

Karin Hilderink

# De dramatherapeutische zelfbeeldmodule

## Effectonderzoek naar het zelfbeeld bij cliënten met een angststoornis

In dit artikel worden de positieve resultaten beschreven van het effectonderzoek naar de dramatherapeutische zelfbeeldmodule voor cliënten met een angststoornis. Een positief zelfbeeld draagt bij aan de klachtgerichte behandeling en vermindert terugval, zo bleek uit onderzoek van Korrelboom (2009, 2010, 2012). Schmitt en Allik (2005, p 637) beschrijven “that self-esteem may serve as a natural buffer against anxiety.”

### In dit artikel ...

- ... een beschrijving van een effectonderzoek naar vaktherapie in de klinische praktijk;
- ... een analyse van de onderzoeksresultaten;
- ... de dramatherapeutische zelfbeeldmodule als evidence-based interventie bij angststoornissen.

### Inleiding

De dramatherapeutische zelfbeeldmodule (DZM) is gericht op het verbeteren van het zelfbeeld middels dramatherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische interventies. De DZM is een protocollair individueel aanbod in de groep dat bestaat uit zes tot acht bijeenkomsten. De sessies duren 75 minuten en voor en na de module wordt de Rosenberg Self Esteem Scale (RSES) afgenomen.

De ontwikkeling van het zelfbeeld verloopt volgens Verhofstadt-Denève (1995) van de vraag ‘Wie ben ik?’ en ‘Wie is de ander?’, naar ‘Welk beeld heeft de ander van mij?’ en

*Een klachtgerichte behandeling  
op de hoofdklacht leidt niet automatisch  
tot een verbetering van het zelfbeeld*

‘Welk beeld zou de ander van mij moeten hebben?’. Deze ontwikkeling loopt parallel aan die van de perspectiefname; die verloopt van egocentrisch perspectief via subjectief perspectief, zelf-reflectief perspectief en wederzijds perspectief naar een maatschappelijk perspectief. In ‘Een nieuw perspectief voor het zelfbeeld’ (Hilderink, 2015) wordt

middels literatuuronderzoek beschreven dat het werken met perspectiefname bevorderlijk is voor het opbouwen van een positief zelfbeeld. Het leren wisselen van perspectief door middel van spel (speler, toeschouwer, dubbel) bevordert het empathisch en het reflectief vermogen.

De fasen van perspectiefname en de ontwikkeling van het zelfbeeld zijn terug te zien in spel. Wanneer het spel van een cliënt diffuus is en hij nauwelijks in staat is grenzen aan te brengen tussen zichzelf en de ander, is: "Iedereen denkt

### *De DZM is een effectieve interventie om het zelfbeeld te verbeteren bij cliënten met een angststoornis*

over mij zoals ik over mijzelf denk" een vaak gemaakte opmerking. Hierin kan de eerste fase, het dramatisch spel, uit het vijfassenmodel van Emunah (1996) worden herkend. Het perspectief is egocentrisch. Echter, wanneer de cliënt in staat is van rol te wisselen en door de ogen van de ander naar zichzelf kan kijken, is er een zelf-reflectief perspectief aanwezig. Er kan dan gewerkt worden vanuit fase drie, het rollenspel. Er is sprake van een wederzijds perspectief als een cliënt zich kan inleven in het perspectief van de ander (wederzijds, empathisch perspectief). Hoe beter een cliënt van rol kan wisselen en dus verschillende perspectieven kan hanteren, hoe beter hij positieve informatie die niet overeenkomt met het eigen negatieve zelfbeeld kan toelaten. Het nieuwe positieve zelfbeeld kan aan geloofwaardigheid winnen middels psychodrama en rescripting (Hilderink, 2015). Tevens wordt in betreffend artikel beschreven dat het werken met experiëntiële oefeningen bijdraagt aan een gevoelde verandering, en veel mogelijkheden biedt tot oefenen met het nieuwe positieve zelfbeeld.

