

Het effect van de Dramatherapeutische Zelfbeeldmodule op welbevinden bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis

Masterthesis

Studie: Master positieve psychologie & Technologie

Datum: 20-04-2020

UNIVERSITY
OF TWENTE.

Samenvatting

Achtergrond. Er is beperkt onderzoek van goede kwaliteit naar de effectiviteit van dramatherapie. Aangezien zorgverzekeringen strenger worden met vergoedingen, is meer wetenschappelijk onderzoek naar dramatherapie nodig. **Doelstelling.** Om de effectiviteit van dramatherapie te onderbouwen is onderzocht wat veranderingen zijn in het emotioneel-, sociaal-, psychologisch- en totaal welbevinden na het volgen van de Dramatherapeutisch Zelfbeeldmodule (DZM). **Methode.** In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een experimenteel multiple baseline single-case design. Het onderzoek is uitgevoerd met 8 vrouwen met een laag zelfbeeld en een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting tijdens de wachttijd op schematherapie. De RSES is gebruikt als inclusie-instrument en de MHC-SF als meetinstrument. **Resultaten.** Resultaten zijn geanalyseerd door middel van visualisaties over tijd en statistische analyses door een multiple repeated-measures Anova en Bonferonni post-hoc test. Individuele visualisaties wijzen uit dat er twee groepen konden worden onderscheiden. Een groep met een stabiel en hoog welbevinden en een groep met een instabiel en laag welbevinden. Laatstgenoemde groep is ouder, heeft een lager opleidingsniveau en stijgt sneller in welbevinden na het volgen van de DZM dan de eerste groep. De visualisatie van alle dimensies van welbevinden over tijd wijzen uit dat het psychologisch welbevinden het hoogst en het sociaal welbevinden het laagst wordt beoordeeld. De visualisatie van de groep over verschillende fases wijst uit dat er sprake is van een stijging in alle dimensies van welbevinden over de verschillende fases. Statistische analyses wijzen uit dat het psychologisch-, sociaal-, en totaal welbevinden significant hoger zijn in de nameting dan in de voormeting en DZM. Er zijn geen significante verschillen gevonden in het emotioneel welbevinden. **Conclusie.** Het totale-, psychologische-, en sociale welbevinden veranderen positief na deelname aan de DZM bij vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting. De resultaten wijzen op de effectiviteit van de DZM en dramatherapie en bieden aanwijzingen voor vervolgonderzoek naar de transdiagnostische waarde van de DZM.

Abstract

Background. Only limited research is done about the effectivity of dramatherapy. Health insurances are getting stricter with payments, wherefore more substantiation of dramatherapy is needed. **Objective.** The primary purpose of this study is to substantiate the effectivity of dramatherapy by investigating the drama-therapeutic module of self-image (DZM) in emotional-, social-, psychological- and total well-being. **Method.** Participants were 8 women with a low self-image and a personality disorder. The research design is an experimental multiple single-case design, which took place in a polyclinical setting during a waiting period for schema-therapy treatment. The MHC-SF is used as instrument and the RSES is used as an inclusion-instrument. **Results.** Results were shown by visualisations over time and statistical analyses by a multiple repeated measures anova's and Bonferonni post-hoc tests. Visualisations of participants showed two groups. The first group reported a high and stable well-being, whereas the second group reported a low and instable well-being. The second group is older, had a lower education-level and reported a greater increase in well-being after the DZM compared to the first group. The visualisation of the different dimensions of well-being shows that psychological well-being is rated highest and social well-being is rated lowest. The visualisation among the different phases shows an increase in well-being during the different phases. Statistical analyses shows significant higher psychological-, social- and total well-being in the follow-up compared to the other phases. In emotional well-being no differences are found. **Conclusion.** Among women with a personality disorder in a polyclinical setting, the total-, psychological- and social well-being increased after participation in the DZM. Results indicate the effectivity of the DZM and dramatherapy. In addition, results indicate the transdiagnostic value of the DZM which has to be further investigated in a follow-up study.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Methode.....	8
Setting en module.....	8
Design.....	9
Onderzoeksinstrumenten	10
Participanten.....	10
Procedure.....	11
Analyse.....	12
Resultaten	13
Resultaten per participant.....	13
Groepsgemiddeldes voor alle dimensies van welbevinden.....	14
Groepsgemiddeldes van de fases.....	15
Statistische analyses	16
Discussie.....	17
Interpretatie van de resultaten	17
Limitaties en sterktes.....	20
Implicaties voor onderzoek en praktijk	21
Conclusie	22

Het effect van de Dramatherapeutische Zelfbeeldmodule op welbevinden

Volgens de werkgroep van de GGZ-richtlijnen van het Trimbos (2008) zou dramatherapie: “een te overwegen bijdrage moeten vormen bij behandelprogramma’s voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen” (p. 90). Er zijn beperkte onderzoeken van goede kwaliteit gedaan naar de effectiviteit van dramatherapie (Orkibi, Bar & Eliakim, 2014; Trimbos, 2008; Zoon & Bartelink, 2017). Het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek is niet bevorderlijk aangezien zorgverzekeringen steeds kritischer worden met vergoedingen (van Hooren, 2013). Meer wetenschappelijk onderzoek naar vaktherapieën zou moeten bewijzen dat vaktherapie meer is dan dat de proefpersoon het als correct, sensitief en relevant ervaart, ook wel ‘face validity’ genoemd (van Hooren, 2013; Holden, 2010). Naast de relevantie van onderzoek naar dramatherapie, is de specifieke Dramatherapeutische Zelfbeeldmodule (DZM) (Hilderink, 2015b) nog niet eerder onderzocht bij een andere doelgroep dan bij mensen met een angststoornis. Andere doelgroepen zouden echter ook kunnen profiteren van de DZM door de transdiagnostische factor ‘zelfbeeld’ (Heycop ten Ham, Vos & Hulsbergen, 2013). In dit artikel wordt het effect van de DZM onderzocht op veranderingen in welbevinden bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting.

Persoonlijkheidsstoornissen worden in de algemene criteria van de DSM 5 beschreven als stoornissen waarbij er problemen worden ervaren op het gebied van cognities, affectiviteit, interpersoonlijk functioneren en impulsbeheersing (American Psychiatric Association, 2014). De problemen zijn duurzaam en bestaan uit een inflexibel patroon dat tot uiting komt in veel gebieden van persoonlijk en sociaal functioneren. In de DSM-V zijn persoonlijkheidsstoornissen ingedeeld in cluster A, B en C (American Psychiatric Association, 2014). Persoonlijkheidsstoornissen in cluster A wordt gekenmerkt door excentriek gedrag en cognitieve-zintuigelijke vervormingen, onder cluster B vallen instabiele belevingen en gedragingen en kenmerkend voor cluster C is het ervaren van angst (American Psychiatric Association, 2014). Uit onderzoek blijkt dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen geschat wordt tussen de 4,4% en 14,8% (Huang et al., 2006; Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006; Togersen, Kringlen & Cramer, 2001). Naast de impact op persoonlijk functioneren, zijn persoonlijkheidsstoornissen vanuit een economisch oogpunt een grote kostenpost (Rendu, Moran, Patel, Knapp & Mann, 2002). Persoonlijkheidsstoornissen blijken de maatschappij zelfs meer te kosten dan depressies en gegeneraliseerde angststoornissen (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul & Busschbach, 2008).

De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bestaat momenteel uit klachtgerichte behandelingen waarbij bijvoorbeeld schematherapie een effectieve behandeling blijkt te zijn (Giesen-Bloo et al., 2006; Renner et al., 2013). Schematherapie is ontworpen door Jeffrey Young en die bouwt voor op de cognitieve gedragstherapie waarbij verschillende benaderingen zijn geïntegreerd (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Deze therapie is gebaseerd op basisthema's die disfunctionele schema's worden genoemd en bestaan uit overtuigingen en ervaringen die zijn opgedaan en aangeleerd in de kindertijd en jeugd (Young et al., 2005). Latere ervaringen worden in deze disfunctionele schema's geïntegreerd waardoor disfunctionele patronen van voelen, denken en handelen ontstaan die personen belemmeren in het functioneren als volwassene (Young et al., 2005). Deze patronen van voelen, denken en handelen worden modi genoemd en zijn zichtbaar door disfunctioneel gedrag. In tegenstelling tot modi, zijn schema's vaak niet zichtbaar waardoor de modi de focus van behandeling vormen in complexe problematiek (Young et al., 2005). Young en collega's (2005) hebben achttien schema's onderscheiden in vijf domeinen: gerichtheid op anderen, overmatige waakzaamheid/inhibitie, verzwakte grenzen, verzwakte autonomie en onverbondenheid/afwijzing. Er zijn veertien modi, die zijn ingedeeld in vier categorieën: disfunctionele kindermodi, disfunctionele copingmodi, disfunctionele ouder modi en de functionele modi (Nonnekes, 2016). In de klachtgerichte schematherapie lijkt welbevinden een grotere rol te gaan spelen. Recent onderzoek toont aan dat gedurende de behandeling in schematherapie een verbetering in welbevinden samenhangt met een verandering in functionele, maar niet in disfunctionele modi (Phagoe, 2018).

