EFFECTMETING GROEPSTRAINING

‘Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren’

Polikliniek Intermetzo Zutphen

Auteur: Giulia Reyers
Studentnummer: 328454
Opleiding: Toegepaste Psychologie

Opdrachtgever: Paulien Peters
Eerste begeleider: Mijke Hartendorp
Tweede begeleider: Simone van Sweden

Apeldoorn 2016
Afstudeerscriptie
Saxion Hogeschool Deventer

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op het effect van de interventie ‘Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren’. Naar de COMET voor volwassenen zijn al meerdere onderzoeken verricht; deze interventie blijkt effectief. De versie voor kinderen en jongeren is slechts één keer onderzocht. In het huidige onderzoek is nagegaan of de groepstraining effect heeft op het globale zelfbeeld en zes specifieke domeinen van het zelfbeeld. Hierbij wordt gekeken of het beoogde effect van de training bereikt wordt. Dit wordt onderzocht aan de hand van een voor- en nameting middels twee vragenlijsten (RSES en CBSA). Eventuele positieve verschillen tussen deze twee metingen kunnen duiden op een effect van de interventie. Uit de resultaten blijkt dat er een verbetering plaats vindt wat betreft het globale zelfbeeld en de beleving van het individu wat betreft de competenties ‘schoolvaardigheden’, ‘sportieve vaardigheden’, ‘gedragshouding’ en ‘fysieke verschijning’. Daarnaast blijkt het zelfbeeld geen verband te hebben met het geslacht of de leeftijd van de deelnemers. Deze uitkomst biedt ondersteuning voor de aanname dat de COMET-groepstraining voor kinderen en jongeren een effectieve interventie is voor het verbeteren van het zelfbeeld. Een mogelijke kanttekening aan het onderzoek is dat er geen gebruik is gemaakt van een controlegroep en het resultaat niet onderzocht is op de lange termijn.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Effectmeting groepstraining: Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren'. Voor dit onderzoek is er bij deelnemers van de groepstraining gekeken naar eventuele zelfbeeldverandering na het volgen van de training. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Toegepaste Psychologie aan Saxion Hogeschool Deventer. In opdracht van Polikliniek Intermetzo Zutphen ben ik van februari 2016 tot mei 2016 bezig geweest met dit onderzoek.

Tijdens dit onderzoek heb ik hulp gehad van meerdere partijen die ik daarvoor zou willen bedanken. Allereerst bedank ik Paulien Peters en Lieke van Domburgh van Intermetzo die het vertrouwen in mij hebben gehad om dit onderzoek tot een goed einde te brengen. In het bijzonder wil ik Paulien Peters bedanken voor alle momenten dat ik haar kamer binnen mocht lopen om al mijn vragen te stellen en mocht sparren over bepaalde knelpunten. Ook bedank ik Mijke Hartendorp die mij heeft bijgestaan tijdens het schrijven van alle hoofstukken. Haar feedback heeft mij erg geholpen. Tevens heeft zij mij af en toe met beide benen weer op de grond gezet om te voorkomen dat ik niet te veel hooi op mijn vork zou nemen. Tot slot bedank ik Polikliniek Intermetzo Zutphen, waar ik met open armen ben ontvangen en in alle rust (en een beetje gezelligheid) mijn scriptie heb kunnen schrijven.

Met veel plezier en interesse ben ik aan dit onderzoek begonnen. Het onderwerp 'zelfbeeld' spreekt mij enorm aan, omdat ik er van overtuigd ben dat ieders gedachten en acties hieruit voortkomen. Het zelfbeeld is overal. Hierdoor heb ik het leerzaam gevonden in de databanken vol wetenschappelijke artikelen te duiken. Ik hoop dat ik mijn scriptie zo geschreven heb, dat ik ook uw interesse hiervoor opwek en dat men inziet hoe belangrijk het is om hier aandacht aan te besteden bij kinderen en jongeren.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Giulia Reyers

Apeldoorn, 7 mei 2016

Verklarende woordenlijst

CBSA: Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten. Deze vragenlijst geeft op een gestandaardiseerde wijze inzicht in de manier waarop een individu zichzelf ervaart en hoe hij zijn eigen competenties en adequaatheid op een aantal relevante levensgebieden inschat.

COMET: Competitive Memory Training. Deze naam is gebaseerd op het principe van contraconditionering. Hierbij wordt aangenomen dat er in het langetermijngeheugen netwerken bestaan waarin gedachten en gevoelens over jezelf gekoppeld zijn aan verschillende situaties. Afhankelijk van de situatie waarin je je bevindt, kan een bepaald netwerk vaker geactiveerd worden, waardoor die gedachten en gevoelens vaker naar voren komen. Er ontstaat dan in het brein een hiërarchie van vaak gebruikte netwerken, waardoor de kans dat die vaker optreden groter wordt. Gedachten en gevoelens over het zelf vanuit andere netwerken komen steeds minder vaak naar voren. Bij psychopathologie wint de disfunctionele gedachte het vaker van de functionele gedachte en effectieve psychotherapie zou de activeerbaarheid bevorderen van functionele betekenissen die tot dan toe onvoldoende competitief bleken te zijn. Aan de hand van de COMET-training wordt er gewerkt aan het negatieve zelfbeeld van verschillende doelgroepen door disfunctionele gedachten te veranderen.

Competentiebeleving: Specifiek domein van het zelfbeeld. Zegt iets over hoe iemand zijn of haar competentie beleeft.

Klinische verbetering: Dit wil zeggen dat de score op de nameting in een hoger klinisch gebied valt dan de score op de voormeting van de deelnemer.

Nameting: Na het volgen van de COMET-groepstraining dienen de deelnemers twee vragenlijsten in te vullen met betrekking tot hun zelfbeeld. Dit wordt de nameting genoemd.

Polikliniek Intermetzo Zutphen: Een kleinschalige GGZ-polikliniek. Zij bieden erkende hulpverlening aan ouders en kinderen van 6 tot 23 jaar vanuit een antroposofisch geïnspireerde en holistische visie. Zij bieden hulp bij angsten en onrust, moeite met aandacht en concentratie, problemen in het contact of de hechting, onverwerkte ervaringen of verdriet en opstandigheid.

RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale. Het doel van deze, uit tien items bestaande, vragenlijst is om de algemene affectieve evaluatie van het zelf te meten.

Statistische verbetering: Hier wordt van gesproken wanneer de verbetering niet op toeval berust.

Voormeting: Voor het volgen van de COMET-groepstraining dienen de deelnemers twee vragenlijsten in te vullen met betrekking tot hun zelfbeeld. Dit wordt de voormeting genoemd.

