

# Zelfbeeld als transdiagnostische factor

## Inleiding

Een depressie staat hoog in de internationale top-tien van meest invaliderende ziektes. In Nederland kampt een op de tien Nederlanders met een depressie. Ongeveer 18,7 procent van de Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft ooit een depressie doorgemaakt (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010). In de leeftijd van 25 tot 45 jaar is de prevalentie het hoogst (Van 't Land, Schoemaker, & De Ruiters, 2008). De prevalentie bij vrouwen wordt geschat op 24,3 procent, bij mannen is dit percentage 13,1 (GGZ Groep, 2017). Dit zou samenhangen met het feit dat risicofactoren voor het ontstaan van een depressie een grotere impact op vrouwen hebben (Stegenga, 2011).

Een depressie wordt gekenmerkt door een neerslachtige stemming en anhedonie gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag gedurende een periode van minimaal twee aaneengesloten weken. Daarnaast bestaan volgens de criteria voor een depressie meerdere symptomen die het functioneren verstoren (*American Psychiatric Association*, 2014). Gevoelens van waardeloosheid, schuldgevoel en suïcidale gedachten zijn symptomen van een depressie. Deze klachten grijpen in op het dagelijks functioneren en kunnen het zelfvertrouwen sterk ondermijnen (Spijker *et al.*, 2013).

Uit onderzoek van Gemar, Segal, Sagratie en Kennedy (2001) blijkt dat een negatief zelfbeeld een belangrijke rol speelt bij een depressie. Verstoring van het zelfbeeld heeft invloed op de ontwikkeling of de instandhouding van een depressie (Sherrington, Hawton, Fagg, Andrew, & Smith, 2001). Exacte cijfers over de incidentie en prevalentie van een negatief zelfbeeld onder de algemene bevolking en onder mensen met een depressie zijn niet voorhanden.

In de klinische praktijk ligt de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)-diagnose ten grondslag aan een richtlijnbehandeling. Doorgaans ligt de primaire focus binnen de behandeling op klinisch herstel, oftewel remissie van symptomen en in mindere mate op maatschappelijk en persoonlijk herstel. Hierdoor blijft de in-

vloed van de omgeving op de psychische klachten veelal onderbelicht (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, & Van Os, 2016).

Uit literatuur blijkt dat er een relatie is tussen een negatief zelfbeeld en het ontstaan en voortbestaan van een depressie. De richtlijn voor depressie (Spijker *et al.*, 2013) beschrijft dat in de diagnostische fase onderzocht moet worden welke factoren een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van de depressie. In deze fase moeten persoonlijkheidskenmerken worden betrokken, waaronder een negatief zelfbeeld. Echter, verpleegkundige diagnostiek gericht op de etiologische factoren en de gevolgen van de ziekte ontbreekt in deze richtlijn. In de praktijk behoort het verbeteren van het zelfbeeld bij iemand met een depressie vaak niet tot de primaire doelstellingen. Zo ook bij Astrid<sup>1</sup>, een 25-jarige vrouw bij wie de focus van de behandeling tot op heden ligt op de depressie. Deze behandeling blijkt echter onvoldoende effectief omdat de klachten blijven voortbestaan. De vraag die in deze gevalsbeschrijving centraal staat, is welke diagnostische factoren van invloed zijn en welke interventie aansluit bij een patiënt met een depressie bij wie de behandeling stagneert.

## De gevalsbeschrijving

*Astrid is een 25-jarige thuiswonende vrouw, die sinds oktober 2016 wordt behandeld bij een GGZ-instelling wegens een depressie (APA, 2014). De richtlijnbehandeling bestaat uit farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie en individuele psychomotorische therapie. Zij wordt aangemeld bij Intensive Home Treatment (IHT) voor dagbehandeling, omdat de huidige behandeling stagneert. De verpleegkundige in opleiding tot specialist (vios) verricht vanuit regiebehandelaarschap uitgebreide diagnostiek.*

## Diagnostiek

Uit psychiatrisch onderzoek (Hengeveld & Schudel, 2012) blijkt dat sprake is van een laag zelfbeeld, overmatig schuldgevoel en overmatige bezorgdheid richting haar moeder en zusje. De stemming is depressief met een vlak affect. Van suïcidaliteit is geen sprake. Op basis van de DSM-5 is een depressieve stoornis vastgesteld. Ten tijde van de intake gebruikt Astrid geen medicatie. Aanvullende somatische screening en laboratoriumonderzoek laten geen afwijkingen zien.