De focus op het welbevinden in de geestelijke gezondheidszorg is groter geworden sinds eind jaren 90, terwijl daarvoor de focus vanuit het medisch model voornamelijk op het verminderen van psychische klachten lag (Chakhssi & Bohlmeijer, 2018). Daarnaast blijkt welbevinden een beschermende factor in het functioneren van mensen tijdens het ervaren van psychische klachten (Westerhof & Keyes, 2010). Het welbevinden wordt beschreven door middel van drie dimensies: het sociaal (sociale integratie, sociale contributie, sociale coherentie, sociale actualisatie en sociale acceptatie), emotioneel (gevoelens van geluk en tevredenheid met het leven) en psychologisch welbevinden (zelfacceptatie, persoonlijke ontwikkeling, doel in het leven, positieve relaties met anderen, autonomie en grip op je omgeving) (Westerhof & Keyes, 2008).

Tegenwoordig wordt mentale gezondheid gezien als een balans tussen psychische klachten en welbevinden (Wood & Tarrier, 2010). Deze balans tussen welbevinden en

psychische klachten wordt beschreven door middel van het twee-continua model van mentale gezondheid (Keyes, 2005). Het twee-continua model beschrijft twee gerelateerde, maar onafhankelijke dimensies waarbij er één continuüm gaat over psychische klachten en het andere over de mate van welbevinden (Westerhof & Keyes, 2010). Er kan dus tegelijkertijd sprake zijn van een hoge mate van klachten én welbevinden maar ook bijvoorbeeld van een lage mate van klachten én welbevinden (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). Een hoge mate van welbevinden wordt “flourishing” genoemd en een lage mate van welbevinden wordt “languishing” genoemd (Keyes, 2002). Flourishing is gerelateerd aan een betere werkpresentie, gezond psychosociaal functioneren, minder lichamelijke klachten, lagere gezondheidsbeperkingen en minder gebruik van zorginstanties (Keyes, 2005).

Hoe zou het welbevinden verbeterd kunnen worden? Uit onderzoek (Roe, 2003) blijkt dat het veranderen van een laag zelfbeeld naar een hoger zelfbeeld gedurende behandeling gerelateerd is aan een positievere uitkomst van behandeling. Ook is een hoger zelfbeeld een beschermende factor in stressvolle situaties en versterkt het het geluksgevoel (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003). Verhofstadt (1995) definieert het zelfbeeld als mentale presentaties die gevormd worden door individuele kenmerken zoals lichaamsbeleving- en conditie, gedachten, gevoelens en eigenschappen van het karakter. Waar individuen met een hoog zelfbeeld interne, stabiele en globale attributies maken voor voornamelijk positieve dagelijkse gebeurtenissen, doen individuen met een laag zelfbeeld dit voor zowel positieve als negatieve gebeurtenissen (Campbell, Chew & Scratchley, 1991). Een laag zelfbeeld is gerelateerd aan negatieve kenmerken zoals overmatig piekeren, minder zelfregulerend doelgericht gedrag (Adam & Campbell, 2002) en een lagere waardering van dagelijkse gebeurtenissen met een grotere impact op het humeur (Campbell et al., 1991).

Een laag zelfbeeld wordt gezien als een transdiagnostische factor (Heycop ten Ham et al., 2013). Een transdiagnostische interventie gericht op zelfbeeld blijkt ook effectief voor verschillende psychische stoornissen (Korrelboom, Maarsingh & Huijbrechts, 2012). Er zijn namelijk verschillende psychische stoornissen met een verstoord zelfbeeld als kenmerk zoals o.a. stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (American Psychiatric Association, 2014; Silverstone, 1991). Een laag zelfbeeld is bijvoorbeeld een voorspellende factor van een terugval in een depressie. Daarentegen is een hoog zelfbeeld een beschermende factor (Korrelboom et al., 2012). Bovendien is een depressie vaak comorbide aan een persoonlijkheidsstoornis (Brieger, Ehrt & Marneros, 2003). Zelfbeeld is voor mensen

met een persoonlijkheidsstoornis naast zelfsturing en verbondenheid/intimiteit één van de grote probleemgebieden (GGZ standaarden, 2017; Keane & Loades, 2017).

Ondanks dat er weinig onderzoek is gedaan naar de directe relatie tussen dimensies van welbevinden en zelfbeeld, blijkt er uit onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van de welbevinden-vragenlijst (Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)) dat het totaal-, psychologisch- en emotioneel welbevinden en zelfbeeld samenhangen (Wenglorz, 2019; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Het beperkte onderzoek dat wel gedaan is naar de directe relatie tussen dimensies van welbevinden en zelfbeeld wijst uit dat psychologisch welbevinden gerelateerd is aan een hoger zelfbeeld (Paradise & Kernis, 2002). Specifiek voor het emotioneel welbevinden, is zelfbeeld gerelateerd aan het ervaren van geluk (Bajaj, Gupta & Sengupta, 2018) wat passend is bij de definitie van emotioneel welbevinden: levenstevredenheid en geluksgevoelens (Westerhof & Keyes, 2008). Er is, voor zover bekend, geen onderzoek naar de directe relatie tussen sociaal welbevinden en zelfbeeld. Alle dimensies van welbevinden, met uitzondering van het sociaal welbevinden, vertonen een relatie met zelfbeeld waardoor er aanwijzingen zijn dat het welbevinden verbeterd kan worden door middel van zelfbeeld.

De DZM heeft als doel om een realistisch positief zelfbeeld te ontwikkelen (Hilderink, 2015b). De DZM is een protocollaire module van zes weken op basis van dramatherapie. Een positief zelfbeeld ontwikkelen gebeurt door middel van het bijstellen van negatieve cognities naar positieve cognities over het zelfbeeld en het innemen van verschillende perspectieven zodat het empathisch vermogen wordt ontwikkeld (Hilderink, 2015b). Oorspronkelijk is de DZM gericht op angststoornissen. Effectonderzoek (Hilderink, 2015a) heeft dan ook plaatsgevonden in een kliniek voor angststoornissen. Dit effectonderzoek (Hilderink, 2015a) wijst uit dat de DZM effectief is in de DZM-interventiegroep ($n = 51$, $p < 0,01$, Cohen's $d = 1,46$) terwijl er geen significant effect is in een controlegroep ($n = 21$, $p = 0,46$, Cohen's $d = 0,09$) die een angst-reducerende therapie volgden. De DZM is oorspronkelijk gericht op mensen met een angststoornis, maar biedt door de transdiagnostische factor zelfbeeld tevens behandelmogelijkheden voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

De huidige studie is ontworpen om veranderingen in welbevinden te bestuderen bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis die deelnemen aan de DZM om het belang van dramatherapie te onderzoeken. De context waarin dit onderzoek plaatsvindt is het poliklinische centrum voor persoonlijkheidsstoornissen (De Boerhaven). Er wordt gewerkt met schematherapie, waarvoor een wachttijd is van enkele maanden. Tijdens de wachttijd zal het

onderzoek plaatsvinden waardoor participanten tijdens de wachtlijst kunnen profiteren van de DZM. Bovendien is de hoop dat het vergroten van zelfwaardering als kernkwaliteit een bijdrage kan leveren aan de effectiviteit van schematherapie die later in het traject gevolgd wordt.

Gebaseerd op bovenstaande, is de volgende hypothese gevormd:

- Deelname aan de DZM leidt tot een toename van emotioneel, sociaal, psychologisch en totaal welbevinden bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting.

De volgende deelvragen worden beantwoord voordat de hypothese wordt getoetst:

- Wat zijn individuele veranderingen in het totale welbevinden tijdens het volgen van de DZM?
- Wat zijn gemiddelde veranderingen van het emotioneel, sociaal, psychologisch en totaal welbevinden over tijd?
- Wat zijn gemiddelde veranderingen in welbevinden voor, tijdens en na de DZM?

