzelf als persoon trekt (Ehlers & Clark, 2000). Een lage zelfwaardering kan een bijdrage leveren aan het ontstaan en voortbestaan van PTSS (Adams & Boscarino, 2006; Dunmore, Clark, & Ehlers, 1999, 2001). De negatieve conclusies die iemand over zichzelf trekt, kunnen namelijk leiden tot negatieve emoties zoals angst en somberheid. Tevens kunnen ze disfunctionele copingstrategieën zoals vermijdingsgedrag teweegbrengen, die een PTSS vervolgens weer in stand kunnen houden (Ehlers & Clark, 2000). Correlationeel onderzoek onder slachtoffers van interpersoonlijk geweld laat bijvoorbeeld een negatief verband zien tussen de mate van zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten (Levendosky et al., 2004; Muller & Lemieux, 2000; Reich et al., 2015).

Zelfwaardering zoals bestudeerd in de hierboven beschreven onderzoeken, wordt ook wel expliciete zelfwaardering genoemd. Het betreft dan zelfevaluaties die het gevolg zijn van een bewust afwegings- en beredeneerproces, en die sturen vooral bewust, gecontroleerd gedrag aan. We kunnen zelfwaardering echter ook op impliciet niveau bestuderen. Impliciete zelfwaardering bestaat uit onbewuste, automatische evaluaties die mensen over zichzelf hebben. Deze evaluaties ontstaan doordat automatische associaties in het geheugen geactiveerd worden als reactie op een stimulus. De associaties roepen vervolgens automatische, affectieve reacties op (zie onder andere Gawronsky & Bodenhausen, 2006; Greenwald & Banaji, 1995). Dit zien we bijvoorbeeld in de casus van Laura, waarbij negatieve gevoelens en een ontwijkende reactie als het ware automatisch geactiveerd worden wanneer zij kritiek krijgt van een ander.

Een belangrijk uitgangspunt van het hier beschreven onderzoek is dat de expliciete en impliciete processen elk een andere invloed op het gedrag van een individu kunnen hebben. Het toevoegen van impliciete maten aan onderzoek naar psychopathologie kan derhalve een meerwaarde bieden bovenop het enkel bestuderen van

expliciete processen. Het zou namelijk inzicht kunnen geven in processen die niet expliciet door patiënten verwoord kunnen worden, maar die wel een rol spelen bij het voortbestaan van psychische klachten. Dit inzicht zou vervolgens weer tot nieuwe interventies binnen de klinische praktijk kunnen leiden.

Onze studie richt zich, naast expliciete zelfwaardering, op impliciete zelfwaardering bij patiënten met PTSS. Er worden automatische associaties onderzocht tussen 'ik versus ander' en 'positief versus negatief'. Er is slechts één onderzoek op het terrein van PTSS en/of trauma bekend waarbij deze impliciete zelfwaardering werd onderzocht (Roth, Steffens, Morina, & Stangier, 2012). Roth en collega's (2012) onderzochten 58 personen die een traumatische gebeurtenis hadden meegemaakt. Ze vonden dat de personen met PTSS een lagere impliciete zelfwaardering na het meemaken van het trauma hadden dan de mensen zonder PTSS. Er werd hierbij echter niet gekeken naar een samenhang tussen deze impliciete zelfwaardering en de ernst van de aanwezige PTSS-klachten. Er zijn andere studies bekend waarbij aan impliciete zelfwaardering gerelateerde vormen van automatische zelfassociaties onderzocht werden. De categorie 'ik versus ander' werd gehanteerd, maar in plaats van 'positief versus negatief' werden er termen gekozen zoals 'kwetsbaar versus niet kwetsbaar'. Van Harmelen en collega's (2010) onderzochten zulke automatische zelfassociaties bij een groep van 2837 personen met en zonder angst- of depressieve stoornissen. Zij vonden dat het meemaken van een trauma, in dit geval kindermishandeling, geassocieerd is met sterkere negatieve automatische zelfassociaties. Hoewel trauma in de kindertijd wel vaak samenhangt met het ontwikkelen van PTSS, werd in dit onderzoek niet gekeken naar een samenhang met eventuele PTSS-klachten. Engelhard, Huijding, van den Hout en de Jong (2007) keken wel naar de aanwezigheid van PTSS-klachten. Zij vonden in een prospectief onderzoek bij militairen ( $N = 105$ ) dat automatische zelfassociaties betreffende de eigen kwetsbaarheid samenhangen met de ernst van PTSS-klachten. Dit wil zeggen, de militairen die na hun uitzending sterkere associaties hadden tussen zichzelf en kwetsbaarheid (bijvoorbeeld 'kwetsbaar' of 'zwak'), hadden meer PTSS-klachten. In dit onderzoek werden echter geen aanwijzingen gevonden dat negatieve automatische zelfassociaties voorafgaand aan de uitzending PTSS-klachten na terugkeer voorspelden. Dit geeft aan dat negatieve automatische zelfassociaties mogelijk eerder een gevolg dan een oorzaak van PTSS zijn. Een zelfde samenhang tussen negatieve automatische zelfassociaties en PTSS-klachten werd gevonden in een grote online studie ( $N > 345$ ) van Lindgren, Kaysen, Werntz, Gasser en Teachman (2013) in een algemene populatie. Zij vonden ook nog