<sup>1</sup> Astrid is een gefingeerde naam. Voor het gebruik van de gegevens is schriftelijk toestemming gekregen.

## Biografie

Astrid woont samen met haar zusje, vader en moeder. Tot haar twaalfde woonde het gezin in het zuiden van Nederland. Astrid beschrijft deze periode als een normale jeugd, zij geeft aan dat ze een populair meisje was met veel vriendinnen. Zij ervaart dit als een fijne lagereschoolperiode. Daarna verhuist het gezin naar het noorden van het land. Hier wordt zij gepest om haar accent. In de puberteit verandert haar lichaam; ze wordt steviger, krijgt acne en wordt verlegen en stil. Wanneer Astrid haar havo afrondt, wordt haar moeder getroffen door een *Cerebro Vasculair Accident* (CVA). Ze geeft aan dat haar ouders sindsdien emotioneel niet meer beschikbaar waren. Voorheen was haar moeder haar beste vriendin en haar grote steun. Astrid heeft nadien de verzorgende rol binnen het gezin overgenomen. Zij voelt zich verantwoordelijk voor het huishouden en voor haar moeder en zusje.

Astrid is gestart met een hbo-studie Frans. De studie in combinatie met haar thuissituatie blijkt niet haalbaar. Het staken van haar studie roept nog steeds gevoelens van falen op. In 2015 start Astrid met de hbo-opleiding verpleegkunde. Astrid geeft aan dat ze zich anders voelt dan haar medestudenten. Dit heeft met haar uiterlijk te maken, maar ook met haar gezinssituatie. De module psychiatrie tijdens de opleiding ervaart zij als confronterend, waardoor zij slechter slaapt en zich somber voelt.

## Verpleegkundige diagnostiek

Om inzicht te krijgen in het functioneren en welzijn van Astrid, wordt gebruikgemaakt van de gezondheidspatronen van Gordon. De daaruit volgende gegevens zijn vervolgens geobjectiveerd met de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007).

## Functionies

Astrid heeft weinig vertrouwen in zichzelf en in contact met anderen cijfert zij zich weg. Ze voelt zich onzeker over haar uiterlijk en over hoe ze op anderen overkomt. Ze ervaart slaapproblemen, piekert veel voordat ze in slaap valt en is vroeg wakker. Hierdoor voelt ze zich moe en heeft ze weinig energie. Astrid voelt zich somber, ze geeft aan dat ze veel en snel huilt en dat ze zich hierdoor een slechte dochter, zus en vriendin voelt.

## Activiteiten en participatie

Ze heeft haar stage moeten onderbreken en daardoor heeft ze studievertraging opgelopen, dit neemt ze zichzelf kwalijk. Tot haar grote spijt is ze gestopt met volleybal. Dit heeft te maken met de onzekerheid over haar uiterlijk. Astrid is veel thuis en ontwijkt contacten met

haar vriend en vriendinnen. Binnen het gezin voelt Astrid zich verantwoordelijk voor het gehele huishouden.

### **Persoonlijke en externe factoren**

Het pesten tijdens de middelbare school en de cva van haar moeder ervaart Astrid als traumatisch. Haar moeder woont nog thuis. Door de cva is bij haar moeder sprake van een karakterverandering, verslechterde spraak en zij is niet meer in staat om zorg te dragen voor het huishouden. Astrid voelt zich schuldig wanneer ze haar moeder alleen laat. De houding van haar vader is belemmerend; hij is niet betrokken bij haar privéleven en toont geen interesse in haar studie en relaties. Astrid heeft regelmatig ruzie met haar zusje, omdat die vindt dat Astrid zich te veel met haar bemoeit. Haar zusje staat volgens Astrid 'makkelijker' in het leven; ze is zorgelozer. Haar vriend, met wie ze bijna drie jaar een relatie heeft, steunt haar. Astrid geeft aan dat ze veel op hem leunt en heeft het gevoel afhankelijk van hem te zijn. Haar vriend zet haar in haar kracht, maar Astrid labelt dit als afhankelijkheid.

