

Dramatherapeutische Zelfbeeldmodule¹ ter verbetering van het zelfbeeld bij cliënten met een angststoornis in de leeftijd van 18 – 65 jaar door een protocollair groepsaanbod.

KARIN HILDERINK (2016)

Zorgprogramma

Angststoornissen

Prototype werkvorm

De werkwijze in deze module is overwegend directief-structurend.

Rationale

De dramatherapeutische zelfbeeldmodule (DZM) is een evidence based therapie-aanbod voor cliënten met een angststoornis (Hilderink, 2015) middels dramatherapeutische en cognitief gedragstherapeutische interventies. De DZM, zo blijkt uit effectonderzoek uitgevoerd door Hilderink (2015), leidt tot een significante verbetering van het zelfbeeld (Cohen's d 1,5).

Het zelfbeeld volgens Verhofstadt (1995) bestaat uit een zestal constructen waarmee we onszelf, de ander en de relatie daartussen definiëren. Het zijn mentale beelden gevormd door persoonskenmerken, waarbij cognities, gevoelens, gedrag, karaktereigenschappen en het fysieke lichaamsbeeld en -conditie een rol spelen. Een positief zelfbeeld is een realistische inschatting van persoonlijke kwaliteiten en acceptatie van minder sterke kanten. Het stelt de persoon in staat zich gewaardeerd en gerespecteerd te voelen en doelen en waarden in het leven tot uitdrukking te brengen.

Mensen met een negatief zelfbeeld kunnen zich vaak niet voorstellen dat een ander hen anders waardeert dan zij zichzelf waarderen. Het verschil tussen hoe iemand zich naar buiten toe presenteert en hoe hij zichzelf ervaart, kan leiden tot het verbergen van delen van zichzelf en het spelen van een 'rol'. Wanneer het verschil tussen het interne zelfbeeld en het externe zelfbeeld te groot wordt, kan dit spanningen, klachten en angsten veroorzaken. Cliënten met een angststoornis zijn doorgaans sterk gericht op het vermijden van negatieve emoties. Met name cliënten met sociale angststoornissen zijn gericht op het vermijden van afkeuring of afwijzing en daardoor op het verbergen van (delen) van hun innerlijke zelf (Toonen & Versluis, 2010; Korrelboom & Ten Broeke, 2013).

Onderzoek heeft aangetoond dat angststoornissen gepaard gaan met selectieve aandacht en selectieve interpretatie (Bogels, 1999; Van Heycop, 2013) Positieve informatie die niet bij het zelfbeeld past, wordt geweerd door de mening van de ander te devalueren, als niet volledig, sociaal aangepast, of als toevalstreffer te beschouwen. Iemand met een negatief zelfbeeld zal informatie die niet overeenkomt met het zelfbeeld dus negeren ten gunste van het negatieve zelfbeeld. Positieve informatie of complimenten veranderen daarom weinig aan het negatieve zelfbeeld. Het negatieve zelfbeeld zet aan tot vermijdingsgedrag en dit kan leiden tot het in stand blijven of veroorzaken van klachten. Daarom is het van belang naast de klachtgerichte behandeling aandacht te besteden aan het verbeteren van het zelfbeeld. Een realistisch-positief zelfbeeld draagt bij aan de klachtgerichte behandeling en vermindert terugval, zo is gebleken uit eerder onderzoek van Korrelboom bij persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en depressie (2009, 2010, 2012). Of dit voor angststoornissen ook geldt, is nog niet onderzocht. Cliënten die hebben deelgenomen aan de DZM melden na afloop een verbeterde intrinsieke motivatie om exposureoefeningen te doen en een vermindering van het vermijdingsgedrag.

Uit het consensus based onderzoek van Doomen (2010) komt het vijf fasen model van Emunah als richtlijn voor dramatherapie bij angststoornissen naar voren. Dit model kan volgens Emunah (1996) ontwikkelingsgericht worden opgevat, of als vijf aparte fasen worden ingezet in een kortdurende

¹ Voorliggende beschrijving betreft de productvorm van de Dramatherapeutische Zelfbeeldmodule (Hilderink, 2015)

behandeling. De vijf fasen zijn: dramatisch spel, fictief rollenspel, realistisch rollenspel, psychodrama en afscheidsritueel. Deze fasen sluiten aan op de fasen van perspectiefname² van Selman, (1980). Het bevorderen van de perspectiefname draagt bij aan het kunnen veranderen van een negatief zelfbeeld. Immers, men kan door van perspectief en dus van rol te wisselen en een situatie vanuit meerdere perspectieven beschouwen, beoordelen, of cognities realistisch zijn en deze her-evalueren. De fasen van perspectiefname en de ontwikkeling van het zelfbeeld zijn terug te zien in spel. De mate waarin de cliënt perspectiefname kan hanteren is observeerbaar in drama en biedt daardoor directe interventie mogelijkheden voor de dramatherapeut. Dramatherapie is door de gerichtheid op spel- en rolontwikkeling een oefenveld voor het ontwikkelen van perspectiefname (Hilderink, 2015).

Indicaties

- Er is sprake van een negatief zelfbeeld zoals blijkt uit een score lager dan 23 punten op de Rosenberg Self Esteem Scale (RSES).
- De cliënt bevindt zich in de leeftijdscategorie tussen 18 en 65 jaar.