dat deze relatie bleef bestaan wanneer er gecontroleerd werd voor expliciete zelfevaluaties.

Gezamenlijk suggereren deze studies dat negatieve automatische zelfassociaties samenhangen met de aanwezigheid en ernst van PTSS-klachten. Deze samenhang is echter nog niet in een klinische populatie bestaande uit PTSS-patiënten onderzocht. Roth en collega's (2012) bestudeerden een deels klinische populatie. Zij onderzochten echter niet de samenhang van negatieve automatische zelfassociaties met PTSS-klachten, maar de verschillen in deze negatieve automatische zelfassociaties tussen groepen mensen met en zonder PTSS. Wij zijn er in dit onderzoek in geïnteresseerd of de relatie tussen negatieve automatische zelfassociaties en de ernst van PTSS-klachten terug te vinden is in een klinische populatie, waarbij we ons richten op het construct zelfwaardering. We verwachten hierbij (1) een negatieve relatie tussen expliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten, (2) een negatieve relatie tussen impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten en (3) dat de eventuele relatie tussen impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten uniek is, dat wil zeggen, dat deze relatie blijft bestaan als er gecontroleerd wordt voor expliciete zelfwaardering.

## METHODE

### ¶ Deelnemers

De data van dit onderzoek zijn afkomstig uit de baselinemeting van een interventiestudie naar de effecten van cognitieve bias modificatie bij PTSS (ChIP-studie; Changing Interpretations in PTSD). Deelnemers werden geworven bij Pro Persona, een instelling voor gespecialiseerde en generalistische geestelijke gezondheidszorg. Patiënten namen deel aan het onderzoek tijdens hun reguliere behandeling of in de wachtlijstperiode. Hun deelname had geen invloed op het beloop van hun reguliere behandeling. Alle deelnemers hebben, na geïnformeerd te zijn over de inhoud van de studie, schriftelijke toestemming voor deelname gegeven. De ChIP-studie is getoetst en goedgekeurd door de Commissie Mensgebonden Onderzoek, regio Arnhem-Nijmegen (NL nr.: 45594.091.I3).

De inclusiecriteria waren: (1) voldoen aan de DSM-IV-criteria van PTSS, vastgesteld met het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998), (2) een ernstscore hoger dan 20 op een zelfrapportage-instrument voor PTSS-klachten, de Post-traumatic Stress Symptom Scale, Self Report (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993), en (3) het meegemaakt hebben van een interpersoonlijk trauma, bijvoorbeeld seksueel geweld of mishan-

deling. De belangrijkste exclusiecriteria waren: (1) psychotische en/of waanstoornissen (huidige of in het verleden), (2) zwakbegaafdheid, (3) een beperkte beheersing van de Nederlandse taal, (4) recent tentamen suïcide (minder dan drie maanden geleden) of suïcideplannen in de afgelopen maand, en (5) middelenmisbruik in de periode rondom de onderzoeksmeting.