De dramatherapeutische interventies van de DZM zijn gebaseerd op het vijfassenmodel van Emunah en omvatten:

dramatisch spel, fictief en realistisch rollenspel, psychodrama en *rescripting*. Het vijfassenmodel van Emunah komt als richtlijn voor dramatherapie met angststoornissen uit consensus-based onderzoek naar voren (Doomen, 2010). Daarnaast wordt gebruikgemaakt van het werken met perspectiefname zoals hiervoor beschreven is.

De cognitief gedragstherapeutische interventies zijn gebaseerd op de COMET zelfbeeldmodule van Korrelboom (2012). Ze bestaan uit contraconditionering, het maken van huiswerk en het verzamelen van bewijs voor het positieve zelfbeeld door middel van exposureopdrachten.

In dit onderzoek is nagegaan of de DZM een effectieve interventie is om het zelfbeeld te verbeteren. Om hier een uitspraak over te kunnen doen is een controlegroep vergeleken met een interventiegroep. De volgende deelvragen zijn in dit verband onderzocht:

1. Verbetert het zelfbeeld door de reguliere angstbehandeling? In dit artikel wordt de reguliere behandeling aangeduid als *treatment as usual* (TAU). Dit is de controlesituatie.
2. Is de controlegroep vergelijkbaar met de interventiegroep?
3. Is er een verschil in verbetering tussen TAU en TAU + DZM?

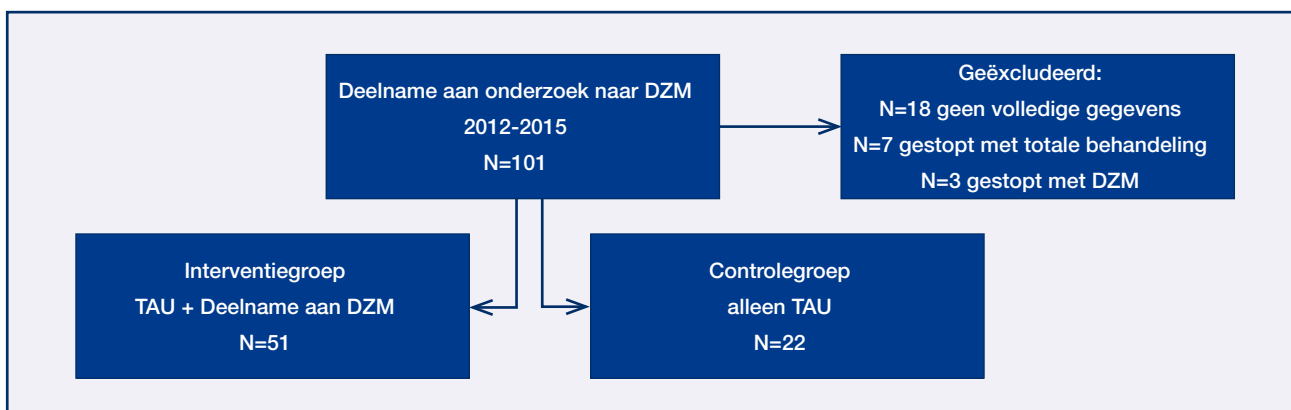
#### **Het effectonderzoek**

Het onderzoek is uitgevoerd van 2012-2015 in Kliniek Overwaal, onderdeel van Pro Persona. Kliniek Overwaal is gespecialiseerd in het behandelen van angststoornissen. De kliniek heeft een klinische capaciteit van 16 bedden met een gemiddelde opnameduur van 4,5 maanden en 9 bedden met een maximale opnameduur van 12 weken. Jaarlijks worden zo'n 70 mensen opgenomen.