Zelfbeeld: De beschrijving en waardering van het zelf.

Inhoud

Voorwoord 2

Verklarende woordenlijst 3

Hoofdstuk 1 – Inleiding 5

1.1 Aanleiding 5

1.2 Onderzoeksvraag 6

1.3 Doelstelling van het onderzoek 7

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader 8

2.1 Zelfbeeld 8

2.2 Negatief zelfbeeld 9

2.3 COMET 11

2.4 Onderzoek naar COMET 12

2.5 Hypothesen en Conceptueel Model 13

Hoofdstuk 3 – Methode 15

3.1 Onderzoeksmethode 15

3.2 Onderzoeksdoelgroep 15

3.3 Onderzoeksinstrument 17

3.4 Procedure 18

3.5 Analyses 18

Hoofdstuk 4 – Onderzoeksresultaten 21

Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen 24

5.1 Conclusie 24

5.2 Discussie 26

5.3 Aanbevelingen 28

5.4 Rol van een toegepast psycholoog 28

Literatuur 30

Bijlage 1 – Items RSES en CBSA voor het meten van het globale zelfbeeld 39

Bijlage 2 – Indicaties en contra-indicaties COMET (Kuin & Peters, 2014) 40

Bijlage 3 – Plan van aanpak COMET-LVB-protocol 41

Bijlage 4 – Aanleveren vijf stellingen 42

Bijlage 5 - Eigen werkverklaring 43

Hoofdstuk 1 – Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding en de relevantie van het onderzoek besproken. Vervolgens worden de onderzoeksvragen weergegeven en de doelstelling omschreven.

1.1 Aanleiding

In de klinische praktijk wordt een negatief zelfbeeld bij kinderen en adolescenten veelvuldig gesignaleerd (Sukumaran, Vickers, Yates & Gerralda, 2003). In veel gevallen blijkt het hebben van een negatief zelfbeeld disfunctioneel. Een negatief zelfbeeld is namelijk gebaseerd op het gevoel van falen, tegenover een positief zelfbeeld dat gebaseerd is op het geloof dat iemand in staat is om te slagen (Olij, Korrelboom, Huijbrechts, de Jong, Cloin, Maarsingh & Paumen, 2006). Daarnaast wordt een negatief zelfbeeld gekoppeld aan verschillende vormen van psychopathologie (Elfhag, Tynelius & Rasmussen, 2010; Emler, 2001; Jacobi, Paul, de Zwann, Nutzinger & Dahme, 2004; Maïano, Ninot, Morin & Bilard, 2007; Saigh, Yasuib & Oberfield, 2008; Sukumaran et al., 2003; Verheij, Verhulst & Ferdinand, 2007). De zelfwaardering van jeugdigen blijkt kwetsbaar en de adolescentie is een kritieke periode als het gaat om de ontwikkeling van het zelfbeeld. Om deze reden is het belangrijk dat er interventies bestaan die dienen om de eigen waardering en competenties te bevestigen (Erol et al., 2011; Verheij et al., 2007). Indien er in de vroege jeugd al invloed uitgeoefend kan worden op een dergelijk negatief zelfbeeld, kan dit positieve effecten hebben voor het verdere leven. Wanneer het zelfbeeld verbetert, kan de ernst van de eventuele psychopathologie afnemen en het algemeen functioneren verbeteren, waardoor het kind of de jongere beter in staat zal zijn om deel te nemen aan de maatschappij (Kuin & Peters, 2014). Zo is een positief zelfbeeld bevorderlijk voor academische prestaties. Daarnaast rapporteren mensen met een positief zelfbeeld meer geluksgevoelens, gebruiken zij minder verdovende middelen, eten zij meer fruit en groente, hebben zij minder last van overgewicht en leven zij langer bij ziekten (Elfhag et al., 2010). Kortom, het is belangrijk om kinderen met een negatief zelfbeeld de juiste hulp te bieden.

Een interventie die gericht is op het verbeteren van het zelfbeeld van kinderen en jongeren is de groepstraining ‘Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren’ ontwikkeld door Kuin en Peters (2014). Naar COMET voor volwassenen is al meerdere malen onderzoek gedaan. Meerdere studies laten zien dat COMET een positief effect heeft. Zo blijkt COMET bewezen werkzaam in het vergoten van het gevoel van eigenwaarde en het verminderen van symptomen van depressie bij patiënten met depressies (Ekkers, Korrelboom, Huijbrechts, Smits, Cuijpers & Van der Gaag, 2011; Korrelboom, Maarsingh & Huijbrechts, 2012; Maarsingh, Korrelboom & Huijbrechts, 2010), eetstoornissen (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts & Daansen, 2009) en persoonlijkheidsstoornissen (Korrelboom, Marissen & Assendelft, 2011). Onderzoeken naar het eventuele positieve effect van de training voor kinderen en jongeren zijn echter schaars. Er is enkel een pilotonderzoek (Galesloot, 2014) uitgevoerd. Hier is een sterk effect gevonden op gedragswaardering (hoe competent je jezelf vindt in je gedrag) en globale zelfwaarde, evenals een sterke

afname van sombere klachten. Omdat er meerdere onderzoeken nodig zijn om de betrouwbaarheid van het positieve effect van de COMET-groepstraining voor kinderen en jongeren te kunnen bewijzen, wordt het huidige onderzoek uitgevoerd.

1.2 Onderzoeksvraag

Door middel van dit onderzoek wordt er antwoord gegeven op de volgende vraag:

- Heeft de groepstraining 'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren' binnen Polikliniek Intermetzo Zutphen een positief effect op het zelfbeeld van kinderen en jongeren tussen de 12 en 24 jaar?

Daarbij zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- Is het globale zelfbeeld van de participanten statistisch verbeterd na het volgen van de COMET-groepstraining?
- Is het globale zelfbeeld van de participanten klinisch verbeterd na het volgen van de COMET-groepstraining?
- Vindt er na het volgen van de COMET-groepstraining statistische verbetering plaats wat betreft de competentiebelevingen?
- Is er samenhang tussen de leeftijd van de participanten en de verbetering van het zelfbeeld door de COMET-groepstraining?
- Is er samenhang tussen de verbetering van het globale zelfbeeld en de verbetering van de competentiebelevingen van de participanten door de COMET-groepstraining?