In totaal hebben 71 deelnemers meegedaan aan dit onderzoek, waarvan 57 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 38,7 jaar ( $SD = 11,1$ , range 20-60 jaar). Er was bij alle deelnemers sprake van interpersoonlijk trauma, waaronder seksueel geweld (79%), niet-seksueel fysiek geweld (13%) en/of overig (8%). Bij 94% van de deelnemers was er sprake van traumatisering zowel in de kindertijd (jonger dan 16 jaar) als in de volwassenheid (16 jaar en ouder) en bij 6% was er enkel sprake van traumatisering in de volwassenheid.

### ¶ Meetinstrumenten

► **VRAGENLIJSTEN** De ernst van de aanwezige PTSS-klachten werd vastgesteld met de PSS-SR (Foa et al., 1993). Deze vragenlijst meet middels zelfrapportage de ernst van PTSS-klachten in de afgelopen week. De vragenlijst bestaat uit zeventien items die elk corresponderen met één van de DSM-IV-TR-criteria voor PTSS. De antwoorden worden op een vierpunts likertschaal gegeven. De scorering is 0-51, waarbij hogere scores corresponderen met ernstigere klachten. De interne consistentie van deze vragenlijst is hoog (Cronbachs alfa .91) en de test-hertestbetrouwbaarheid is redelijk tot goed (.74) (Foa et al., 1993). De Nederlandse versie laat ook een goede interne consistentie zien (Mol et al., 2005).

Expliciete zelfwaardering werd gemeten met de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965). De RSES meet globale zelfwaardering op basis van zelfrapportage. De vragenlijst bestaat uit tien items waarbij de antwoorden op een vierpunts likertschaal gegeven moeten worden. De scorering is 0-30, waarbij vijf van de tien items omgekeerd gescoord dienen te worden. Hogere scores corresponderen met een hogere zelfwaardering. De interne consistentie van de Nederlandse RSES blijkt hoog te zijn in zowel een niet-klinische steekproef (Cronbachs alfa .86) (Franck, De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2008) als een poliklinische psychiatrische steekproef (Cronbachs alfa .89) (Everaert, Koster, Schacht, & De Raedt, 2010).

► **IMPLICIETE ASSOCIATIE TEST** Impliciete zelfwaardering werd gemeten met de Impliciete Associatie Test (IAT; Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). De IAT is een gecomputeriseerde reactietijdtaak

waarbij de relatieve sterktes van automatische associaties tussen target- en attributecategorieën gemeten worden.

De in deze studie gebruikte IAT is gebaseerd op een IAT die ontwikkeld werd door de Jong en collega's (2012) en die door hen reeds gebruikt is in onderzoek naar impliciete zelfwaardering (de Jong, Sportel, de Hullu, & Nauta, 2012). De IAT in onze studie bestond uit de targetcategorieën 'ik' versus 'ander' en de attributecategorieën 'positief' versus 'negatief'. Elke categorie bestond uit zes woorden, namelijk: 'ik' (naam deelnemer, ik, me, mij, mezelf, eigen), 'ander' (naam (Lieke, Maarten, Nienke of Roy; de deelnemer werd gevraagd of hij iemand kende met een van deze namen; gekozen werd de naam waarvan de deelnemer niemand kende, of het minst goed), ander, ze, zij, zichzelf, hun), 'positief' (aardig, slim, fijn, goed, leuk, waardevol) en 'negatief' (onaardig, dom, naar, slecht, stom, waardeeloos). De oorspronkelijke taak van de Jong en collega's bevatte vijf woorden per categorie. Wij hebben aan elke categorie één woord toegevoegd om deze IAT beter te kunnen vergelijken met een andere taak binnen de ChIP-studie. We gaan ervan uit dat deze extra woorden geen gevolgen hebben voor de betrouwbaarheid van onze IAT, aangezien de algemene categorienamen (ik, ander, positief, negatief) onveranderd zijn gebleven. Vooral deze algemene categorienamen, en niet de losse woorden binnen elke categorie, blijken van belang voor de uiteindelijke score op de IAT (De Houwer, 2001).