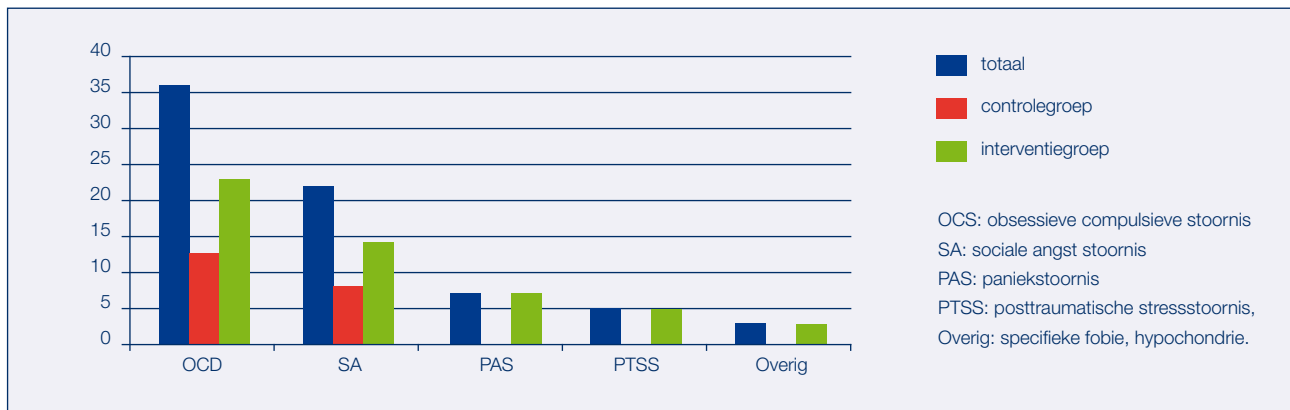
#### **Indicatieprocedure**

Alle cliënten hebben een uitgebreide intake doorlopen waaruit geconcludeerd is dat een klinische behandeling geïndiceerd is. De hoofddiagnose is een angststoornis op As I. Er zijn vier indicaties voor deelname aan de zelfbeeldmodule,

**Figuur 1:** Overzicht onderzoeksgroepen.



**Figuur 2:** Overzicht onderzoeksgroepen per DSM-classificatie.



te weten: er is sprake van een negatief zelfbeeld, de cliënt weet dat het negatieve zelfbeeld niet realistisch is, een behandeling gericht op een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is afgerond en er is bereidheid om deel te nemen aan een groepsbehandeling.

#### *Algemene gegevens van de onderzoeksgroep*

Van 2012–2015 hebben 101 cliënten deelgenomen aan de DZM (Figuur 1). Van 18 cliënten waren er geen volledige gegevens, 7 cliënten zijn voortijdig gestopt met de totale behandeling en 3 met de module. In dit onderzoek is de controlegroep vergeleken met een interventiegroep. Beide groepen ontvingen gedurende hun klinische verblijf een klachtgerichte behandeling. Beide groepen hadden in de intake of bij opname aangegeven last te hebben van hun negatieve zelfbeeld.

#### *De interventiegroep*

De interventiegroep bestond uit 51 cliënten. Zij hebben allen aangegeven last te hebben van een negatief zelfbeeld en hebben na indicatie van de hoofdbehandelaar de DZM gevolgd. De RSES vragenlijst is afgenomen voor aanvang van de module en binnen een week na afloop van de module.

#### *De controlegroep*

De controlegroep (N=22) is samengesteld uit cliënten die ook aangaven een negatief zelfbeeld te hebben. Zij konden niet starten omdat de groep al vol zat of was begonnen op het moment dat ze werden opgenomen. Bij deze cliënten werd bij opname de RSES afgenomen. Op het moment dat zij konden starten met de DZM werd bij deze cliënten opnieuw de RSES afgenomen. Deze meting is de eindmeting geworden van de controlegroep. De controlegroep kreeg dus tot de deelname aan de DZM alleen de reguliere behandeling (TAU) gericht op de angstklacht bestaande uit cognitieve gedragstherapie en exposure, farmacotherapie en op indicatie vaktherapie (beeldende therapie, dramatherapie en psychomotorische therapie).