Uit de ICF-classificatie wordt duidelijk dat Astrid op meerdere levensgebieden problemen ondervindt. Ze ervaart problemen binnen de mentale functies, tussen menselijke interacties en op het vlak van relaties en opleiding. Zowel de functieanamnese als de heteroanamnese (afgenomen bij haar vriend) geven de vios het vermoeden dat onderliggend aan de depressie sprake is van een negatief zelfbeeld. Dit wordt gebaseerd op haar lage zelfwaardering tijdens de middelbare-schoolperiode, waarin haar uiterlijk veranderde en zij werd gepest. Dit leidt tot afhankelijkheid van de mening van anderen, schuldgevoelens richting haar moeder en zusje en het terugtrekken uit sociale contacten. De vios besluit om het zelfbeeld in kaart te brengen, met behulp van de gevalideerde Nederlandstalige versie van de Rosenberg *Self-Esteem Scale* (RSES) (Everaert, Koster, Schacht, & De Raedt, 2010; Franck, De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2008). Hieruit blijkt dat bij Astrid sprake is van een score van 13/30 wat de aanwezigheid van een negatief zelfbeeld aanduidt. Voor het vaststellen van de verpleegkundige diagnostiek is gebruikgemaakt van de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (NANDA-International, 2014), waarbij wordt uitgegaan van de gevolgen van de ziekte op het functioneren van Astrid. Binnen het domein van zelfperceptie, in de klasse zelfbeeld is bij Astrid sprake van chronische geringe zelfachting.

### **Beschrijvende diagnose**

Onderstaande beschrijvende diagnose is opgesteld en gevalideerd in een gesprek met Astrid. Psychiatrisch gezien is sprake van een depressieve stoornis (296.23), wat zich uit in een sombere stemming,

anhedonie, energieverlies, gevoel van waardeloosheid, schuldgevoel en insomnia. Somatisch gezien bestaan er geen beïnvloedende factoren.

Verpleegkundig diagnostisch is sprake van chronische geringe zelfachting (00119), wat zich manifesteert in een ernstige stoornis in de slaapkwaliteit (b.1343.2), de stemming (b.1528.3), het denken (b.1608.3) en het vertrouwen (b.1266.3). Tevens is sprake van een matige stoornis in de inschikkelijkheid (b.1261.2), het energieniveau (b.1300.2) bij het uitvoeren van sport (d.9201.2) en het volgen van de opleiding (d.830.2). De etiologische factoren zijn een verstoord lichaamsbeeld (b.1801.3), de traumatische ervaringen door pesten en de cva van haar moeder (persoonlijke factoren).

Bevorderende factoren zijn de steun van haar vriend (d.770+3) en acceptatie van hulp (e.355+3). Een belemmerende externe factor is de emotionele afwezigheid en steun van haar ouders en haar zusje (e.410.3).

## Behandelproces

Transdiagnostische factoren zijn instandhoudende factoren die gevonden worden bij verschillende stoornissen. Uiteenlopende stoornissen worden met een negatief zelfbeeld in verband gebracht, waaronder angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen (Krueger & Eaton, 2015; Silverstone & Salsali, 2003).

Een negatief zelfbeeld is een van de symptomen van een depressie en kan worden gezien als een transdiagnostische factor (Franck & De Raedt, 2007). Ormel, Oldehinkel en Vollebergh (2004) en Orth, Robins, Trzesniewski, Maes en Smith (2009) verklaren dat een negatief zelfbeeld mede kan worden beschouwd als een oorzaak, in plaats van enkel een gevolg van een depressie. Het negatieve zelfbeeld van Astrid wordt vanuit het transdiagnostische model door de vios als onderliggend probleem van de depressie gezien.