Onder zelfbeeld wordt verstaan: de beschrijving en waardering van het zelf (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976; Swann, Chang-Schneider & Larsen McClarty, 2007). Het begrip competentiebeleving verwijst naar een specifiek domein van het zelfbeeld met gevoel van eigenwaarde als globale factor (Treffers, Goedhart, Veerman, Van den Bergh, Ackart & De Rycke, 2002). Wanneer er sprake is van een klinische verbetering wil dat zeggen dat de zelfbeeldscore van een participant bij de voormeting in een lager klinisch gebied valt dan de zelfbeeldscore op de nameting. De klinische gebieden die hierbij gebruikt worden zijn: laag zelfbeeld, gemiddeld zelfbeeld, hoog zelfbeeld en zeer hoog zelfbeeld. Een statistische verbetering verwijst naar een verbetering die niet op toeval berust.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

In opdracht van Polikliniek Intermetzo Zutphen, onder begeleiding van de ontwikkelaar van de groepstraining Paulien Peters, wordt dit onderzoek uitgevoerd. Deze polikliniek biedt diagnostiek en behandeling aan kinderen en jongeren in de leeftijd van 6 tot en met 23 jaar, die vastlopen in hun ontwikkeling en problemen ervaren op meerdere domeinen. Binnen de polikliniek werken verschillende gespecialiseerde hulpverleners uit verschillende disciplines samen, waardoor de hulpvraag vanuit verschillende invalshoeken kan worden bekeken. Het team bestaat uit kinder- en jeugdpsychiaters, klinisch psychologen (ortho-)pedagogen, (GZ-)psychologen, systeemtherapeuten, psychotherapeuten, gedragstherapeuten, artsen, speltherapeuten en therapeuten voor antroposofische behandelingen. De behandel- en begeleidingsmogelijkheden zijn uiteenlopend en toegespitst op de hulpvraag van de cliënt. Mogelijke behandelvormen zijn: individuele therapie of begeleiding – bijvoorbeeld speltherapie, psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, behandeling gericht op traumaverwerking, medicamenteuze therapie, ouderbegeleiding of gezinstherapie en zo ook groepstrainingen voor kinderen of ouders (Intermetzo, 2014). Onder deze laatste noemer valt de groepstraining 'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren'.

Het meten van de effectiviteit van interventies is een belangrijke voorwaarde voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg (Nederlands Jeugd Instituut, z.j.). Zo blijkt het inzetten van interventies die niet goed geëvalueerd zijn risico's met zich mee te brengen. Dit kan gaan om verspilling van tijd en moeite, maar ook om het ervaren van nadelige effecten van de interventie in plaats van positieve effecten (Van Loon, Van der Meulen & Minnaert, 2011). Van Yperen (2003) omschrijft effectiviteit als volgt: 'de interventie is werkzaam én realiseert het vooropgestelde doel ervan'. Volgens de tijdgeest moet de kwaliteit van diensten transparant zijn: jeugdvoorzieningen moeten duidelijk maken wat hun kwaliteit is. Ook waart de geest van het 'evidence-based' werken rond: het handelen van professionals moet zo veel mogelijk gebaseerd zijn op praktijk- of wetenschappelijk bewijs van 'wat werkt' (Yperen, 2010). Dit geldt eveneens voor Polikliniek Intermetzo Zutphen en in het bijzonder Paulien Peters. Naast het verkrijgen van inzicht in de effectiviteit van de groepstraining, zal dit onderzoek tevens bijdragen aan een internationaal artikel over COMET voor jongeren en kinderen geschreven door Paulien Peters.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de theoretische achtergrond van het onderzoek weergegeven. Vervolgens worden de hypothesen van het onderzoek opgesteld aan de hand van het conceptueel model.

2.1 Zelfbeeld

Al in 1961 beschrijft Wylie de resultaten van ruim duizend studies met als onderwerp zelfbeeld. "De voortdurende fascinatie voor het zelfbeeld is eenvoudig te begrijpen: wat we over onszelf denken is waarschijnlijk het centrale begrip in ons bewuste leven.", aldus McGuire en Padawer-Singer (1967, p. 743). Hieruit blijkt dat zelfbeeld een veel besproken en onderzocht onderwerp is. Naast het begrip zelfbeeld komt men in de literatuur nog vele andere termen tegen zoals zelfwaardering, zelfevaluatie, identiteit, zelfbeleving, ik-sterkte, gevoel van adequatie, enz., die meestal door elkaar gebruikt worden (Byrne, 1996; Van den Bergh & Van Ranst, 1998; Van der Ploeg, 1997). Onder zelfbeeld wordt in dit onderzoek verstaan: de beschrijving en waardering van het zelf (Shavelson, et al, 1976; Swann et al., 2007). Hierbij gaat het over de pure beschrijving van het zelf (Rohany, Ahmad, Rozainee & Sharazad, 2011; Van der Ploeg, 1997), wat een persoon over zichzelf denkt (Baumeister, 1998; Shavelson et al., 1976), welke overtuigingen, gevoelens, beoordelingen en houdingen iemand heeft omtrent zichzelf en de waardering die iemand heeft van diverse aspecten van het zelf (Mann, Hosman, Schaalma & de Vries, 2004; Van der Ploeg, 1997).

Er bestaan twee verschillende opvattingen over het begrip zelfbeeld, namelijk zelfbeeld als unidimensioneel begrip en zelfbeeld als multidimensioneel begrip. Unidimensioneel wil zeggen dat het zelfbeeld een ondeelbaar geheel is. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat het denken en voelen tegenover zichzelf zodanig geïntegreerd is dat er sprake is van slechts één zelfbeeld (James, 1890; Rosenberg, 1965; Van der Ploeg, 1997). Zelfbeeld als multidimensioneel begrip wijst op verscheidene dimensies waaruit het zelfbeeld bestaat die niet per definitie gelijkelijk gewaardeerd hoeven te worden (Brunner et al., 2010; Fleming & Courtney, 1984; Harter, 1999; Marsh & Shavelson, 1985; Marsh, Trautwein, Lüdtke, Köller & Baumert, 2006; Van der Ploeg, 1997). Volgens Harter (1986) zijn 'schoolvaardigheden', 'sociale acceptatie', 'sportieve vaardigheden', 'fysieke verschijning', 'gedragshouding' en 'hechte vriendschap' afzonderlijke facetten van het zelfbeeld, welke competentiebelevingen representeren met gevoel van eigenwaarde als globale factor. Het gaat hier om de manier waarop het individu zijn of haar competentie beleeft. De belangrijkste veranderingen in het begrip van zelfwaardering gedurende de ontwikkeling zijn dan ook de toenemende differentiatie van competentiebelevingen, veranderingen in het belang van competentiebelevingen en het tot stand komen van gevoel van eigenwaarde (Treffers et al., 2002). Bij problemen in de competentiebeleving is sprake van een te lage of te hoge zelfwaardering. In dit onderzoek wordt er uitgegaan van beide benaderingen van het zelfbeeld; naast het onderkennen van verschillende aspecten van het zelf, wordt een algemeen en globaal zelfbeeld ook erkend.