#### *Meetinstrument: de Rosenberg Self Esteem Scale*

De RSES is een gevalideerde vragenlijst die wereldwijd wordt gebruikt om de zelfwaardering te meten (Blascovich & Tomaka, 1991). Het is een korte vragenlijst van tien vragen met een range van minimaal 10 en maximaal 40 punten, waarbij geldt: hoe hoger de score hoe positiever het zelfbeeld. Korrelboom stelt de grens tussen destructief en constructief zelfbeeld op 28 punten (Korrelboom, 2012). In een onderzoek van Schmitt en Allik (2005) scoort de gemiddelde Nederlander 31.6 (SD 4.48). Op klinische gronden werd een cesuur toegepast van 23 punten als bovengrens

*De experiëntiële oefeningen werden als confronterend en inzichtgevend ervaren en voldoende veilig om te oefenen met nieuw gedrag*

voor deelname omdat cliënten met >23 aangaven geen behoefte te hebben aan een zelfbeeldmodule; ze ervoeren geen problemen rondom hun zelfbeeld. Een verbetering van zes punten of meer op de RSES wordt beschouwd als een betrouwbare verandering (Korrelboom, 2012).

#### **Analyse van de onderzoeksresultaten**

Om de controlegroep met de interventiegroep te kunnen vergelijken is de chi kwadraattoets uitgevoerd om te bepalen in hoeverre de twee groepen onderling verschillen op geslacht en diagnose. Uit de analyse blijkt dat de groepen met elkaar vergeleken kunnen worden. Er zijn geen significante verschillen ten aanzien van geslacht en diagnose gevonden:

- Geslacht: chi-kwadraat 1.33, df 1, P=0.33
- Diagnose: chi-kwadraat 6.21, df 4, P= 0.18

Een klachtgerichte behandeling met gebruikmaking van cognitief gedragstherapeutische, vaktherapeutische en

**Tabel 1:** Resultaten voor- en eindmeting RSES controlegroep en interventiegroep DZM bij angststoornissen (Gepaarde T-toets, significantieniveau  $p < 0.05$ ).

	Beginmeting	Eindmeting	Verbetering	t	df	P	Cohen's <i>d</i>
Controlegroep (alleen TAU)	16.36 (SD 4,08)	16.73 (SD 4,01)	0.37 (SD 2.15)	0.76	21	0.46	0.09
Interventiegroep (TAU + DZM)	17.82 (SD 4.19)	24.2 (SD 4.53)	6.38 (SD 3.95)	-10.91	50	0.001	1.46

farmacotherapeutische interventies leidt tot verbetering van de angststoornis, maar niet automatisch tot verbetering van het zelfbeeld. Met de specifieke dramatherapeutische interventie gericht op het zelfbeeld stijgt het zelfbeeld significant. Gemiddeld is er sprake van een significante verbetering van  $P=0.001$  en uitgedrukt in Cohen's *d* 1.5 en dit effect mag worden toegeschreven aan het volgen van de DZM (Tabel 1). Volgens de interpretatie van het Nederlands Jeugd Instituut (2015) betekent een effectgrootte van  $>1.3$  een zeer groot effect, waarbij 90% of meer van de patiënten verbeterd door de interventie.

## Discussie

Het hebben van een negatief zelfbeeld kan leiden tot het ontwikkelen van spanningen, klachten en stoornissen. Er is een grotere kans op terugval en dit kan leiden tot suïcidale ideaties (Korrelboom, 2009, 2011, 2012). Er zijn aanwijzingen uit klinische observaties dat een negatief zelfbeeld demotiverend werkt en een belemmerende factor is in de klachtgerichte behandeling. Het behandelen van het negatieve zelfbeeld als op zichzelf staand probleem of als onderdeel van een klachtgerichte behandeling is daarom in het belang van de cliënt met angstklachten.