Gedurende de taak zagen deelnemers telkens, één voor één, een woord uit de genoemde categorieën (een 'positief' of 'negatief' woord, of een 'ik'- of 'ander'-woord) in het midden van het scherm verschijnen. De bedoeling was deze woorden zo snel mogelijk in de juiste categorie te plaatsen middels het gebruik van twee toetsen (de A en de L op het toetsenbord). De categorieën waarin de woorden geplaatst moesten worden bleven zichtbaar tijdens het uitvoeren van de taak, namelijk links- en rechtsboven in het scherm.

Deelnemers kregen eerst twee oefenblokken (blok 1 en 2). Vervolgens werd hun in het eerste testblok (blok 3) gevraagd alle woorden uit de categorieën 'ik' en 'positief' met dezelfde toets te categoriseren en die uit de categorieën 'ander' en 'negatief' met de andere toets. Dit is het zogenaamde compatibele blok. Daarna volgde weer een oefenblok (blok 4). In blok 5, het incompatibele blok, werd deelnemers vervolgens gevraagd alle woorden uit de categorieën 'ik' en 'negatief' met dezelfde toets te categoriseren en de woorden uit de categorieën 'ander' en 'positief' met de andere toets. Verondersteld wordt dat reacties sneller zijn wanneer de woorden die met dezelfde toets gecategoriseerd moeten worden sterker met elkaar geassocieerd zijn. Voor personen met een hogere impliciete zelfwaardering zou dit betekenen dat ze woorden uit de categorieën 'ik'

en 'positief' makkelijker met dezelfde toets kunnen categoriseren dan woorden uit de categorieën 'ik' en 'negatief'. Vandaar dat blok 3 het 'compatibele blok' wordt genoemd en blok 5 het 'incompatibele blok'.

Wanneer er een incorrecte respons gegeven werd, verscheen er een rood kruis in het midden. Vervolgens werd na 1000 milliseconden verdergegaan met het volgende woord. Wanneer na 5000 milliseconden geen respons gegeven was, verscheen ditzelfde rode kruis en werd er ook doorgedaan naar het volgende woord. De indeling in blokken is weergegeven in tabel 1.

De mate van impliciete zelfwaardering werd vervolgens berekend door de mediaan van de reactietijden van het compatibele blok (blok 3) af te trekken van de mediaan van de reactietijden van het incompatibele blok (blok 5). Hoe hoger de score, des te hoger de impliciete zelfwaardering. Bij het gebruik van deze methode is geen correctie nodig in het geval van extreem trage of snelle reactietijden. Eventuele uitschieters in de data hebben namelijk nauwelijks tot geen invloed op de uitkomst van een mediaananalyse (Field, 2013). Incorrecte responsen werden niet meegenomen in de analyses.

TABEL 1  
Indeling van de IAT

Blok	Aantal trials	Functie	Links	Rechts
1	12	Oefenen	Negatief	Positief
2	12	Oefenen	Ander	Ik
3	48	Test	Ander + Negatief	Ik + Positief
4	48	Oefenen	Ik	Ander
5	48	Test	Ik + Negatief	Ander + Positief

Noot. IAT = Impliciete Associatie Test.

## RESULTATEN

In tabel 2 zijn de gemiddelden en standaarddeviaties te zien van de vragenlijsten en de IAT. Histogrammen lieten normale verdelingen zien van de scores op de RSES en de PSS-SR, echter er was sprake van een rechtsscheve en gepiekte verdeling van de IAT-scores. Vanwege deze overschrijding van de assumptie van normaliteit die met transformatie niet voldoende te corrigeren bleek, werden non-para-



metrische correlatiecoëfficiënten berekend tussen alle variabelen. Aangezien eventuele outliers geen effect op deze toetsen hebben, konden alle data gebruikt worden.

TABEL 2  
Gemiddelden en standaarddeviaties van de meetinstrumenten (N = 71)

	M	SD
RSES	10.6	5.5
IAT	139.0	247.2
PSS-SR	33.5	7.1

Noot. RSES = Rosenberg Self Esteem Scale; IAT = Impliciete Associatie Test; PSS-SR = Posttraumatic Stress Symptom Scale, Self Report.