Methode

Setting en module

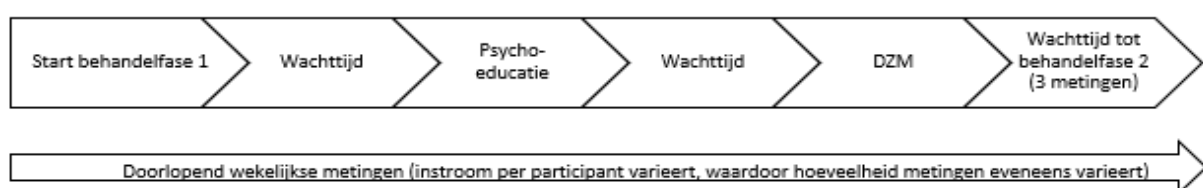
De setting van het onderzoek was de Boerhaven, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen van Mediant GGZ in Hengelo. Ten tijde van dit onderzoek bestaat het reguliere intake-traject voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis uit een intakegesprek, het bespreken van de casus in een multidisciplinaire intakebespreking, het adviesgesprek en het formuleren van een behandeladvies. Wanneer het behandeladvies poliklinische schematherapie is, worden mensen op de wachtlijst gezet. Tijdens de bespreking van het behandeladvies werden mensen uitgenodigd voor deelname aan dit onderzoek. Het reguliere intake-traject werd vervolgd na het behandeladvies door het maken van een behandelplan, het eventueel vormgeven van een crisis- of signaleringsplan en groepsbijeenkomsten psycho-educatie over schematherapie die bestaat uit 4 sessies. Het traject na het adviesgesprek bestaat uit ongeveer 3-5 maanden, waarin er sprake is van wachttijd voorafgaand- en na de psycho-educatie tot de start van de behandeling. In deze tijd werd de DZM aangeboden.

De DZM (Hilderink, 2015b) bestaat uit zes dramatherapeutische sessies van 75 minuten met als doel een realistisch positief zelfbeeld creëren. Hilderink (2015b) beschrijft verschillende sessies waarin de eerste twee sessies over het negatief zelfbeeld gaan. De daaropvolgende

sessies gaan over het negatief zelfbeeld omkeren in een positief zelfbeeld. In de eerste sessie onderzoeken cliënten wie zij zijn, hoe zij denken en voelen. In de tweede sessie gaat het over het onderscheid tussen het zelf en de ander waarbij iemand anders tot een andere waardering kan komen van gedrag of een karaktereigenschap dan het zelf. De derde sessie gaat over het ideaalbeeld van zichzelf en het vormen van een beeld over wie de ander is. De vierde sessie heeft als onderwerp het ideaalbeeld van zichzelf en hoe anderen zouden moeten zijn. De vijfde sessie gaat over het beeld dat anderen hebben en welk beeld anderen zouden moeten hebben. Ten slotte gaat de laatste sessie over zelfstandigheid, afscheid en het zelfbeeld in relatie tot maatschappelijke rollen (Hilderink, 2015b).

Design

In dit onderzoek werd er gebruik gemaakt van een experimenteel multiple baseline single-case design waarvan het traject is weergegeven in figuur 1. Het experimenteel multiple baseline single-case design is door de deelname van meerdere participanten meer valide dan een N=1 design (Hadert & Quinn, 2008). Daarnaast was het werven van respondenten haalbaar in de praktijk, waren er weinig kosten verbonden aan dit design, kon het proces van verandering over tijd beter worden bestudeerd, kon de effectiviteit voor een enkel individu worden gemeten, konden participanten hun eigen controle zijn en kon er gegeneraliseerd worden door de vergelijking tussen meerdere individuen (Hadert & Quinn, 2008). Een nadeel van dit design is de hoge deelnemersbelasting door het lange traject (Hadert & Quinn, 2008). Er werd geprobeerd om deelnemerslast te beperken door participanten eenmaal per week een vragenlijst in te laten vullen.



Figuur 1: Schematische weergave van de fases die worden doorlopen in de dataverzameling

De veranderingen in de afhankelijke variabele welbevinden werden over de tijd onderzocht met de DZM als onafhankelijke variabele. Er was sprake van een experimentele multiple baseline omdat de instroom van participanten verschillend was, aangezien zij het behandeladvies en de bijbehorende uitnodiging voor deelname aan het onderzoek op verschillende momenten kregen. Door de verschillende startmomenten varieerde het aantal metingen in de baseline per participant. Het aantal metingen tijdens de DZM en de nameting waren gelijk.

Onderzoeksinstrumenten

De RSES-NL wordt gebruikt als screeningsinstrument en de MHC-SF als onderzoeksinstrument. De RSES-NL meet zelfbeeld (Franck, De Raedt, Barbez & Rosseel, 2008). De RSES-NL bestaat uit 10 items waarin de antwoordspreiding op een Likertschaal van 1 tot 4 varieert van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens. Een voorbeelditem is: ‘over het algemeen ben ik tevreden met mezelf’. Over de tien items wordt een totaalscore berekend. In dit onderzoek wordt de RSES-NL eenmalig gebruikt om participanten te includeren met een cut-off score van lager dan 27. De RSES-NL heeft een hoge convergente validiteit en hoge interne consistentie ($\alpha = 0,86$) (Franck et al., 2008).

De MHC-SF is een korte zelfrapportagevragenlijst van 14 items die welbevinden meet (Lamers et al., 2011). De vragenlijst bestaat uit een totaalscore van het welbevinden en drie subschalen: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. De gemiddelde scores worden berekend voor elke schaal waarin items 1 t/m 3 emotioneel welbevinden meten, items 4 t/m 8 sociaal welbevinden en items 9 t/m 14 psychologisch welbevinden. De items kunnen ingevuld worden op een 6-puntsschaal variërend van nooit tot elke dag. Een voorbeelditem is: “In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel ... dat u gelukkig was?”. De MHC-SF heeft een hoge convergente validiteit, een hoge interne betrouwbaarheid ($\alpha = 0,89$) en voldoende tot goede interne betrouwbaarheid voor de subschalen (Lamers et al., 2011).

Participanten

In dit onderzoek waren 31 participanten met een persoonlijkheidsstoornis benaderd die in behandeling waren bij De Boerhaven. Om participanten te motiveren werden zij gevraagd of zij een zelfbeeld-behandeling wilden volgen tijdens de wachttijd voor schematherapie (actuele wachttijd 3-5 maanden). Voor deelname ontvingen participanten een informatiebrief en tekenden zij een informed consent. Deelname aan onderzoek was vrijwillig, waardoor er acht participanten zijn geïncludeerd in de leeftijd van 26-55 jaar (M leeftijd = 36). Overige participanten hebben zich afgemeld omdat zij bijvoorbeeld problemen hadden met het vervoer, geen tijd of de module te confronterend vonden. Demografische gegevens zijn weergegeven in tabel 1 waarin te zien is dat alle participanten vrouw waren en bijna alle participanten een ander gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis hadden.

Tabel 1: Demografische gegevens.

	Geslacht	Opleidingsniveau	Leeftijd	Diagnose
Participant 1	V	Havo/VWO/MBO	>30	AGP*
Participant 2	V	HBO/universiteit	>30	AGP*
Participant 3	V	HBO/universiteit	>30	AGP*
Participant 4	V	Havo/VWO/MBO	>30	AGP*
Participant 5	V	LS/VMBO/lager beroepsonderwijs	<30	AGP*
Participant 6	V	Havo/VWO/MBO	>30	AGP*
Participant 7	V	HBO/universiteit	<30	BPS**
Participant 8	V	Havo/VWO/MBO	<30	AGP*

* AGP = Ander gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis ** BPS = Borderline persoonlijkheidsstoornis

Procedure

Participanten werden geïndiceerd voor deelname aan onderzoek tijdens het reguliere intake-traject in de specialistische GGZ van De Boerhaven centrum voor persoonlijkheidsstoornissen. Tijdens het reguliere intake-traject worden participanten geïnccludeerd voor behandeling wanneer er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Tijdens het reguliere intake-traject worden participanten geëxcludeerd wanneer er sprake is van actuele suïcidaliteit, misbruik of verslaving van middelen, een verstandelijke beperking of ernstige agressie.