Contra-indicaties

- De cliënt herkent zelf niet een onrealistische negatief zelfbeeld te hebben;
- Cliënten met PTSS die de traumabehandeling nog niet hebben afgerond;
- De cliënt durft niet voor een groep te spelen.

Doelen

- De cliënt heeft een realistisch-positief zelfbeeld vastgesteld door omkering van zijn negatieve zelfbeeld;
- De cliënt kan handelen vanuit het positieve zelfbeeld;
- De cliënt is een fase opgeschoven in het hanteren van perspectiefname;
- De cliënt is zes punten verbeterd op de RSES wat gezien wordt als een betrouwbare verbetering, Korrelboom. (2009, 2010, 2012).

Interventies

Algemeen

De interventies richten zich op bewustwording van het negatieve zelfbeeld, het omkeren van het negatieve in het positieve zelfbeeld, het verzamelen van bewijs voor het positieve zelfbeeld zowel tijdens als buiten de sessies en het leren handelen vanuit het positieve zelfbeeld. De cognitief gedragstherapeutische interventies bestaan uit contraconditionering en het maken van huiswerk. De dramatherapeutische interventies maken gebruik van werkvormen die aansluiten op het model van Emunah en Selman en worden afgestemd op de individuele ontwikkeling van de cliënt.

Activiteit

De Dramatherapeutische Zelfbeeld Module is een protocol en moet als zodanig worden uitgevoerd. Per sessie is er een vast omlijnd programma met een doel en bijbehorende oefeningen en huiswerkopdrachten. De RSES vragenlijst wordt voor aanvang en binnen een week na de laatste bijeenkomst afgenomen en besproken.

Rol van de therapeut

De rol van de dramatherapeut is overwegend directief-structurend. De dramatherapeut geeft psycho-educatie en legt het model uit waarmee gewerkt gaat worden. De dramatherapeut is betrokken, maar ook begrenzend; Het protocol is leidend..

Materiaal

- Werkboek
- Tekenmateriaal.
- Geluidsapparatuur en/of wifi verbinding om muziek te kunnen afspelen.
- Videocamera of een mobiele telefoon om een opname van zichzelf te maken en deze later terug te kunnen kijken.

² Perspectiefname is het vermogen je in te leven in de ander, als ook je te verplaatsen in een ander perspectief over de zelfde situatie. Door te kunnen wisselen van perspectief kun je nieuwe informatie over jezelf, de ander of de situatie opnemen. Uit het onderzoek van Selman komen vijf fasen van perspectiefname naar voren: egocentrisch, subjectief, reflectief, wederkerig en maatschappelijk perspectief.

Randvoorwaarden

De dramatherapeut kan werken met een protocol waarbij het vooral van belang is het protocol leidend te laten zijn. De module wordt gegeven aan een gesloten groep van zes cliënten. Er kan maximaal een sessie worden gemist, en deze wordt bij voorkeur in dezelfde week ingehaald. De cliënt krijgt van tevoren een werkboek uitgereikt.

Behandelduur en frequentie

Zes sessies van 75 minuten. Bij elke sessie horen huiswerkopdrachten. Het huiswerk bedraagt een half uur tot een uur per week. De module is wekelijks.

Subtype

Deze module kan ook individueel worden aangeboden. Frequentie is dan wekelijks 60 minuten gedurende zes weken.

Eindtermen

- De cliënt heeft een realistisch-positief zelfbeeld vastgesteld en kan deze reproduceren.
- De cliënt kan denken en handelen vanuit het positieve zelfbeeld zowel in de groep en in het dagelijks leven.
- De cliënt is een fase opgeschoven in het hanteren van perspectief.
- Er is een verbetering van zes punten op de Rosenberg Self Esteem Scale.

Literatuur

Blascovich, J. and Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In: J.P. Robinson, P.R. Shaver & L.S. Wrightman, *Measures of personality and social psychological attitudes, Volume 1*, 115-160. San Diego, CA: Academic Press.

Doomen, L. (2010) *Concensus-based onderzoek bij dramatherapie met angststoornissen*. Nijmegen: HAN CTO.

Emanah, R. (1996) Five progressive phases in dramatherapy and their implications for brief dramatherapy, p 29 – 44. In: A. Gersie. *Dramatic approaches to brief therapy*. Londen: Jessica Kingsley.

Hilderink K. (2015). Een nieuw perspectief voor het zelfbeeld *Tijdschrift voor Vaktherapie* 2015/3

Hilderink K. (2015). De dramatherapeutische zelfbeeldmodule. Effectonderzoek naar het zelfbeeld bij cliënten met een angststoornis. *Tijdschrift voor Vaktherapie*. 2015/4

Hilderink K, (2015) *Protocol Dramatherapeutische Zelfbeeldmodule*. Uitgave in eigen beheer via: www.karinhilderink.nl

Korrelboom, K. (2009). COMET for treating low self-esteem in patients with eating disorders: a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical Psychology* vol. 77, no. 5, 974-980

Korrelboom, K. (2012). COMET for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Depression and anxiety* 29: 102-110

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). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Selman, R.L. (1980). *The growth of interpersonal understanding. Developmental and clinical analyses*. New York: Academic Press.

Toonen en Versluys in: Doomen, L. (2010) *Concensus-based onderzoek bij dramatherapie met angststoornissen*. HAN CTO Nijmegen

Verhofstadt-Deneve, L.(1988). *Zelfreflectie en persoonsontwikkeling*. Leuven / Amersfoort: Acco