De correlaties tussen de verschillende variabelen worden weergegeven in tabel 3. Er bleek sprake van een significante negatieve zwakke tot matige correlatie tussen expliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten ( $r = -.233, p = .006$ ). Impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten bleken niet significant met elkaar samen te hangen ( $r = .069, p = .401$ ). Gezien het ontbreken van een samenhang tussen impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten, werden er geen verdere analyses uitgevoerd om na te gaan of de onderzochte relatie tussen deze variabelen zou blijven bestaan als er gecontroleerd zou worden voor expliciete zelfwaardering. Wel bleek er sprake van een significante positieve zwakke correlatie tussen impliciete en expliciete zelfwaardering ( $r = .165, p = .048$ ).

TABEL 3  
Kendalls tau correlaties tussen de variabelen (N = 71)

	RSES	IAT	PSS-SR
RSES	---	.165*	-.233**
IAT		---	.069
PSS-SR			---

Noot. RSES = Rosenberg Self Esteem Scale; IAT = Impliciete Associatie Test; PSS-SR = Posttraumatic Stress Symptom Scale, Self Report. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ .

## DISCUSSIE

Het doel van deze studie was het onderzoeken van de relaties tussen expliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten, en tussen impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten, waarbij er negatieve relaties verwacht werden tussen beide vormen van zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten. In onze klinische populatie bleek de gemiddelde score op de zelfwaarderingsschaal ( $M = 10.6, SD = 5.5$ ) beduidend lager dan die in niet-klinische steekproeven (bijvoorbeeld Franck et al., 2008:  $M = 20.9, SD = 4.4$ ), wat laat zien dat de expliciete zelfwaardering bij patiënten met PTSS inderdaad laag is. Conform onze verwachting werd er een negatieve zwakke tot matige samenhang tussen expliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten gevonden. Hoe lager de zelfwaardering, des te hoger het klachtenniveau. Dit komt overeen met cognitieve theorieën over PTSS (Ehlers & Clark, 2000) en is in lijn met andere studies bij slachtoffers van interpersoonlijk trauma (Levendosky et al., 2004; Muller & Lemieux, 2000; Reich et al., 2015).

In tegenstelling tot onze verwachting vonden wij geen samenhang tussen impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten. Eerdere studies gaven aanleiding tot onderzoek naar automatische zelfassociaties in een klinische populatie. Prestaties op een IAT waarmee deze zelfassociaties gemeten werden bleken namelijk samen te hangen met de ernst van PTSS-klachten (Engelhard et al., 2007; Lindgren et al., 2013). Het lage klachtenniveau in de voorgaande studies blijkt echter een belangrijk verschil met onze populatie. In de studie van bijvoorbeeld Engelhard en collega's (2007) was de gemiddelde score op de PTSS-klachtenschaal erg laag ( $M = 3.7, SD = 4.4$ ), terwijl de gemiddelde score in onze studie juist hoog bleek ( $M = 33.5, SD = 7.1$ ). Mogelijk is de relatie tussen automatische negatieve zelfassociaties (door ons geoperationaliseerd als impliciete zelfwaardering) en de ernst van PTSS-klachten afwezig bij patiënten met een hoog klachtenniveau die allen voldoen aan de criteria van PTSS.

Het ontbreken van een samenhang tussen impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten is niet conform onze verwachting, maar het blijkt ook geen uitzondering te zijn dat er tussen de ernst van psychische klachten (bijvoorbeeld sociale-angstklachten en depressieve klachten) en impliciete zelfwaardering geen relatie wordt gevonden (zie bijvoorbeeld Bos, Huijding, Muris, Vogel, & Biesheuvel, 2010; de Jong et al., 2012). Ook zijn er studies die laten zien dat er zelfs een positieve bias in de impliciete zelfwaardering kan zijn als er sprake is van sociale-angstklachten of van een depressieve stoornis (de Jong, 2002; De Raedt, Schacht, Franck, & De Houwer, 2006).