Bij een behandeling van de angstklachten alleen trad geen significante verbetering op met betrekking tot het zelfbeeld. Korrelboom (2009, 2011 en 2012) kwam tot soortgelijke bevindingen, namelijk dat het zelfbeeld niet verbetert door TAU

### *Door distantietechnieken kunnen cliënten een meer objectieve kijk naar zichzelf ontwikkelen*

alleen bij de behandeling van cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen of depressie. In dit onderzoek komt naar voren dat de dramatherapeutische zelfbeeldmodule een effectieve interventie is om het zelfbeeld te verbeteren bij cliënten met een angststoornis. De DZM heeft een effectgrootte van 1.5. In totaal verbeterde 67% van de cliënten uit de interventiegroep met meer dan 6 punten. Of er een gunstig effect is op de klachtgerichte behandeling door deelname aan de zelfbeeldmodule is enerzijds

relevant, cliënten willen van hun klacht af en de verwachting is dat een verbeterd zelfbeeld hierin positief kan bijdragen. Anderzijds was het voor het onderzoek niet relevant te weten of er verbetering optrad anders dan de verbetering alleen op het zelfbeeld.

Over de toevoeging van de dramatherapeutische elementen aan de DZM, waaronder het werken met rollenspel en perspectiefname, kan kwalitatief worden genoemd dat cliënten aangeven dat ze de deelname aan de zelfbeeldmodule als erg prettig hebben ervaren. Vaak was het voor het eerst dat ze vertelden hoe ze echt over zichzelf denken. De experiëntiële oefeningen werden ervaren als confronterend, inzichtgevend en voldoende veilig om nieuw gedrag uit te proberen. De rolwisselingen hielpen hen met andere ogen naar zichzelf te kijken en de distantietechnieken maakten een meer objectieve kijk mogelijk. De groep werd daarin als ondersteunende factor genoemd. Het vragen van feedback op hun negatieve zelfbeeld aan naasten uit hun eigen omgeving, werd genoemd als belangrijkste cognitieve interventie. Tot slot benoemden bijna alle deelnemers dat ze meestal een fase zijn opgeschoven in de fases van perspectiefname. Bijna elke cliënt geloofde na afloop dat een ander een verschillend beeld van hen kan hebben dan zij zelf hebben (van egocentrisch en subjectief naar zelfreflectief perspectief). Hierdoor was het mogelijk in rollenspel met een rolwissel te werken. Het is interessant in een vervolgonderzoek te onderzoeken of er een correlatie is tussen de verschuiving in perspectiefname en bereikte verbetering op het zelfbeeld tijdens de module.

## Conclusie

Uit het onderzoek komt naar voren dat deelname aan de DZM een significante verbetering in het zelfbeeld geeft ten opzicht van de controlegroep. Het zelfbeeld van de deelnemers uit de controlegroep verbeterde nauwelijks. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een klachtgerichte behandeling op de hoofdklacht niet automatisch leidt tot een verbetering van het zelfbeeld. Het zelfbeeld van de cliënten die deelnamen aan de DZM verbeterde gemiddeld met 6.38 punten, een indicatie voor een betrouwbare verandering. Er is dus sprake van een significante verbetering uitgedrukt in Cohen's *d* 1.5 en dit effect mag worden verklaard door het

volgen van de DZM. De interventiegroep eindigt gemiddeld op 24.2 (SD 4.53) en voldoet daarmee niet meer aan het klinische criterium <23 voor een negatief zelfbeeld. In de dramatherapeutische zelfbeeldmodule kunnen cliënten ervaren welk effect het negatieve zelfbeeld heeft op hun

*De rolwisselingen hielpen  
de cliënten om met andere ogen  
naar zichzelf te kijken*

leven. De module biedt een oefenterrein om tijdens de sessies te leren handelen vanuit het positieve zelfbeeld door het inzetten van rollenspel en psychodramatechnieken. Ook wordt er expliciet aandacht besteed aan het leren wisselen van perspectief door middel van dramatherapeutische interventies waardoor het zelf reflecterend en empathisch vermogen verbeterd wordt. Hierdoor zijn cliënten beter in staat positieve informatie die strijdig is aan hun negatieve zelfbeeld te integreren.