Na afloop van het reguliere intake-traject konden participanten geïnccludeerd worden voor dit onderzoek wanneer zij op de wachtlijst stonden voor poliklinische schematherapie binnen de specialistische GGZ, een lage zelfwaardering (< 27 op de RSES) hadden en er sprake was van een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose. Zij werden vervolgens voor het onderzoek geëxcludeerd wanneer er sprake was van een cluster A of antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Na het adviesgesprek startte behandelfase 1 en werden participanten geïnformeerd en uitgenodigd voor medewerking in het onderzoek. Zij kregen tijdens het adviesgesprek de RSES mee, algemene informatie over wetenschappelijk onderzoek, het toestemmingsformulier en een retourenveloppe. Wanneer zij de formulieren retourneerden kregen zij een telefonische terugkoppeling of zij deel konden nemen aan het onderzoek (RSES < 27) en werd de participant de kans gegeven om vragen te stellen. Wanneer zij geïnccludeerd waren, ontvingen zij vanaf de start van behandelfase 1 tot aan maximaal drie metingen ná de DZM een wekelijkse digitale uitnodiging om de MHC-SF online in te vullen. In tabel 2 zijn de variërende aantal metingen weergegeven per participant. Het onderzoekstraject was met twee verschillende groepen

achtereenvolgend gedaan. Participant 1 t/m 5 hebben het eerste onderzoekstraject als groep gevolgd en participanten 6 t/m 8 het daaropvolgend onderzoekstraject als groep.

Tabel 2: Het aantal metingen per participant per fase

	Voormetingen			Interventie	Nametingen
	Baseline 1	Psycho-educatie	Baseline 2	DZM	Nameting
Participant 1	-	-	6	6	3
Participant 2	-	-	5	6	3
Participant 3	-	-	4	6	3
Participant 4	-	-	4	6	3
Participant 5	-	-	4	6	3
Participant 6	3	4	3	4	3 *
Participant 7	-	-	3	4	2 *
Participant 8	-	3	-	4	3
Totaal					
aantal metingen	39			42	23

*Volgden schematherapie tijdens laatste 2 nametingen

Analyse

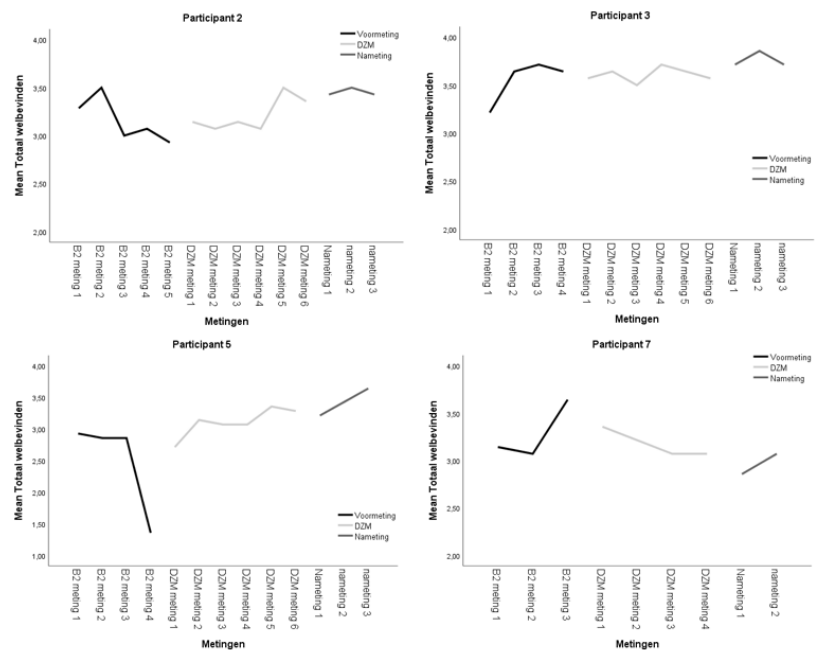
Analyses worden uitgevoerd door middel van SPSS Statistic 25. Individuele veranderingen in het totale welbevinden onderzocht door middel van visualisaties over tijd waarmee de eerste subvraag wordt geanalyseerd. De tweede subvraag wordt onderzocht door groepsveranderingen weer te geven in visualisaties over tijd van het emotioneel, sociaal, psychologisch en totaal welbevinden. De derde subvraag over groepsveranderingen in welbevinden voor, tijdens en na de DZM wordt geanalyseerd door middel van de visualisaties van groepsgemiddeldes per fase. De hypothese: Deelname aan de DZM leidt tot een toename van emotioneel, sociaal, psychologisch en totaal welbevinden bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting' is getoetst door middel van repeated measures anova's en een Bonferonni post-hoc test voor elke dimensie van welbevinden tijdens de voor-, DZM en nameting.

Resultaten

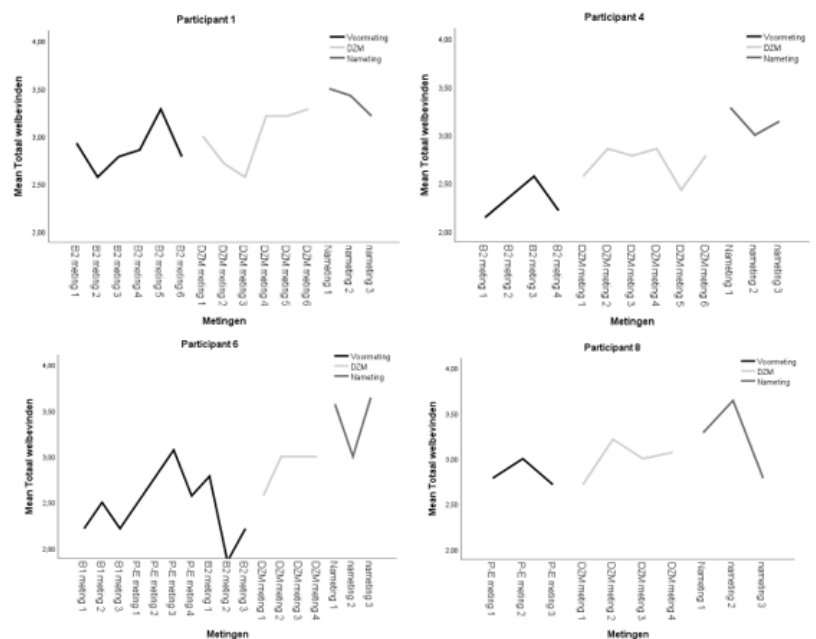
Resultaten per participant

Individuele veranderingen in het totale welbevinden tijdens het volgen van de DZM worden geanalyseerd waarmee de eerste subvraag wordt beantwoord. De deelnemers zijn gesplitst in twee groepen op basis van hun scores over de tijd, waarbij de hoogte en stabiliteit van scores is onderzocht. In figuur 2 is de eerste groep weergegeven die bestaat uit deelnemers die relatief hoog scoren op het totale welbevinden ($M > 3,00$) en een stabiel verloop hebben. Figuur 3 geeft de tweede groep weer die sterkere variatie laat zien in scores en gemiddeld een lager totaal welbevinden ervaren ($M < 3,00$).

Met uitzondering van participant 7, lijkt er in beide groepen sprake van een verbetering in welbevinden tussen de voor-, DZM en nameting. De stijging van welbevinden over tijd lijkt in figuur 2 minder hoog ten opzichte van de tweede groep in figuur 3. Participant 5 laat een sterke uitschieter zien na meting 4 van baseline 2, waar de rest van het welbevinden bij deze participant relatief stabiel en hoger dan gemiddeld is. Participant 6 lijkt het sterkst te variëren in welbevinden en vertoont een aanzienlijke stijging in welbevinden tijdens de nameting. Daarentegen, vertoont participant 3 het stabielste welbevinden en lijkt minimaal gestegen te zijn in welbevinden tijdens de nameting. Tijdens de nameting volgen participant 6 en 7



Figuur 2 Totale welbevinden van de voor-, DZM en nameting van participanten 2, 3, 5 en 7



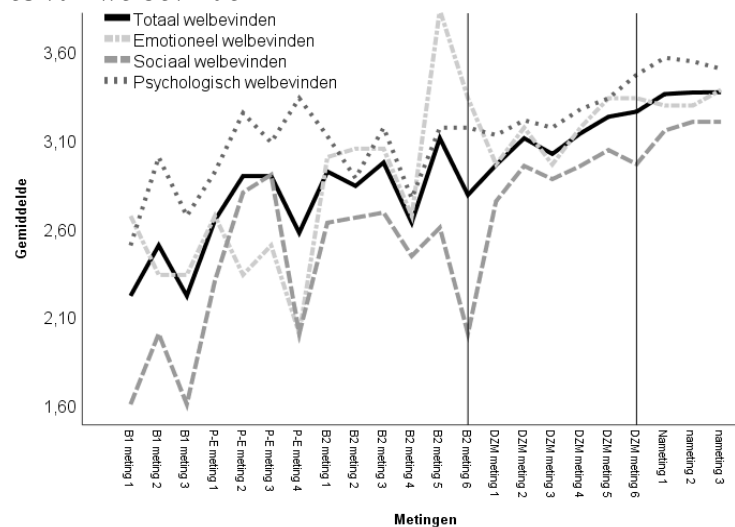
Figuur 3: Totale welbevinden van de voor-, DZM en nameting van participanten 1, 4, 6 en 8

schematherapie in de laatste twee nametingen. Bij participant 6 lijkt er sprake van een daling in welbevinden tijdens de start van het volgen van schematherapie en bij participant 7 lijkt er, in dezelfde trend, tevens sprake van een daling in welbevinden tijdens de start van schematherapie.