Aangezien wij geen relatie hebben gevonden tussen impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten, hebben we de derde hypothese niet kunnen toetsen, namelijk dat deze relatie blijft bestaan als er gecorrigeerd wordt voor de invloed van expliciete zelfwaardering. In onze studie vonden we slechts een zwakke relatie tussen expliciete en impliciete zelfwaardering. Dit komt overeen met de veronderstelling dat expliciete en impliciete zelfwaardering door verschillende onderliggende processen gevormd worden. Deze bevinding is tevens in overeenstemming met meerdere studies die hoogstens matige correlaties vinden tussen expliciete en impliciete zelfwaardering (onder andere Bosson, Swann, & Pennebaker, 2000; Greenwald & Farnham, 2000; Zeigler-Hill, 2006).

De resultaten van onze studie lijken erop te wijzen dat er geen samenhang is tussen impliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten binnen een klinische populatie, maar alternatieve verklaringen dienen overwogen te worden. Zowel onze studie als de in de inleiding besproken studies betreffen onderzoek naar automatische zelfassociaties met de IAT, waarbij positieve en negatieve woorden in de categorieën 'ik' of 'ander' geplaatst moeten worden. Door het gebruik van deze categorieën kan het zijn dat twee personen dezelfde IAT-score hebben, maar dat deze anders is opgebouwd. De ene persoon kan juist meer positieve associaties over zichzelf en over anderen hebben, terwijl de andere persoon juist meer negatieve associaties over zichzelf en over anderen kan hebben (Karpinsky, 2004). Roefs en collega's (2011) opperen de mogelijkheid dat mensen met een psychische stoornis zowel meer negatieve zelfassociaties als meer negatieve anderassociaties hebben dan gezonde mensen. De uiteindelijke IAT-scores kunnen dan gelijk aan elkaar zijn. Het is zeker voorstelbaar dat dit kan gelden voor PTSS-patiënten, aangezien deze groep zowel meer negatieve overtuigingen over zichzelf ('Ik ben zwak') als over anderen ('Niemand is te vertrouwen') heeft dan mensen zonder PTSS (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999).

#### ¶ Sterke punten en beperkingen

Onze studie is crosssectioneel, waardoor we weliswaar een samenhang tussen expliciete zelfwaardering en de ernst van PTSS-klachten konden vaststellen, maar we geen uitspraken kunnen doen over de aard van deze relatie: is verlaagde zelfwaardering een oorzaak of een gevolg van PTSS? Het beantwoorden van deze vraag zou om prospectief onderzoek vragen waarbij metingen al plaatsvinden na het meemaken van de traumatische gebeurtenis en voor de ontwikkeling van mogelijke PTSS-klachten. In een studie van Adams en Boscarino (2006) kwam op deze wijze een lage expliciete zelfwaardering al als risicofactor voor de ontwikkeling van PTSS naar voren.

Aanvullend zou alleen prospectief onderzoek voorafgaand aan mogelijke traumatische gebeurtenissen meer informatie kunnen geven over de invloed van zelfwaardering op het hanteren van een traumatische gebeurtenis zelf.

Hoewel het gebrek aan een controlegroep met getraumatiseerde mensen zonder PTSS onze conclusies beperkt, hebben wij wel een vrij grote sample van PTSS-patiënten met allen een behandelvraag gericht op PTSS kunnen onderzoeken. Onderzoek naar automatische zelfassociaties in samenhang met de ernst van PTSS-klachten bij deze specifieke doelgroep was ons tot op heden niet bekend.

Wij hebben bewust gekozen voor het construct zelfwaardering en hebben daarmee niet aangesloten bij eerdere studies naar de samenhang tussen andere vormen van automatische zelfassociaties en PTSS-klachten. Een belangrijk voordeel van deze keuze is dat er een goed gevalideerde expliciete tegenhanger (de RSES) bestaat van impliciete zelfwaardering zoals gemeten met de IAT.