De ontwikkeling van het zelfbeeld begint in feite met de beleving dat er een ‘ik’ en een ‘niet-ik’ bestaat. Dit begint met de ervaring van een lichamelijk zelf en aan het eind van het tweede levensjaar ontwikkelt er een meer fundamenteel besef van het zelf. Vanaf dat moment vindt een toenemende differentiatie plaats tussen het ‘ik’ en de ‘omgeving’. In deze aanhoudende interacties wordt het zelfbeeld verder opgebouwd en worden steeds meer elementen binnen het zelf gevoegd. Harter (1990) geeft aan dat kinderen vanaf 8-jarige leeftijd een beeld vormen van hun algemene eigenwaarde. Volgens haar zijn de belangrijkste veranderingen in het zelfbeeld gedurende de ontwikkeling de toenemende differentiatie van competentiebelevingen, veranderingen in het belang van competentiebelevingen en het tot stand komen van gevoel van eigenwaarde. Rond de adolescentie worden de mogelijkheden tot abstract denken en zelfreflectie groter en wordt het zelfbeeld stabieler (Harter, 1999). Kortom, het zelfbeeld ontwikkelt zich van jongs af aan en deze ontwikkeling loopt door tot tijdens de adolescentie.

Het gezin wordt in het algemeen beschouwd als eerste en belangrijkste omgeving voor de ontwikkeling van het zelfbeeld van het kind (Rosenberg, 1965; Van der Ploeg, 1997). De wijze waarop kinderen ervaren wat hun ouders over hen denken en oordelen, heeft een bijzonder grote invloed op de zelfbeeldvorming van het kind. Later ontstaat de mogelijkheid dat de vorming van het zelfbeeld ook door anderen wordt beïnvloed. De invloed die uitgeoefend wordt op het zelfbeeld blijkt hierin anders te zijn. De twee specifieke domeinen van het zelfbeeld ‘schoolvaardigheden’ en ‘gedragshouding’ worden door kinderen en jongeren geschat als meest belangrijk voor hun ouders, terwijl ‘sociale acceptatie’, ‘fysieke verschijning’ en ‘sportieve vaardigheden’ belangrijker zijn in relatie tot leeftijdsgenoten (Harter, 1999). Overigens wordt het zelfbeeld eveneens gevormd op grond van de gevolgen van het eigen gedrag. Zowel via deze meer directe weg als via de meer indirecte weg van de vermeende waardering van significante anderen komt het zelfbeeld tot stand (Van der Ploeg, 1997). Tevens kan door negatieve beschadigende ervaringen en een gebrek aan beschermende factoren een negatief zelfbeeld ontstaan waardoor de manier waarop men naar zichzelf en de wereld kijkt negatief gekleurd wordt (Sanders & Ten Broeke, 2011). Samenvattend blijkt dat het gezin en leeftijdsgenoten een belangrijke invloed hebben op het ontwikkelen van het zelfbeeld, terwijl later het zelfbeeld eveneens gevormd wordt door de gevolgen van het eigen gedrag.

2.2 Negatief zelfbeeld

Hoe het zelfbeeld zich ontwikkelt, hangt af van een aantal individuele en sociale factoren (Harter, 1999). Zoals hiervoor al benoemd, wordt het zelfbeeld beïnvloed door personen in de directe omgeving van het kind (Van der Ploeg, 1997). Of het kind bij het ouder worden er ook in slaagt positief waarderende significante anderen uit te zoeken, is nog de vraag. Jeugdigen die bijvoorbeeld door omstandigheden gedwongen worden veel van school of van buurt te wisselen, kunnen belemmerd worden in de ontwikkeling

van een consistent positief zelfbeeld. Daarnaast bestaan er verschillen tussen jongens en meisjes. Bij meisjes blijkt ouderlijke steun een belangrijke invloed op het zelfbeeld te hebben, terwijl bij jongens vooral het geven van complimenten een positief effect heeft (Felson & Zielinski, 1989). Wanneer deze factoren ontbreken, heeft het kind kans op het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld.

Een negatief zelfbeeld bij kinderen en jongeren blijkt sterk samen te hangen met gedragsstoornissen (Maïano et al., 2007; Verheij et al., 2007), posttraumatische stressstoornis (Saigh et al., 2008), depressie en angst (Bos, Muris & Huijding, 2011; Elfhag et al., 2010; Sukumaran et al., 2003) en eetstoornissen (Bos et al., 2011; Jacobi et al., 2004). In het algemeen blijkt het eveneens samen te hangen met geweld en middelen gebruik (Beck, Brown, Steer, Kuyken & Grisham, 2001; Donnellan, Trezsniewski, Robins, Moffit & Caspi, 2005; Leitenberg, Yost & Carrol-Wilson, 1986; Neumark-Sztainer, Story, French & Resnick, 1997). Daarnaast vergroot een negatief zelfbeeld de kans op problematisch gedrag. Naarmate het zelfbeeld negatiever is, zal de problematiek ernstiger van aard zijn (Verheij et al., 2007). Van een negatief zelfbeeld is eveneens aangetoond dat het, het herstel van de primaire stoornis kan belemmeren en tenslotte vormt een negatief zelfbeeld, ongeacht de formele diagnose waarvan het wel of geen deel uitmaakt, voor veel patiënten een belangrijke reden om hulp te zoeken.

Cognitieve gedragstherapie voor een negatief zelfbeeld blijkt effectief om het zelfbeeld en psychiatrische symptomen te verbeteren bij een reeks van psychiatrische aandoeningen (Ekkers et al., 2011; Korrelboom et al., 2012; Van der Gaag, Van Oosterhout, Daalman, Sommer & Korrelboom, 2012; Waite et al., 2012). Echter blijken moderne psychotherapieën volgens Korrelboom (2011) veeleer 'trainingen', dan 'goede gesprekken'. Deze ontwikkeling heeft de afgelopen twintig jaar in een versneld tempo plaatsgevonden. Mede onder invloed van de toenemende vraag naar transparantie en aangetoonde effectiviteit worden er steeds meer protocollen ontwikkeld. De meeste protocollen kenmerken zich daarbij door een tamelijk heldere begrenzing in de tijd (ongeveer acht tot zestien sessies) en door een stapsgewijze, trainingachtige benadering. Tevens worden zij ingedeeld in enkele fases en wordt er van de patiënt een actieve opstelling verwacht, zowel tijdens de sessies als in de vorm van huiswerk. Er is dus een duidelijke verschuiving te zien van 'praattherapieën' naar 'doetherapieën'.