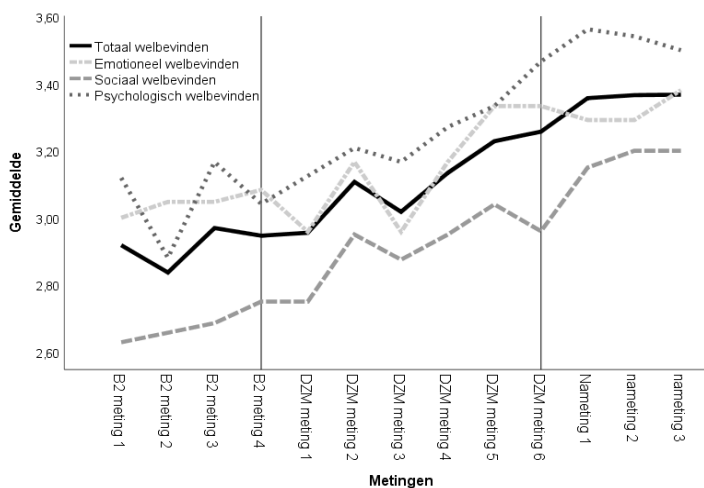
Tussen de twee groepen lijkt er sprake te zijn van een verschil in opleiding. Drie van de vier participanten in figuur 2 beschikken over een hogere beroepsopleiding, in tegenstelling tot alle vier de participanten in figuur 3 die over een middelbare (beroeps)opleiding beschikken. De groep in figuur 2 (M leeftijd = 31) is wat jonger dan de groep in figuur 3 (M leeftijd = 41).

Groepsgemiddeldes voor alle dimensies van welbevinden

Alle metingen en groepsgemiddeldes zijn weergegeven in figuur 4. Dit geeft echter geen betrouwbaar beeld van het verloop van de groepsgemiddeldes van de verschillende dimensies van welbevinden. Er zijn namelijk fluctuaties ontstaan in figuur 4 omdat er groepsgemiddeldes zijn gemaakt op basis van 1 of 2 participanten in deze metingen. In figuur 5 zijn om deze reden de volgende metingen geëxcludeerd: baseline 1, de psycho-educatie en meting 5 en 6 van baseline 2. Daarnaast is in figuur 4 de invloed te zien van de uitschieter van participant 5: meting 4 van baseline 2. Deze meting is eveneens geëxcludeerd in figuur 5 om vertekening te voorkomen.



Figuur 4: Groepsgemiddeldes voor alle dimensies van welbevinden.



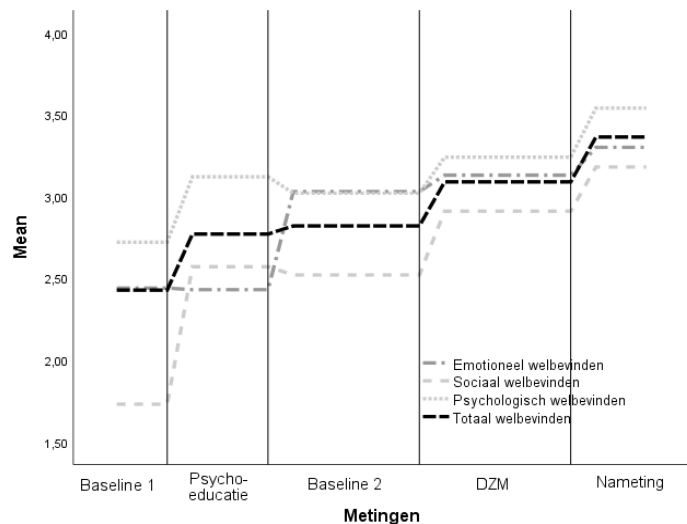
Figuur 5: Groepsgemiddeldes per meting voor alle dimensies van welbevinden. Metingen met 1 of 2 participanten zijn uitgesloten en de uitschieter van participant 5 is uitgesloten (B2M4).

Groepsgemiddeldes voor alle dimensies van welbevinden worden weergegeven in figuur 5. De gemiddelde veranderingen over tijd van het emotioneel-, sociaal-, psychologisch- en totaal welbevinden wordt onderzocht waarmee de tweede subvraag wordt beantwoord. Figuur 5 wijst uit dat er voorafgaand aan de DZM en tijdens de eerste drie sessies van de DZM

sprake is van fluctuaties in het totale welbevinden. Opvallend is de stijging na sessie 2 en de daling na sessie 3 van de DZM. Vervolgens is er sprake van een consistente stijging in sessie 4, 5 en 6 van de DZM. In de nameting lijkt er sprake van een stabilisatie van scores, waarin het totale welbevinden hoger lijkt te zijn dan voorheen. Het sociaal en psychologisch welbevinden hebben een redelijk stabiel stijgend verloop. Participanten beoordelen het sociaal welbevinden het laagst en psychologisch welbevinden het hoogst. Opvallend zijn de sterke fluctuaties tijdens de eerste drie sessies van de DZM in voornamelijk het emotioneel welbevinden. Het emotioneel welbevinden stijgt het minst sterk van alle dimensies van welbevinden. Daarnaast is er sprake van een opvallende daling van het sociaal welbevinden na sessie 6 van de DZM waar dit bij de andere subschalen niet voorkomt. Dit lijkt niet te verklaren vanuit individuele uitschieters in sociaal welbevinden.

Groepsgemiddeldes van de onderzoeksfases

Figuur 6 geeft een groepsgemiddelde per fase weer. Figuur 6 verschilt hierin van figuur 4 en 5 omdat in figuur 4 en 5 groepsgemiddeldes per meting worden weergegeven. Daarnaast zijn alle metingen geïncorporeerd in figuur 6. Baseline 1 en de psycho-educatie kunnen een vertekend beeld geven door een beperkte inclusie. Door middel van figuur 6 worden de gemiddelde veranderingen in welbevinden voor-, tijdens en na de DZM onderzocht waarmee de derde subvraag wordt beantwoord.



Figuur 6: Het groepsgemiddelde per fase en voor elke dimensie van welbevinden weergegeven.

De gemiddeldes per fase geven weer dat er sprake is van een stijging in gemiddeldes van het totale welbevinden. In baseline 1 wordt de laagste mate van het totale welbevinden gerapporteerd. Tijdens de psycho-educatiegroep stijgt het welbevinden aanzienlijk en stabiliseert het welbevinden in de tweede baseline. Het totale welbevinden stijgt vervolgens in de DZM en stijgt vervolgens nog verder in de nameting. Het emotioneel welbevinden is stabiel gedurende de baseline 1 en psycho-educatie, waarna het stabiel verder stijgt tijdens baseline 2, de DZM en de nameting. Het sociaal welbevinden stijgt sterk gedurende de psycho-educatie, blijft stabiel in baseline 2 en stijgt gedurende de DZM en de nameting. Het psychologisch

welbevinden is het laagst in baseline 1, stijgt gedurende de psycho-educatie en stabiliseert zich in baseline 2. Vervolgens stijgt het gedurende de DZM en de nameting. Opvallend is de sterke stijging van het sociaal welbevinden tijdens de psycho-educatie.