De vios heeft in haar rol als regiebehandelaar ingegrepen op de etiologische factoren, waarbij Astrid haar negatieve zelfbeeld heeft geprioriteerd. Er wordt gestreefd naar symptoomreductie en het bevorderen van haar maatschappelijk functioneren. Daarbij heeft Astrid als doel gesteld over vier maanden haar studie en het volleybal te hervatten en ze wil haar relatie met haar vriend verbeteren. Met behulp van de *Nursing Outcomes Classifications* (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2011) wordt het verpleegkundig zorgresultaat vastgesteld. De interventies zijn geformuleerd met de *Nursing Intervention Classification* (NIC) (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2013).

Om het negatieve zelfbeeld te verbeteren, zijn de interventies ingezet op bevordering van de eigenwaarde (5400), de socialisatie (5100) en bevordering van hoop (5310). Daarnaast is Astrid naar een psycholoog verwezen (8100) om de traumatische ervaringen middels *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) te verwerken. Voor het verbeteren van haar zelfbeeld past de vios *Competitive Memory Training* (COMET) toe, een training die hier speciaal op gericht is (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009; Korrelboom, Marissen, & Van Assendelft, 2011). Korrelboom, Maarsingh en Huijbrechts (2012) concluderen dat COMET een effectieve transdiagnostische interventie is, die complementair is aan de reguliere behandeling van depressieve patiënten met een negatief zelfbeeld. De zelfbeeldtraining wordt individueel door de vios gegeven en bestaat uit acht sessies. Door middel van imaginatie, positieve zelfspraak, houding/mimiek en muziek worden associaties met een realistisch zelfbeeld versterkt. Naast de training volgt Astrid het reguliere programma van de dagbehandeling, waarvan cognitieve gedragstherapie, beeldende therapie gericht op het zelfbeeld, contact met lotgenoten en muziektherapie onderdeel zijn. Farmacotherapie is geen onderdeel van de behandeling, omdat Astrid duidelijk te kennen geeft geen medicatie meer te willen gebruiken.

### Behandelresultaat

Het beoogde behandelresultaat is gericht op de positieve aspecten die Astrid van zichzelf kan vaststellen, waarbij ze een realistische inschatting van haar beperkingen kan maken. De indicatoren van de NOC-uitkomstmaat zelfachting (1205) laten een verbetering zien van zelden positief naar vaker positief als het gaat om het verwoorden van zelfacceptatie, aanvaarding van eigen beperkingen, gevoel van eigenwaarde, openlijke communicatie en succes in de sociale omgeving. Ook is er verbetering in haar stemmingsevenwicht (1204). Dit blijkt uit de indicatoren slaap, energieniveau, het affect passend bij de situatie en blijk van niet-labiele stemming. Alle zijn verbeterd van zelden naar vaak.

Dit sluit aan bij de uitkomst van de RSES-vragenlijst die na veertien weken opnieuw is afgenomen, waarop Astrid 20/30 scoort. Dit duidt op een zelfbeeld passend binnen de normale range. Astrids doel is om weer te functioneren in haar maatschappelijk leven. Zij heeft haar studie hervat en is weer begonnen met volleybal. Daarnaast is zij gaan samenwonen met haar vriend. Astrid voelt zich zekerder en durft haar mening te geven. Ze stelt minder irreële eisen aan zichzelf en benoemt dat ze kan accepteren dat ze niet alleen verantwoordelijk is voor haar moeder en zusje. De psycholoog heeft middels EMDR de

traumatische ervaringen met betrekking tot de CVA van haar moeder en pesten met goed resultaat kunnen behandelen.