Deze 'doetherapieën' hadden tot voor kort vooral betrekking op DSM-geclassificeerde psychische stoornissen (Korrelboom, 2011). Men gaat er doorgaans vanuit dat met het succesvol behandelen van de primaire 'officiële' DSM-stoornis, het negatieve zelfbeeld vanzelf zal meeveranderen. In de praktijk lijkt dat echter lang niet altijd in voldoende mate het geval te zijn (Fennell & Jenkins, 2004). Om deze reden neemt de belangstelling toe voor transdiagnostische benaderingen: in verschillende in de DSM-IV-geclassificeerde stoornissen lijken vergelijkbare basale psychologische processen verstoord te zijn en een sturende rol te spelen bij het ontstaan en voortbestaan van specifieke pathologie (Harvey, Watkins, Mansell

& Shafran, 2004). Een voorbeeld van een verstoord basaal psychologisch proces is een negatief zelfbeeld (Van Heycop ten Ham, De Vos & Hulsbergen, 2013).

2.3 COMET

COMET voor negatief zelfbeeld (Korrelboom, 2011) is ontwikkeld als een transdiagnostische 'doetherapie' om deze relatieve leemte in het behandelaanbod op te vullen. Een negatief zelfbeeld is geen aparte DSM-diagnose, maar wel een formeel symptoom van verschillende DSM-stoornissen. Korrelboom heeft een behandeltechniek ontwikkeld, die gericht is op het verbeteren van het zelfbeeld: COMET, wat staat voor Competitive Memory Training. Centraal in COMET staat de theorie van Brewin (2006), die het principe van contraconditionering ontwikkeld heeft. Hierbij wordt aangenomen dat er in het langetermijngeheugen netwerken bestaan waarin gedachten en gevoelens over jezelf gekoppeld zijn aan verschillende situaties. Afhankelijk van de situatie waarin je je bevindt, kan een bepaald netwerk vaker geactiveerd worden, waardoor die gedachten en gevoelens vaker naar voren komen. Er ontstaat dan in het brein een hiërarchie van vaak gebruikte netwerken, waardoor de kans dat die optreden groter wordt. Gedachten en gevoelens over het zelf vanuit andere netwerken komen steeds minder vaak naar voren. Bij psychopathologie wint de disfunctionele gedachte het vaker van de functionele gedachte en effectieve psychotherapie zou de activeerbaarheid bevorderen van functionele betekenissen die tot dan toe onvoldoende competitief bleken te zijn (Brewin, 2006). Aan de hand van de COMET-training wordt er gewerkt aan het negatieve zelfbeeld van verschillende doelgroepen door disfunctionele gedachten te veranderen.

Kuin en Peters ontwikkelen in 2014 twee COMET-protocollen voor kinderen en jongeren, namelijk een individueel en een groepsprotocol, gebaseerd op COMET van Kees Korrelboom (2011). De groepstraining voor kinderen en jongeren bestaat uit acht wekelijkse sessies van een uur onder begeleiding van twee trainers waarvan minimaal één wetenschappelijk geschoolde trainer. De training is bedoeld voor kinderen en jongeren met een negatief zelfbeeld, die daardoor gehinderd worden in hun dagelijks functioneren. Het gaat daarbij om kinderen en jongeren met een negatief zelfbeeld die rationeel wel weten dat ze waardevol zijn, maar het niet zo voelen. Zie bijlage 2 voor alle indicaties en contra-indicaties voor deelname aan de training. Zowel als aanvulling op de primaire therapie of als laagdrempelig begin van een behandeltraject kan deze training ingezet worden. In eerste instantie wordt tijdens de sessies meer nadruk op de minder actieve netwerken gelegd door positieve herinneringen en beelden van zichzelf op te roepen. Vervolgens vindt contraconditionering plaats: moeilijke situaties worden gekoppeld aan positieve gedachten en gevoelens die geactiveerd zijn. Ten slotte wordt er een copingmethode aangeleerd, die het kind of de jongere leert op moeilijke momenten doelgericht een positiever zelfbeeld op te roepen (Kuin & Peters, 2014).

2.4 Onderzoek naar COMET

Op dit moment is COMET de empirisch best ondersteunde specifieke interventie voor lage zelfwaardering. De methode blijkt effectief in verschillende gecontroleerde studies bij diverse patiëntenpopulaties en de resultaten blijken na het beëindigen van de interventie voor langere tijd stabiel te blijven of zelfs verder te verbeteren (Korrelboom, 2011). Wanneer alle onderzoeken naar COMET naast elkaar gelegd worden, blijkt dat ze allemaal gebruik maken van een voor- en nameting. Het aantal participanten is altijd meer dan 35 en over het algemeen wordt COMET vergeleken met 'Treatment As Usual'. Hierbij kan gedacht worden aan reguliere individuele therapie. Wanneer het zelfbeeld gemeten wordt bij deze onderzoeken wordt altijd de Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) ingezet. De vragenlijst Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (Treffers et al., 2002) wordt gebruikt bij de pilotstudie vanwege de meetpretentie specifiek voor kinderen en adolescenten.