Met dank aan Carmen Vukman, dramatherapeute in opleiding en Annet Smit, wetenschappelijk onderzoekster bij Pro Persona voor hun medewerking aan dit onderzoek en Diane Nijenhuis voor haar onvermoeibare redactionele steun.

#### Literatuur

- Blascovich, J. & Tomaka, J. (1991). Measures of selfesteem. In: J.P. Robinson, P.R. Shaver & L.S. Wrightman (eds.). *Measures of personality and social psychological attitudes*, 1, 115-160. San Diego, CA: Academic Press.
- Doomen, L. (2010). *Consensus-based onderzoek bij dramatherapie met angststoornissen*. Nijmegen: HAN CTO.
- Emunah, R. (1996). In: A. Gersie (ed.), *Dramatic approaches to brief therapy* (pp. 29-44). Londen: Jessica Kingsley.
- Hilderink, K. (2015). Een nieuw perspectief voor het zelfbeeld. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3, 29-35.
- Korrelboom, K. (2012). COMET for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Depression and anxiety*, 29, 102-112.
- Korrelboom, K. (2009). COMET for treating low self-esteem in patients with eating disorders: a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 77, 974-980.
- Korrelboom, K. (2010). COMET for low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized effectiveness study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39, 1-19.
- Korrelboom, K. (2011). *Verbeter uw zelfbeeld in 7 stappen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nederlands Jeugd Instituut, (2015). *Dossier Effectiviteit van Jeugdinterventies*. Verkregen van <http://www.nji.nl/Effectgrootte>
- Selman, R. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Developmental and clinical analyses*. New York: Academic Press.
- Schmitt, D.P. & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.
- Verhofstadt-Denève, L. (1995). *Zelfreflectie en persoonsontwikkeling*. Leuven: Acco.

#### Over de auteur

Karin Hilderink is dramatherapeut, schemagerichte dramatherapeut, supervisor en manager in de zorg. De afgelopen twaalf jaar heeft ze gewerkt op Overwaal, een kliniek voor mensen met angststoornissen, onderdeel van Pro Persona. Als projectleider heeft ze twee projecten uitgevoerd gericht op het ontwikkelen van de Matrix Vaktherapie en de koppeling tussen vaktherapie en zorgprogramma. Ze geeft de cursus DZM voor dramatherapeuten.

E: [karinhilderink@gmail.com](mailto:karinhilderink@gmail.com)

I: [www.karinhilderink.nl](http://www.karinhilderink.nl)

#### Samenvatting

De dramatherapeutische zelfbeeldmodule is een protocolaire behandeling en bestaat uit zes tot acht bijeenkomsten. De module is gebaseerd op een mix van dramatherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische interventies. Dit onderzoek is uitgevoerd in een klinische populatie van 2012 tot juni 2015. Uit de analyses van het effectonderzoek naar de DZM (N=51) bij patiënten met angststoornissen blijkt dat er een significante verbetering optreedt ten opzichte van de controlegroep (N=22). De verbetering is 6.38 punten (SD 3.95) op de RSES en duidt op een betrouwbare verandering (>6). De interventiegroep eindigt gemiddeld op 24.2 (SD 4.53) en voldoet daarmee niet meer aan het klinische subcriterium <23 voor een negatief zelfbeeld. De Cohen's *d* is 1.5 en duidt op een zeer groot positief effect dat toegeschreven mag worden aan het volgen van de dramatherapeutische zelfbeeldmodule. ■