## Discussie

Deze gevalsbeschrijving laat zien dat de DSM-5-diagnose depressie en richtlijnbehandeling onvoldoende recht doet aan de functioneringsproblemen van Astrid. De kritiek ten aanzien van een te nauwe kijk op psychiatrische stoornissen wordt momenteel breed gedeeld (Bak, Domen, & van Os, 2017; Van Os, 2014). Met behulp van de transdiagnostische benadering wordt de psychopathologie beter begrepen en verholpen. Een negatief zelfbeeld als transdiagnostische factor is een belangrijk aspect in de psychopathologie en kan dan ook in negatieve zin van invloed zijn op de effectiviteit van de ingezette behandelstrategie, wanneer hier onvoldoende rekening mee wordt gehouden. Fennel en Jenkins (2004) stellen dat wanneer dit aan de orde is, het zelfbeeld zal moeten worden behandeld. Er is tot dusver geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor het klinische effect van transdiagnostische behandeling (McEvoy, Nathan, & Norton, 2009; Van Heycop ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2016). Op dit moment lijkt COMET de best onderbouwde specifieke interventie bij een negatief zelfbeeld binnen de behandelingsmogelijkheden voor volwassenen.

Naast het feit dat de zelfwaardering wordt verbeterd, nemen de depressieve klachten bij Astrid af. Dit is in lijn met wat in de wetenschappelijke literatuur wordt gevonden over de inzet van COMET bij mensen met een depressie en een laag zelfbeeld (Maarsingh, Korrelboom, & Huijbrechts, 2010). Of COMET ook van invloed is op de kwaliteit van leven dan wel terugvalpreventie, is nog onvoldoende onderzocht.

Het is onvoldoende duidelijk welke invloed het reguliere programma van de dagbehandeling en de EMDR hebben op het verbeteren van het zelfbeeld en de depressie. Ten Broeke, De Jongh en Hornsveld (2013) beschrijven dat EMDR een positieve invloed heeft wanneer pijnlijke of traumatische ervaringen etiologische factoren zijn.

## Conclusie

Deze gevalsbeschrijving beschrijft de essentie van goede diagnostiek en verpleegkundige interventies naast de invloed van transdiagnostische factoren, bij een patiënt die gediagnosticeerd is met een depressie en bij wie de behandeling is gestagneerd. Door de transdiagnostische factoren te betrekken bij de gepersonaliseerde diagnostiek, heeft de vios de behandel-effectiviteit vergroot. Hierbij wordt voorbij de DSM-

stoornis gekeken, om de transdiagnostische factor te identificeren. Dit levert efficiëntere behandeling op en betekent dat de behandeling zich kan concentreren op het onderliggende proces. Door de transdiagnostische factor als kern van de behandeling te nemen, sluiten doelen en interventies aan bij de behoefte van de patiënt en is sprake van symptoomreductie. COMET is een interventie die het zelfbeeld verbetert. Aanbevolen wordt om het klinische effect van transdiagnostische behandeling nader te onderzoeken. Tevens wordt aanbevolen om onderzoek te verrichten naar de invloed van COMET op de kwaliteit van leven, terugvalpreventie en naar de toepasbaarheid van COMET binnen IHT.

### **Summary**

This case study describes the diagnostic nursing process of a patient diagnosed with a depression. This patient experiences loss of social rolls, caused by stagnation of depression treatment. Nursing diagnostics provides insight in the etiology and consequences of the depression. Diagnostics are formed in a personal manner by using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The influence of low self-esteem can be seen as a transdiagnostic factor. Competitive Memory Training (COMET) was used for treatment of low self-esteem. By taking the transdiagnostic factor as a core-element in treatment, goals and interventions can be tailored to the patient's needs, with as result reduction of the symptoms. Research on the effect of transdiagnostic treatment and the influence and the applicability of COMET in crisis psychiatry is recommended.