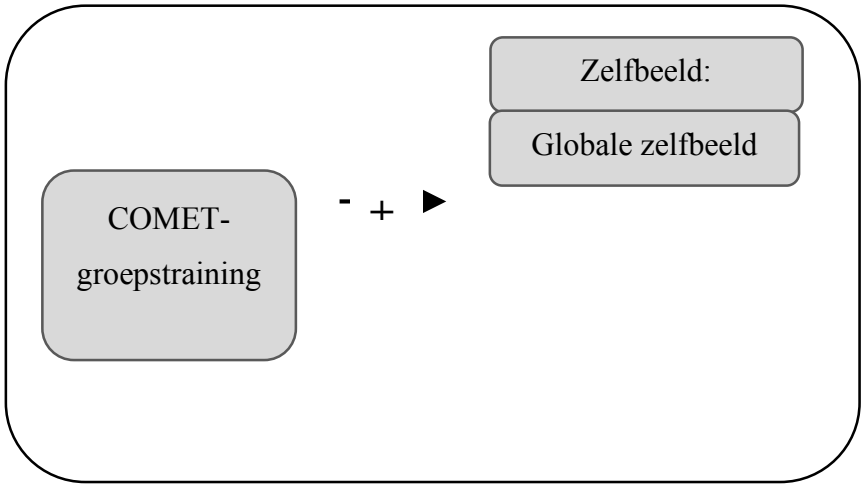
Uit de onderzoeken blijkt dat COMET effectief blijkt bij meerdere doelgroepen. Zo vinden Maarsingh et al. (2010) een verbetering op het gebied van het negatieve zelfbeeld, autonomie en depressie na het volgen van COMET. Ekkers et al. (2011) vinden in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek een positief effect op het zelfbeeld van depressieve volwassenen na het volgen van COMET. Tevens blijkt COMET, als toevoeging aan reguliere therapie, bij vrouwen die behandeld worden voor eetstoornissen en bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, het zelfbeeld te vergroten (Korrelboom et al., 2009; Korrelboom et al., 2011). Naast het protocol gericht op het zelfbeeld bestaan er meerdere COMET-protocollen. Zo blijkt 'COMET piekeren en rumineren' succesvol in het verminderen van ruminatie en depressieve symptomen bij een groep depressieve ouderen (Ekkers et al., 2011) en 'COMET paniek' effectief bij patiënten met een paniekstoornis (Korrelboom, Peeters, Blom & Huijbrechts, 2014). Ook 'COMET auditieve hallucinaties' zorgt voor een afname van depressieve symptomen bij schizofreniepatiënten met aanhoudende hallucinaties (Van der Gaag et al., 2012). Oftewel, COMET is bij verschillende volwassen populaties onderzocht en effectief gebleken voor de verbetering van het zelfbeeld en andere factoren.

Om de effectiviteit van interventies gericht op het verbeteren van een negatief zelfbeeld bij kinderen en adolescenten te evalueren, hebben Haney en Durlak (1998) een meta-analyse uitgevoerd. Dit onderzoek laat zien dat behandelprogramma's effectief zijn bij het verbeteren van het zelfbeeld bij deze doelgroep. Bovendien blijken interventies specifiek gericht op zelfbeeld beter te werken dan interventies gericht op andere doelen, zoals probleemgedrag of sociale vaardigheden. Om de effectiviteit van COMET voor kinderen en jongeren te onderzoeken, is er enkel een pilotstudie uitgevoerd (Galesloot, 2014). Hieruit blijkt dat COMET effectief is voor het verbeteren van het zelfbeeld bij kinderen en jongeren. Zo blijkt het zelfbeeld te verbeteren en nemen depressieve symptomen af. Wat betreft specifieke domeinen van het zelfbeeld wordt er een significante verbetering gevonden op 'sociale acceptatie', 'fysieke verschijning' en

‘gedragshouding’. Verder blijkt dat hoe hoger de leeftijd van de deelnemer hoe minder effect COMET heeft. Chubb et al. (1997) geven aan dat het zelfbeeld meer stabiel wordt tijdens de adolescentie, wat het resultaat uit de pilotstudie mogelijk verklaart. Ook blijkt de training voor meisjes effectiever dan voor jongens wat betreft de competentiebeleving ‘sportvaardigheden’. Het huidige onderzoek sluit bij deze pilotstudie aan en tracht meer bewijs te verzamelen voor de effectiviteit van de ‘COMET-groepstraining voor kinderen en jongeren’.

2.5 Hypothesen en Conceptueel Model

In figuur 1 is het conceptueel model weergegeven waarin de twee variabelen en het verband hiertussen zichtbaar is. Op basis van dit model worden de hypothesen van het onderzoek gebaseerd.



Figuur 1. Conceptueel model.

COMET wordt op dit moment volgens Korrelboom (2011) gezien als de empirisch best ondersteunde specifieke interventie voor lage zelfwaardering. De methode blijkt effectief bij diverse patiëntenpopulaties, waardoor COMET een breed bereik heeft wat betreft doelgroep. Daarnaast blijkt uit een meta-analyse (Haney & Durlak, 1998) en een pilotstudie (Galesloot, 2014) dat interventies gericht op het verbeteren van een negatief zelfbeeld bij kinderen en adolescenten wel degelijk effect hebben. Om deze reden wordt de volgende hypothese opgesteld: ‘de groepstraining heeft een positief effect op het zelfbeeld van kinderen tussen de 12 en 24 jaar’ (Galesloot, 2014; Haney et al., 1998; Korrelboom, 2011). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een statistisch positief effect en een klinisch positief effect. De tweede en derde hypothese luiden dan ook als volgt: ‘na het volgen van de groepstraining vindt er statistische verbetering plaats wat betreft het globale zelfbeeld’ en ‘na het volgen van de groepstraining vindt er klinische verbetering plaats wat betreft het globale zelfbeeld’ (Galesloot, 2014). Daarnaast blijkt

uit onderzoek van Galesloot (2014) dat meerdere specifieke domeinen significant verbeteren na het volgen van COMET, waardoor dit ook verwacht kan worden voor dit onderzoek. Hier is hypothese vier op gebaseerd: ‘na het volgen van de groepstraining vindt er statistische verbetering plaats wat betreft de competentiebelevingen’. Het kan zijn dat deze statistische verbetering niet op elk domein plaatsvindt. De opvallende uitkomst vanuit de pilotstudie dat het zelfbeeld tijdens de adolescentie mogelijk minder veranderbaar blijkt, wordt eveneens op de proef gesteld tijdens dit onderzoek. Net als de uitkomst dat de training effectiever zou zijn voor meisjes wat betreft de competentiebeleving ‘sportvaardigheden’. Om deze reden wordt de vijfde hypothese opgesteld: ‘er is een negatieve samenhang tussen de leeftijd en het geslacht van de participanten en de verbetering van het zelfbeeld door de groepstraining’ (Galesloot, 2014). De laatste hypothese die opgesteld wordt heeft te maken met zelfbeeld als multidimensioneel begrip. Tijdens dit onderzoek wordt zowel het globale zelfbeeld als de losse facetten van het zelfbeeld gemeten. Om erachter te komen of deze losse facetten daadwerkelijk samenhangen met het globale zelfbeeld wordt de volgende en laatste hypothese opgesteld: ‘er is een positieve samenhang tussen het globale zelfbeeld en de competentiebelevingen’ (Brunner et al., 2010; Fleming & Courtney, 1984; Harter, 1999; Marsh & Shavelson, 1985; Marsh, Trautwein, Lüdtke, Köller & Baumert, 2006; Van der Ploeg, 1997).

Hoofdstuk 3 – Methode

In dit hoofdstuk wordt besproken op welke manier het onderzoek uitgevoerd wordt. Hierbij zal ingegaan worden op de methode, de onderzoeksdoelgroep, de onderzoeksinstrumenten, de procedure en de analyses.