#### ¶ *Klinische implicaties en slotconclusie*

Wat betreft expliciete zelfwaardering komt uit onderzoek naar voren dat deze erg laag kan zijn bij PTSS-patiënten. Dit is vaak inherent aan deze stoornis en behoeft waarschijnlijk geen extra interventies anders dan reguliere traumagerichte PTSS-behandeling. Meerdere studies hebben immers aangetoond dat expliciete negatieve zelfevaluaties afnemen door exposurebehandeling, zonder dat de interventie expliciet gericht is op deze negatieve cognities (Hagenaars, van Minnen, & de Rooij, 2010; Zalta et al., 2014). Echter, binnen deze onderzoeken werden expliciete traumagerelateerde zelfcognities gemeten (middels de Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI); Foa et al., 1999), terwijl expliciete zelfwaardering nog niet als specifieke uitkomstmaat van PTSS-behandeling is onderzocht. Toekomstig onderzoek zou zich op de vraag kunnen richten of expliciete zelfwaardering als uitkomstmaat van PTSS-behandeling aanvullende waarde heeft boven op de verandering van deze expliciete traumagerelateerde cognities.

Onderzoek naar impliciete zelfwaardering en andere automatische zelfassociaties is populairder geworden door zorgen over zelfrapportage bij het vaststellen van psychopathologie. Impliciete maten zoals de IAT doen geen beroep op introspectie en worden geacht niet beïnvloed te worden door sociaal wenselijke antwoordtendenzen. Ze zouden zicht kunnen geven op mechanismen waar mensen geen bewuste toegang toe hebben. Dit kan de kennis over psychopathologie vergroten en behandelingen verbeteren. Binnen klinische PTSS-populaties is echter tot op heden van dit soort impliciete maten op het gebied van zelfevaluaties nog geen meerwaarde aangetoond boven expliciete maten. De Jong en collega's (2012) sug-

gereerden in hun studie naar expliciete en impliciete zelfwaardering bij sociale-angst- en depressieve klachten in de vroege adolescentie al dat expliciete negatieve zelfevaluaties belangrijker lijken te zijn dan impliciete negatieve zelfevaluaties. Onze studie is in lijn met deze resultaten en geeft aanwijzingen dat bij PTSS-patiënten expliciete zelfevaluaties een belangrijkere rol spelen dan impliciete.

Maar wat is nu de klinische relevantie van onze studie? De resultaten op het gebied van impliciete zelfwaardering lijken geen aanleiding te geven tot het ontwikkelen van bijvoorbeeld cognitieve bias modificatie (CBM; zie bijvoorbeeld Woud, Holmes, Postma, Dalgleish, & Mackintosh, 2012) gericht op het verbeteren van impliciete zelfwaardering als aanvullende interventie voor PTSS, al is meer onderzoek op dit terrein nodig. Onze bevindingen op het gebied van expliciete zelfwaardering geven in eerste instantie ook geen aanleiding tot het aanpassen van bestaande PTSS-behandelingen. Hoewel onderzoek hiernaar ontbreekt, is het denkbaar dat, net als bij negatieve cognities, de symptomen van een negatieve (expliciete) zelfwaardering afnemen als de PTSS-klachten verminderen. Als echter na een succesvolle PTSS-behandeling een negatieve zelfwaardering overblijft, dan zouden interventies gericht op het verbeteren van deze zelfwaardering zoals *competitive memory training* (COMET; zie Staring et al., 2016) overwogen kunnen worden.

**Drs. Pauline Jacobs** is als klinisch psycholoog verbonden aan Overwaal, Expertisecentrum Angst, Dwang en PTSS, Pro Persona.

**Lotte Hendriks, MSc**, is als gz-psycholoog en onderzoeker verbonden aan Overwaal, Expertisecentrum Angst, Dwang en PTSS, Pro Persona en als onderzoeker aan het Behavioural Science Institute, NijCare, Radboud Universiteit.

**Dr. Rianne de Kleine** is als universitair docent verbonden aan het Instituut voor Psychologie van de Universiteit Leiden.

**Drs. Marisol Neijenhuis** is als klinisch psycholoog verbonden aan het Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen, Ede, Pro Persona.

**Prof. dr. Mike Rinck** is universitair hoofddocent en is als hoogleraar verbonden aan het Behavioural Science Institute, NijCare, Radboud Universiteit.

**Prof. dr. Agnes van Minnen** (klinisch psycholoog/psychotherapeut) was ten tijde van de dataverzameling werkzaam bij Pro Persona. Momenteel werkt ze als directeur behandelprogramma bij het Psychotrauma Expertise Centrum PSYTREC in Bilthoven, en is ze als hoogleraar verbonden aan het Behavioural Science Institute, NijCare, Radboud Universiteit.