Keywords: self-esteem, depression, transdiagnostic



## Literatuur

- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5R*. Amsterdam: Boom.
- Bak, M., Domen, P., & Van Os, J. (2017). *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie; Terug naar de essentie*. Leusden: Diagnosis.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & McCloskey Dochterman, J. (2013). *Verpleegkundige interventies*, Nederlandse vertaling. Amsterdam: Reed Business Education.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis.
- 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.
- Fennell, M. J. V., & Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. J. V. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.): *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Franck, E., & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem out-performs level of self-esteem as vulnerability maker of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 136-145.
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg Self-esteem Scale. *Psychological Belgic*, 48, 25-35.
- Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S., & Kennedy, S.J. (2001). Mood-induced changes on the Implicit Association Test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology* 110, 282-289.
- GGZ Groep (2017). *Diagnostiek en behandeling*. Geraadpleegd 5 juli 2017, van <http://www.depressie.nl/depressie/epidemiologie/prevalentie>
- Hengeveld, M. W. & Schudel, W. J. (2012). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Korrelboom, C. W., De Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). COMET for treating low self-esteem in patients with eating disorders. A randomized clinical trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77, 974-980.
- Korrelboom, C. W., Marissen, M., & Van Assendelft, T. (2011). COMET for treating low self-esteem in patients with personality disorders; a randomized clinical trial. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19.
- Korrelboom, C. W., Maarsingh, M., & Huijbrechts, I. (2012). COMET for treating low self-esteem in patients with depressive disorders; a randomized clinical trial. *Depression and Anxiety* 29, 102-110.
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry* 14, 1-3.
- Maarsingh, M., Korrelboom, K., & Huijbrechts, I. (2010). Competitive Memory Training (COMET) voor een negatief zelfbeeld als aanvullende behandeling bij depressieve patiënten; een pilotstudie. *Directieve therapie*, 30, 94-112.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A review of Published Outcome Studies and Future Research Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 20-33.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2011). *Verpleegkundige zorgresultaten*. Amsterdam: Reed Business Education.
- NANDA International (2014). *Nursing Diagnoses: Definitions And Classifications 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum.

- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Vollebergh, W. (2004). Vulnerability before, during and after a major depressive episode. *Archives of General Psychiatry* 61, 990-996.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal of General Psychology* 41, 472-478.
- Sherrington, J. M., Hawton, K., Fagg, J., Andrew, B., & Smith, D. (2001). Outcome of women admitted to hospital for depressive illness: Factors in the prognosis of severe depression. *Psychological Medicine*, 31, 115-125.
- Silverstone, P., & Salsali, M. 2003. Low self-esteem and psychiatric patients: Part 1 – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 2.
- Stegenga, B. T., 2011. *Epidemiology of Major Depressive Disorder*. Proefschrift, Universiteit van Utrecht.
- Spijker, J., Bockting, C. L. H., Meeuwissen J. A. C., Van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Hermens, M. L. M., & Balkom, A. L. J. M. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (3e revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ten Broeke, E., De Jongh, A., & Hornsveld, H. (2013). Rechtsom met EMDR. In: E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. J. Oppenheim (red). *Praktijkboek EMDR*. Amsterdam: Pearson.
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2016). Protocol Transdiagnostische factoren: Theorie en praktijk. *Psychologie & Psychiatrie*. Amsterdam: Boom.
- Van 't Land, H., Schoemaker, C. G., & De Ruiter, C. (2008). *Trimbos zakboek psychische stoornissen (2e herziende druk ed.)*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 Voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis.

### Samenvatting

In deze gevalsbeschrijving wordt het verpleegkundig diagnostisch proces beschreven bij een patiënt die is gediagnosticeerd met een depressie. De patiënt ervaart verlies van maatschappelijke rollen, doordat de behandeling gericht op de depressie stagneert. De verpleegkundige diagnostiek geeft zicht op de gevolgen van de depressie voor het dagelijks functioneren en de etiologie van de depressie. De diagnostiek wordt op gepersonaliseerde wijze vormgegeven door gebruik te maken van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). De invloed van een negatief zelfbeeld wordt geduid als een transdiagnostische factor. *Competitive Memory Training* (COMET) is als interventie toegepast voor het verbeteren van het zelfbeeld. Door de transdiagnostische factor als kern van de behandeling te nemen, sluiten doelen en interventies aan bij de behoefte van de patiënt en kan er gewerkt worden aan symptoomreductie. Aanbevolen wordt om het klinische effect van transdiagnostische behandeling en de invloed van COMET en toepasbaarheid hiervan binnen de acute psychiatrie nader te onderzoeken.

*Trefwoorden:* zelfbeeld, depressie, transdiagnostisch