Statistische analyses

De repeated measures anova is gebruikt om te meten of er sprake is van significante verschillen tussen de gemiddeldes van het welbevinden (totaal, emotioneel, sociaal en psychologisch) in de voormeting- (baseline 1 en 2 en psycho-educatie), DZM en nameting. De Bonferonni post hoc analyse is gebruikt om de fases onderling te vergelijken op significante verschillen. De hypothese: 'Deelname aan de DZM leidt tot een toename van emotioneel, sociaal, psychologisch en totaal welbevinden bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting.' wordt getoetst. De data van de voor-, DZM-, en nameting zijn normaal verdeeld voor elke dimensie van welbevinden.

Er is niet voldaan aan de assumptie van sphericiteit voor het totale welbevinden, $X^2 = 10,03$, $p = 0,01$, waardoor het aantal vrijheidsgraden Greenhouse-Geisser ($\varepsilon = 0,55$) is gecorrigeerd. Bij het emotioneel welbevinden is er eveneens niet voldaan aan de assumptie voor sphericiteit, $X^2 = 7,21$, $p = 0,03$, $\text{Eta}^2 = 0,17$, waardoor het aantal vrijheidsgraden Greenhouse-Geisser ($\varepsilon = 0,59$) is gecorrigeerd. Er is voldaan aan de assumptie van sphericiteit voor het sociaal welbevinden, $X^2 = 4,12$, $p = 0,13$) en er is niet voldaan aan de assumptie van sphericiteit voor het psychologisch welbevinden, $X^2 = 6,66$, $p = 0,04$, waardoor het aantal vrijheidsgraden Greenhouse-Geisser ($\varepsilon = 0,60$) is gecorrigeerd.

Tabel 3: Gemiddelde en standaarddeviatie per fase en dimensie van welbevinden

	Fase	M	SD
Totaal welbevinden	Voormeting	2,87	0,43
	DZM	3,09	0,26
	Nameting	3,35	0,24
Emotioneel welbevinden	Voormeting	2,98	0,88
	DZM	3,12	0,55
	Nameting	3,31	0,59
Sociaal welbevinden	Voormeting	2,63	0,46
	DZM	2,89	0,50
	Nameting	3,16	0,52
Psychologisch welbevinden	Voormeting	3,02	0,41
	DZM	3,20	0,31
	Nameting	3,52	0,23

In tabel 3 staan de gemiddeldes en standaarddeviaties weergegeven. De resultaten wijzen uit dat het welbevinden tussen de interventiefases significant verschilt $F(1,10; 7,73) = 9,32$, $p = 0,02$, $\text{Eta}^2 = 0,57$. Bonferonni post hoc analyse wijst uit dat de nameting significant hoger is dan de voormeting ($p = 0,05$) en de DZM ($p = 0,04$). Er zijn geen significante verschillen tussen de DZM en voormeting in het totale welbevinden.

De resultaten wijzen uit dat het emotioneel welbevinden tussen de interventiefases niet significant verschilt $F(1,17; 8,23) = 1,44, p = 0,27$. De Bonferonni post hoc analyse wijst uit dat emotioneel welbevinden in de voormeting, de DZM en de nameting niet significant verschillen.

De resultaten wijzen uit dat het sociaal welbevinden tussen de interventiefases significant verschilt $F(2; 14) = 10,17, p = 0,002, \text{Eta}^2 = 0,59$. Bonferonni post hoc analyse wijst uit dat het sociaal welbevinden in de nameting significant hoger is dan de DZM ($p = 0,05$) en de voormeting ($p = 0,03$). Er zijn geen significante verschillen tussen de voormeting en DZM in het sociaal welbevinden.

De resultaten wijzen uit dat het psychologisch welbevinden tussen de interventiefases significant verschilt $F(1,19; 8,38) = 10,68, p = 0,009, \text{Eta}^2 = 0,60$. Bonferonni post hoc analyses wijst uit dat het psychologisch welbevinden significant hoger is in de nameting dan in de DZM ($p = < 0,01$) en de voormeting ($p = 0,03$). Er zijn geen significante verschillen tussen de voormeting en de DZM in het psychologisch welbevinden.

De resultaten wijzen uit dat er sprake is van een verbetering in zowel totaal, sociaal- en psychologisch welbevinden na het volgen van de DZM in vergelijking met de baseline en interventiefase. Daarentegen is er geen significante verbetering in het emotioneel welbevinden. Op basis van deze resultaten wordt de hypothese: ‘Deelname aan de DZM leidt tot een toename van emotioneel, sociaal, psychologisch en totaal welbevinden bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting’ gedeeltelijk geaccepteerd.

Discussie

Het doel van dit onderzoek is om een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van dramatherapie, door te onderzoeken wat het effect is van de DZM op veranderingen in welbevinden bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting. De hypothese: ‘Deelname aan de DZM leidt tot een toename van emotioneel, sociaal, psychologisch en totaal welbevinden bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting’ is geaccepteerd voor het totaal, sociaal en psychologisch welbevinden en is verworpen voor het emotioneel welbevinden.

Interpretatie van de resultaten

Het totaal welbevinden stijgt onder invloed van de DZM bij vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis blijkt uit de resultaten van dit onderzoek. Dit resultaat wijst op de werkzaamheid van dramatherapie op het totale welbevinden en biedt aanwijzingen voor de

transdiagnostische waarde van de DZM. De stijging in het totale welbevinden onder invloed van de DZM sluit aan bij literatuuronderzoek van Zoon en Bartelink (2017) waar er, ondanks het beperkte aantal kwalitatief goede onderzoeken, aanwijzingen zijn gevonden voor de werkzaamheid van dramatherapie. Daarnaast zijn er op basis van de stijging in totaal welbevinden aanwijzingen voor een relatie tussen het totaal welbevinden en zelfbeeld, wat overeenkomt met eerder onderzoek waarin er tevens een relatie is gevonden tussen zelfbeeld en welbevinden (Wenglorz, 2019; Lamers et al., 2011). Opvallend in de resultaten van het totale welbevinden is de stijging na sessie 2 en de daling van welbevinden na sessie 3 van de DZM. Sessie 2 gaat over het onderscheid tussen het zelf en de ander waarbij iemand anders tot een andere waardering kan komen van gedrag of een karaktereigenschap dan iemand zelf. Het is denkbaar dat er mogelijk positieve feedback is gegeven in sessie 2 waardoor de stijging na sessie 2 kan zijn ontstaan. In sessie 3 gaan participanten zich verplaatsen in een ander waardoor bijstellen van eigen negatieve opvattingen mogelijk wordt en er een ideaal zelf wordt ontworpen (Hilderink, 2015b). Het ontworpen ideaal zelf kan voor participanten hilarisch, arrogant of belachelijk zijn waardoor het interne kritiek en afwijzing oplevert (Hilderink, 2015b). Mogelijk wordt het totale welbevinden beïnvloed door deze interne kritiek en afwijzing waardoor een daling in welbevinden na sessie 3 verklaard kan worden. Naast de resultaten van het totaal welbevinden, zijn er effecten gevonden voor het sociaal- en psychologisch welbevinden, maar niet voor het emotioneel welbevinden.

Ten eerste het sociaal welbevinden. De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat sociaal welbevinden stijgt, maar tegelijkertijd het laagst wordt gewaardeerd van alle dimensies van welbevinden. De lage waardering van het sociaal welbevinden lijkt in de doelgroep van mensen met persoonlijkheidsproblematiek logisch te verklaren omdat deze doelgroep problemen heeft met interpersoonlijk functioneren (American Psychiatric Association, 2014). Daarnaast lijkt de stijging van het sociaal welbevinden tegenstrijdig met het gebrek aan literatuur over de relatie tussen zelfbeeld en sociaal welbevinden. Een mogelijke verklaring is dat niet zelfbeeld, maar de deelname aan groepsbijeenkomsten bijdraagt aan de stijging in sociaal welbevinden. In groepsbehandeling is groepscohesie een belangrijke factor (Burlingame, McClendon & Yang, 2018). Groepscohesie wordt beschreven door Burlingame et al. (2018) als verbintenis en samenhang van een groep, wat overlap lijkt te vertonen met de definitie van sociaal welbevinden: het gevoel om weer ergens bij te horen, bij te dragen aan anderen en geaccepteerd te worden (Westerhof & Keyes, 2008). Deze verklaring sluit aan bij de resultaten van dit onderzoek waarin sociaal welbevinden stijgt gedurende de

groepsbijeenkomsten (psycho-educatie en DZM). Naast de invloed van groepsbijeenkomsten op de stijging van sociaal welbevinden, zou de DZM het sociaal welbevinden kunnen beïnvloeden. De DZM is namelijk gericht op het kunnen innemen van het perspectief van de ander en daardoor het ontwikkelen van empathie (Hilderink, 2015b) wat een belangrijke component is voor interpersoonlijke relaties. Het is denkbaar dat het ontwikkelen van empathie bijdraagt aan interpersoonlijke relaties én dus sociaal welbevinden op de langere termijn kan beïnvloeden. Deze verklaring sluit aan bij de resultaten van dit onderzoek waarin sociaal welbevinden in vergelijking met de voormeting op een hoger niveau stabiliseert in de nameting. Opvallend is de dip in sociaal welbevinden na de zesde sessie van de DZM, voorafgaand aan de nameting. Het is mogelijk dat deze dip te verklaren is door het onderwerp van sessie 6: zelfstandigheid, afscheid en maatschappelijke rollen. Ondanks de korte duur van de DZM, is het nemen van afscheid een moeilijke situatie voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis (Young et al., 2005) waardoor welbevinden negatief beïnvloed kan worden na deze sessie.