#### Referenties

- |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Adams, R. E., &amp; Boscarino, J. A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: The impact of exposure and psychosocial resources.</p> | <p><i>Journal of Nervous and Mental Disease</i>, 194, 485-493.</p> <p>Bos, A. E. R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L. R. R., &amp; Biesheuvel, J. (2010). Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathologic-</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- al symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 48, 311-316.
- Bosson, J., Swann, W. B., & Pennebaker, J. W. (2000). Stalking the perfect measure of implicit self-esteem: The blind men and the elephant revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 631-643.
- De Houwer, J. (2001). A structural and process analysis of the Implicit Association Test. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37, 443-451.
- de Jong, P. J. (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: Differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 501-508.
- de Jong, P. J., Sportel, B. E., de Hullu, E., & Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: Differential links with implicit and explicit self-esteem? *Psychological Medicine*, 42, 475-484.
- De Raedt, R., Schacht, R., Franck, E., & De Houwer, J. (2006). Self-esteem and depression revisited: Implicit positive self-esteem in depressed patients? *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1017-1028.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Engelhard, I. M., Huijding, J., van den Hout, M. A., & de Jong, P. J. (2007). Vulnerability associations and symptoms of post-traumatic stress disorder in soldiers deployed to Iraq. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2317-2325.
- Everaert, J., Koster, E. H. W., Schacht, R., & De Raedt, R. (2010). Evaluatie van de psychometrische eigenschappen van de Rosenberg zelfwaardeschaal in een poliklinisch psychiatrische populatie. *Gedragstherapie*, 43, 307-317.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychologica Belgica*, 48, 25-35.
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132, 692-731.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- 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.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & de Rooij, M. (2010). Cognitions in prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 421-434.
- Karpinski, A. (2004). Measuring self-esteem using the implicit associa-

- tion test: The role of the other. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 22-34.
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Theran, S. A., Trotter, J. S., von Eye, A., & Davidson, W. S. (2004). The social networks of women experiencing domestic violence. *American Journal of Community Psychology*, 34, 95-109.
- Lindgren, K. P., Kaysen, D., Werntz, A. J., Gasser, M. L., & Teachman, B. A. (2013). Wound's that can't be seen: Implicit trauma associations predict posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 368-375.
- Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G.-J., Vilters-van Montfort, P. A. P., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
- Muller, R. T., & Lemieux, K. E. (2000). Social support, attachment, and psychopathology in high risk formerly maltreated adults. *Child Abuse and Neglect*, 24, 883-900.
- Reich, C. M., Jones, J. M., Woodward, M. J., Blackwell, N., Lindsey, L. D., & Beck, J. G. (2015). Does self-blame moderate psychological adjustment following intimate partner violence? *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 1493-1510.
- Roefs, A., Huijding, J., Smulders, F. T. Y., Macleod, C. M., de Jong, P. J., Wiers, R. W., & Jansen, A. T. M. (2011). Implicit measures of association in psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 137, 149-193.
- 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.
- Roth, J., Steffens, M. C., Morina, N., & Stangier, U. (2012). Changed for the worse: Subjective change in implicit and explicit self-esteem in individuals with current, past, and no posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 64-66.
- Sheehan, D. V., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., ... Dunbar, G. C. (1998). The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, C. W. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) versus competitive memory training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11-20.
- van Harmelen, A. L., de Jong, P. J., Glashouwer, K. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Elzinga, B. M. (2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 486-494.
- Woud, M. L., Holmes, E. A., Postma, P., Dalgleish, T., & Mackintosh, B. (2012). Ameliorating intrusive memories of distressing experiences using computerized reappraisal training. *Emotion*, 12, 778-784.
- Zalta, A. K., Gillihan, S. J., Fisher, A. J., Mintz, J., Mclean, C. P., Yehuda, R., & Foa, E. B. (2014). Change in negative cognitions associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 171-175.
- Zeigler-Hill, V. (2006). Discrepancies between implicit and explicit self-esteem: Implications for narcissism and self-esteem instability. *Journal of Personality*, 74, 119-143.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 157-164.