3.1 Onderzoeksmethode

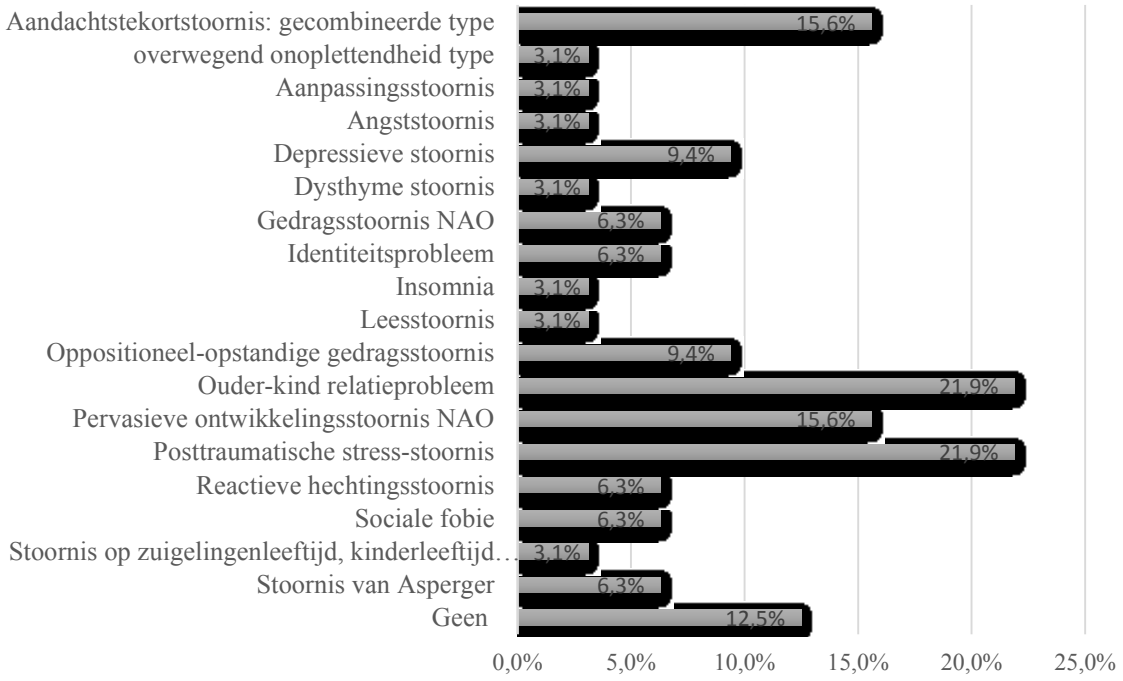
Om de opgestelde hypotheses te toetsen, is er gebruik gemaakt van niet-experimenteel veranderingsonderzoek. Dit is een veel toegepaste vorm van kwaliteits-onderzoek, waarbij de vraag centraal staat wat de kwaliteit van de interventie is, zonder vergelijking met een andere cliënt of groep bij wie geen of een andere interventie is toegepast. Bepaalde kenmerken van de onderzoekseenheden zijn voor en na de interventie gemeten en met elkaar en een externe norm vergeleken. Naast niet-experimenteel veranderingsonderzoek kan er ook gesproken worden van effectonderzoek: onderzoek naar de vraag of het beoogde effect van een interventie bereikt wordt (Van Loon et al., 2011). Hierbij is gebruik gemaakt van een voor- en nameting aan de hand van twee bestaande vragenlijsten. Eventuele verschillen tussen deze twee metingen kunnen duiden op een effect van de interventie (Van Loon et al., 2011). Vanwege het gebruik van vragenlijsten met als antwoordmethode een Likertschaal wordt er gebruik gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksmethode.

3.2 Onderzoeksdoelgroep

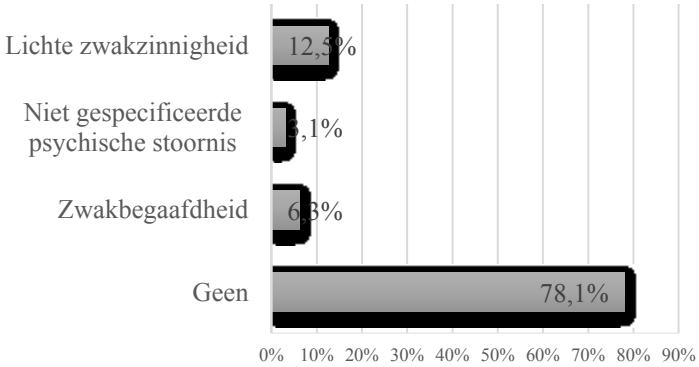
De steekproef bestaat uit 65 deelnemers, die gestart zijn met de COMET-groepstraining binnen Polikliniek Intermetzo Zutphen tussen april 2011 en mei 2016. De training is in deze tijd vijftien keer gestart met een gemiddelde van $M = 4.3$ deelnemers per training. Van deze 65 deelnemers hebben negen deelnemers de training niet voltooid vanwege verschillende redenen. De meest voorkomende redenen hiervoor zijn het te vaak afwezig zijn en verhuizen van een woongroep terug naar huis. Bij de deelnemers van de groepstraining is een negatief zelfbeeld vastgesteld tijdens het intakegesprek. In het gesprek is de cliënt leidend, deze geeft aan of hij of zij last heeft van een negatief zelfbeeld en of hij of zij de training zou willen volgen. Echter is het, volgens de ontwikkelaars van de COMET-groepstraining, wel van belang dat het kind of de jongere weet dat dit beeld niet helemaal terecht is. Tevens kan de deelnemer tenminste één positieve eigenschap van zichzelf opnoemen. Dit wordt vastgesteld door de trainers die het intakegesprek voeren. Zie bijlage 2 voor alle indicaties en contra-indicaties voor deelname aan de training.

De onderzoeksgroep van dit onderzoek bestaat uit 32 participanten die toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun testresultaten. De gemiddelde leeftijd bij de 32 participanten is $M = 17.13$ jaar, $SD = 2.76$ en 75 procent van de participanten zijn meisjes. Het grootste deel, namelijk 80 procent van de participanten gaat naar school. De twee meest voorkomende opleidingsniveaus zijn vmbo (lwoo, basis en/of kaderberoepsgericht) en hbo. Hierbij kan genoemd worden dat 72 procent van de participanten die op

school zitten deelnemen aan het reguliere onderwijs. Alle aanwezige DSM-As-I en As-II stoornissen zijn weergegeven in figuur 2 en 3. Wat opvalt, is dat de meest voorkomende As-I-stoornis de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is. Daarnaast komt op deze as het hebben van een ouder-kind relatieprobleem even veel voor als PTSS. In totaal zijn er veertien participanten met één As-I-stoornis, negen met twee As-I-stoornissen en vijf met drie As-I-stoornissen. Op As-II blijkt de grote meerderheid, namelijk 78.1 procent, geen stoornis te hebben. In totaal zijn er vier participanten die met geen enkele stoornis gediagnosticeerd zijn.