Ten tweede, het psychologisch welbevinden. Het psychologisch welbevinden wordt het hoogst gewaardeerd van alle dimensies van welbevinden en stijgt na aanvang van de DZM. Dat het psychologisch welbevinden stijgt onder invloed van de DZM komt overeen met onderzoek waarin er een relatie is tussen zelfbeeld en psychologisch welbevinden (Paradise & Kernis, 2002). Opvallend is het dat psychologisch welbevinden het hoogst wordt gewaardeerd na aanvang van de DZM. Een mogelijke verklaring is dat deelname aan de DZM zorgt voor een stijging in psychologisch welbevinden. In de DZM wordt gefocust op o.a. het onderscheiden van jezelf ten opzichte van de ander en het ontwikkelen van verschillende perspectieven (Hilderink, 2015b). Mogelijk stimuleren deze sessies een gevoel van persoonlijke ontwikkeling, autonomie en zelfacceptatie wat onderdelen zijn van het psychologisch welbevinden (Westerhof & Keyes, 2008).

Ten slotte het emotioneel welbevinden. Opvallend is dat er in dit onderzoek geen verbetering is gevonden in emotioneel welbevinden na het volgen van de DZM aangezien er in eerder onderzoek (Wenglorz, 2019) wel een relatie is gevonden tussen emotioneel welbevinden en zelfbeeld. Het onderzoek van Wenglorz (2019) is echter gericht op psychometrische kwaliteit en is gebaseerd op studenten en niet op mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat de visualisaties van het emotioneel welbevinden het sterkst fluctueren en de grootste standaardafwijkingen heeft van alle dimensies van welbevinden. Een verklaring kan zijn dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis,

voornamelijk de borderline persoonlijkheidsstoornis, een sterke emotionele variabiliteit ervaren (Links et al., 2007; Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004).

Er zijn weliswaar verbeteringen gevonden in welbevinden en ondanks de kleine onderzoeksgroep waardoor voorzichtigheid bij interpretatie gewenst is, zijn er nogal wat individuele verschillen in het onderzoek naar voren gekomen. Ten eerste konden in dit onderzoek twee participantengroepen worden onderscheiden op basis van hoogte en stabiliteit van welbevinden. Opvallend is dat beide groepen een stijging vertonen, maar dat de participanten met een lager en instabiel welbevinden een grotere stijging vertonen in welbevinden na de DZM dan participanten met een hoger en stabiel welbevinden. Mogelijk is dit te verklaren doordat emotionele stabiliteit een factor is in zelfbeeld (Bajaj, et al., 2018) waardoor een laag zelfbeeld mogelijk gerelateerd is aan een grotere emotionele instabiliteit. Ondanks dat er mogelijk meerdere factoren een rol spelen en beide groepen een laag zelfbeeld hebben, is het denkbaar dat participanten met een instabiel welbevinden een nog lager zelfbeeld hebben dan de groep met een stabiel welbevinden. Ten tweede ervaren participanten met een opleiding in het hoger onderwijs een stabielere en hogere welbevinden dan participanten met een middelbare (beroeps)opleiding. Onderzoek (Guardiola & Goyo, 2014) wijst uit dat onderwijsniveau een beschermende factor is voor het ervaren van welbevinden. In de huidige bevinding over opleidingsniveau en welbevinden, is het onduidelijk of het opleidingsniveau een oorzaak of een gevolg is van het ervaren welbevinden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Ten slotte zijn er, voor zover bekend, geen onderzoeken die verklaren waarom er in de resultaten een gemiddeld jongere leeftijd en een hogere stabiliteit en welbevinden is gevonden waardoor dit een aanwijzing is voor vervolgonderzoek.

Limitaties en sterktes

Enkele sterktes van het multiple-single-case-design is dat het design geschikt is om individuele en groepsveranderingen over tijd te bestuderen en dat participanten hun eigen controle zijn (Hadert & Quinn, 2008). Daarnaast is het een sterkte voor dit specifieke onderzoek dat individuele verschillen tussen de variërende baselines/onderzoekstrajecten onderzocht konden worden en dat statistische analyses gedaan konden worden doordat er meerdere participanten waren geïncludeerd in dit multiple-single-case design. Bovendien is de klinische waarde van dit praktijkonderzoek groot door de rijke informatie over de individuele veranderingen en werkende onderdelen van de DZM.

Naast dat de klinische waarde van praktijkonderzoek groot is, zijn er tevens limitaties aan dit praktijkonderzoek waardoor er omgegaan moest worden met de beperkingen in de

realisatie van de onderzoeksopzet. Hierbij kan gedacht worden aan de onmogelijkheid om de lengte van baselines te randomiseren en de beperkte inclusie van participanten in baseline 1 en de psycho-educatie. Het gebruiken van de psycho-educatie als extra controle voor groepsbijeenkomsten was door de beperkte inclusie van participanten niet mogelijk. Op basis van de beperkte inclusie waren er in de resultaten wel aanwijzingen voor een verbetering in welbevinden tijdens de psycho-educatie, maar waren deze aanwijzingen niet voldoende betrouwbaar. Door de beperkte inclusie in baseline 1 en de psycho-educatie, zijn bij de statistische analyses de baselines en psycho-educatie samengevoegd tot één voormeting om sterke invloeden van individuen te beperken. Daarnaast zijn er twee participanten die schematherapie volgden tijdens de laatste twee nametingen waardoor de nameting enigszins beïnvloed kan zijn. Echter, individuele visualisaties wijzen uit dat er bij beide participanten sprake is van een daling in welbevinden tijdens het volgen van schematherapie in de nameting. De invloed van zowel de psycho-educatie als de participanten die schematherapie volgden tijdens de nameting, lijken de resultaten eerder te drukken dan positief te beïnvloeden. Daardoor lijkt er geen sprake te zijn van een onterechte aanname van de hypothese.

Generalisatie op basis van vergelijkingen tussen meerdere individuen is mogelijk op basis van het multiple-single-case-design (Hadert & Quinn, 2008). De onderzoeksgroep is echter beperkt tot alleen vrouwen en daarnaast lijkt er sprake te zijn van een mogelijke vertekening in de onderzoeksgroep door de vrijwillige deelname van participanten. Er zijn namelijk 31 participanten benaderd, waarvan er 8 vrouwen hebben deelgenomen waardoor er mogelijk een gemotiveerde onderzoeksgroep is ontstaan. Desondanks is er sprake van een significante stijging in welbevinden en zijn er, met enige voorzichtigheid, aanwijzingen dat andere vrouwen in een poliklinische setting met een persoonlijkheidsstoornis en een lage mate van zelfbeeld en welbevinden eveneens kunnen profiteren van de DZM.

Implicaties voor onderzoek en praktijk

In vervolgonderzoek dient er rekening gehouden te worden met vrijwillige deelname, motivatie en heterogeniteit van participanten. Bovendien kan er met een heterogenere onderzoeksgroep breder gegeneraliseerd worden en kan er gepoogd worden om meer participanten in de psycho-educatiegroep te includeren zodat er een extra controle gecreëerd wordt voor groepsbijeenkomsten en behandelingsomgeving. Vervolgonderzoek kan mogelijk in kaart brengen wat risico- en beschermende factoren zijn van welbevinden zoals stabiliteit van welbevinden, opleidingsniveau en leeftijd. Daarnaast biedt de daling na sessie 3 van de DZM aanwijzingen voor vervolgonderzoek en zijn er op basis van dit onderzoek

aanwijzingen voor de transdiagnostische waarde van de DZM. Hierbij kan gedacht worden aan verdiepend onderzoek naar werkzame elementen van de DZM door middel van interviews met participanten en kan de transdiagnostische waarde van de DZM benadrukt worden door participanten te includeren met bijvoorbeeld een persoonlijkheids-, of stemmingsstoornis.

Voor de praktijk wordt aangeraden om voornamelijk vrouwen met een laag en instabiel welbevinden extra ondersteuning te geven in een vroeger behandelstadium, mogelijk in de vorm van de DZM. Desondanks lijkt de DZM welbevinden te vergroten bij vrijwel alle vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis en een laag zelfbeeld. De DZM bevat effectieve componenten, echter dient er rekening gehouden te worden met de dip na sessie 3 van de DZM waarin er mogelijk extra ondersteuning geboden kan worden aan participanten. Aangeraden wordt om de DZM aan te bieden aan vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis en een laag zelfbeeld en vroegtijdiger in te zetten wanneer een instabiel welbevinden wordt herkend bij vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis en een laag zelfbeeld.

Conclusie

Het totale-, psychologische- en sociale welbevinden veranderen positief na deelname aan de DZM bij vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis in een poliklinische setting. De resultaten van dit onderzoek wijzen op de effectiviteit van de DZM en daarmee op de effectiviteit van dramatherapie. Doordat de DZM, die oorspronkelijk gericht is op mensen met een angststoornis (Hilderink, 2015b), effectief blijkt te zijn voor vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis biedt dit aanwijzingen voor de transdiagnostische waarde van de DZM.

Literatuurlijst

- Adam, D.P. & Campbell, J.D. (2002). Self-esteem and persistence in the face of failure. *Journal of personality and social psychology*, 83(3), 711-724. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.83.3.711>
- American Psychiatric Association, (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom.
- Bajaj, B., Gupta, R. & Sengupta, S. (2018). Emotional stability and self-esteem as mediators between mindfulness and happiness. *Journal of happiness studies*, 20, 2211-2226. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0046-4>
- Baumeister, R. F., Campbell, J.D., Krueger, J.I. & Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111%2F1529-1006.01431>
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3), 226-239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Brieger, P., Ehrt, U. & Marneros, A. (2003). Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 28–34. <https://doi.org/10.1053/comp.2003.50009>
- Burlingame, G.M., McClendon, D.T. & Yang, C. (2018). Cohesion in Group Therapy: A Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384-398. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000173>
- Campbell, J.D., Chew, B. & Scratchley, L.S. (1991). Cognitive and emotional reactions to daily events: The effects of self-esteem and self-complexity. *Journal of personality*, 59(3), 473-506. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00257.x>
- Chakhssi, F. & Bohlmeijer, E.T. (2018). Mental health: the significance of positive psychology for clinical treatment. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 44(1). Geraadpleegd op: https://www.researchgate.net/publication/325090697_Mentale_gezondheid_De_betekenis_van_positieve_psychologie_voor_de_klinische_behandeling

- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J of psychiatry*, 188, 423-431. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Franck, E., Raedt, R., Barbez, C. & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the dutch Rosenberg self-esteem scale. *Psychologica Belgica*, 48(1), 25-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/pb-48-1-25>
- GGZ standaarden (2017). Specifieke omschrijving persoonlijkheidsstoornissen. Geraadpleegd op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen/specifiek-e-omschrijving-persoonlijkheidsstoornissen/inleiding/box-algemene-criteria-voor-een-persoonlijkheidsstoornis>
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Guardiola, J. & Royo, M.G. (2014). Income, unemployment, higher education and wellbeing in times of economic crisis: evidence from Granada (Spain). *Social indicators research*, 120(2), 395-409. Geraadpleegd op: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-014-0598-6>
- Hadert, A. & Quinn, F. (2008). The individual in research: Experimental single-case studies in health psychology. *The British psychological society*, 17(1), 20-26. Geraadpleegd op:
- Heycop ten Ham, B., de Vos, B. & Hulsbergen, M. (2013). *Praktijkboek gedragstherapie deel 2: Handboek voor cognitief gedragstherapeutische werkers*. Amsterdam, Boom uitgevers.
- Hilderink K. (2015a). De dramatherapeutische zelfbeeldmodule. Effectonderzoek naar het zelfbeeld bij cliënten met een angststoornis. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 11(4),
- Hilderink, K. (2015b). Een nieuw perspectief voor het zelfbeeld: de dramatherapeutische zelfbeeldmodule. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 11(3), 29-35. Geraadpleegd op: <https://vaktherapiedans.nl/wp-content/uploads/2014/09/Tijdschrift-vaktherapie-Mijn-hoofd-leegdansen-van-Kim.pdf>

- Hills, P. & Argyle, M. (2000). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Journal of personality and individual differences*, 31(8), 1357-1364. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00229-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00229-4)
- Holden, R.R. (2010). *Face validity*. The Corsini Encyclopedia of psychology, 637-638. DOI:10.1002/9780470479216.corpsy0341.
- Huang, B., Grant, B.F., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Chou, P., Saha, T.D. ... Pickering, R.P., (2006). Race-ethnicity and the prevalence and co-occurrence of Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 252-257. <https://doi-org.ezproxy2.utwente.nl/10.1016/j.comppsy.2005.11.001>
- Keane, L. & Loades, M. (2017). Review: low self-esteem and internalizing disorders in young people – a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 22(1), 4-15. doi:10.1111/camh.12204
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behaviour*, 43(2), 207-222. DOI: 10.2307/3090197
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Korrelboom, K., Maarsingh, M. & Huijbrechts, I. (2012). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: a randomized clinical trial. *Depression and anxiety*, 29, 102-110. DOI 10.1002/da.20921
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110. DOI: 10.1002/jclp.20741
- Links P.S., Eynan R., Heisel, M.J., Barr, A., Korzekwa, M., McMain, S. & Ball, J.S. (2007). Affective Instability and Suicidal Ideation and Behavior in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(1), 72-86. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.1.72>

- Nonnekes, L. (2016). *De invloed van functionele modi op de geestelijke gezondheid : onderzoek bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische behandelsetting gebaseerd op schematherapie direct na de therapie en op de langere termijn* (Master's thesis, Universiteit Twente). Geraadpleegd op: <https://essay.utwente.nl/69647/>
- Orkibi, H., Bar, N. & Eliakim, I. (2014). The effect of drama-based group therapy on aspects of mental illness stigma. *The arts in psychotherapie*, 41(5), 458-466. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.08.006>
- Paradise, A.W. & Kernis, M. H. Self-esteem and psychological well-being: implications of fragile self-esteem. *Journal of Clinical Psychology*, 21(4), 345-361. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.4.345.22598>
- Phagoe, S. (2018). *Veranderingen in schemamodi en welbevinden na klinische opname bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek* (master's thesis, Universiteit van Twente). Geraadpleegd op: <https://essay.utwente.nl/75862/>
- Rendu, A., Moran, P., Patel, A., Knapp, M. & Mann, A. (2002). Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *British journal of psychiatry*, 181, 62-66. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.1.62>
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492. Doi: 10.1016/j.brat.2013.05.011.
- 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(1), 45-49. Geraadpleegd op: https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2003/01000/a_prospective_study_on_the_relationship_between.8.aspx
- Silverstone, P.H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology*, 30(2). <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00936.x>
- Soeteman, D., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). *Journal of clinical psychology*, 69(2), 259-265. DOI: 10.4088/jcp.v69n0212

- Togersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives General Psychiatry*, 58(6), 590-596. doi:10.1001/archpsyc.58.6.590
- Verhofstadt - Denéve, L. (1995). *Zelfreflectie en persoonsontwikkeling*. Leuven: Acco.
- Wenglorz, L. (2019). *Revision of the Mental Health Continuum – Short Form: Testing Psychometric Properties* (Master's thesis, Universiteit Twente). Geraadpleegd op: <https://essay.utwente.nl/78465/>
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808-820
- Wood, A.M. & Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar (2005). *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zoon, M. & Bartelink, Z. (2017). *Vaktherapie* [Rapport Nederlands jeugdinstituut]. Geraadpleegd op: https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Vaktherapie.pdf