Figuur 2. Overzicht van de aanwezige DSM-IV-stoornissen op As-I bij de onderzoeksgroep (n = 32) in procenten.



Figuur 3. Overzicht van de aanwezige DSM-IV-stoornissen op As-II bij de onderzoeksgroep (n = 32) in procenten.

3.3 Onderzoeksinstrument

De eerste vragenlijst die gebruikt wordt is de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965). Het doel van deze, uit tien items bestaande, vragenlijst is om de algemene affectieve evaluatie van het zelf te meten (Rosenberg, 1979). De RSES bevat vijf positief geformuleerde en vijf negatief geformuleerde items. Een voorbeeld item is: "Soms voel ik mij beslist nutteloos". Aan de hand van een vier-punts-Likertschaal, variërend van helemaal mee eens tot sterk mee oneens worden deze items beantwoord (Franck, De Raedt, Barbez & Rosseel, 2008). De RSES heeft een hoge mate van betrouwbaarheid (Blascovich & Tomaka, 1991; Grey-Little, Williams & Hancock, 1997) en validiteit (Blascovich et al., 1991; Robins, Hendin & Trezsniewski, 2001). Het onderzoek van Everaert, Koster, Schacht en De Raedt (2010) toont een hoge interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .89$) en ondersteunt de constructvaliditeit van de Nederlandse versie van de RSES. Daarnaast blijkt uit verschillende studies dat de RSES gevoelig is voor veranderingen tijdens behandelingen (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000; Safer, Telch & Agras, 2001), wat van pas komt tijdens dit onderzoek. Korrelboom (2011, 2012) maakt in zijn onderzoeken naar de effecten van COMET voor volwassenen primair gebruik van dit meetinstrument. De RSES is eveneens populair onder internationale onderzoekers die de stabiliteit van het zelfbeeld op de lange termijn willen meten (Bachman & O'Malley, 1977; Chubb, Fertman & Ross, 1997; Zimmerman, Copeland, Shope & Dielman, 1997). Om deze redenen wordt ook hier voor de RSES gekozen.

De tweede vragenlijst is de Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA; Treffers et al., 2002). Deze vragenlijst geeft op een gestandaardiseerde wijze inzicht in de manier waarop een kind of jongere zichzelf ervaart en hoe hij zijn eigen competenties en adequaatheid op een aantal relevante levensgebieden inschat. De CBSA is een unieke vragenlijst door de opzet hiervan (Butler & Gasson, 2005); de respondent krijgt 35 keer twee stellingen aangeboden, waarvan aangegeven moet worden welke het beste bij de respondent past. Een voorbeelditem is: "Sommige jongeren hebben veel vrienden. Maar, andere jongeren hebben niet zo veel vrienden". Vervolgens dient aangegeven te worden in hoeverre de gekozen stelling past bij de respondent met 'een beetje waar voor mij' en 'helemaal waar voor mij'. De ongebruikelijke vraagstelling van de CBSA zou sociale wenselijkheid moeten voorkomen, omdat "…de helft van de kinderen op deze wereld zien zichzelf op een bepaalde manier, terwijl de andere helft zichzelf ziet op de tegenovergestelde manier. Dat wil zeggen dat deze manier van vraagstelling beide keuzes rechtvaardigt" (Harter, 1982). Echter is dit niet empirisch bewezen (Wylie, 1989). De 35 items zijn onder te verdelen in zeven subschalen: 'schoolvaardigheden', 'sociale acceptatie', 'sportieve vaardigheden', 'fysieke verschijning', 'gedragshouding', 'hechte vriendschap' en 'gevoel van eigenwaarde'. Op het gebied van vragenlijsten die zelfbeeld meten is de CBSA het meest betrouwbaar. De COTAN beoordeelt de betrouwbaarheid van de CBSA als voldoende (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2007) en voor bijna alle schalen is een Cronbach's α gevonden van rond de .80 (Treffers et al., 2002), waardoor er gesproken kan worden van voldoende interne consistentie. De begripsvaliditeit is goed en naar de criteriumvaliditeit is

geen onderzoek gedaan (Evers et al., 2007; Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2011). Sukumaran et al. (2003) bevestigen dat de CBSA een gebruiksvriendelijk instrument is, door het hoge percentage compleet ingevulde vragenlijsten onder kinderen tijdens hun onderzoek en het lage aantal incorrect ingevulde vragenlijsten.

3.4 Procedure

Alle 65 deelnemers van de COMET-groepstraining tussen april 2011 en mei 2016 hebben zowel voor als na de training de twee vragenlijsten ingevuld. Meestal worden de vragenlijsten ingevuld op papier tijdens de eerste en laatste groepssessie. Een enkele keer krijgt iemand de vragenlijst nagestuurd via de e-mail met een online-link. Deze vragenlijsten worden in eerste instantie gebruikt om in het eindgesprek de verbetering van het zelfbeeld te kunnen laten zien. Tijdens de training wordt elke deelnemer benaderd om zijn of haar gegevens beschikbaar te stellen voor wetenschappelijk onderzoek. Hen wordt gevraagd een toestemmingsformulier te tekenen, zodat de resultaten van hun vragenlijsten beschikbaar zijn voor onderzoek naar de effectiviteit van de interventie. Wanneer de deelnemer jonger dan zestien jaar is, is ook een handtekening van de ouders vereist. Tevens vullen zij een demografische vragenlijst in. Kortom, allereerst vullen de participanten twee vragenlijsten in voor de voormeting, vervolgens volgen zij de COMET-groepstraining en tot slot vullen zij dezelfde twee vragenlijsten in voor de nameting. Om verdere gegevens van de participanten te vinden, is de demografische vragenlijst en het elektronisch cliëntendossier van Polikliniek Intermetzo Zutphen geraadpleegd. Via deze weg zijn de leeftijd, het geslacht, het opleidingsniveau, de stoornissen op As I en II en de ingevulde vragenlijsten te vinden. Deze gegevens zijn geanonimiseerd, voordat hier mee gewerkt is.

3.5 Analyses

De kwantitatieve resultaten van de vragenlijsten RSES en CBSA worden geanalyseerd aan de hand van het computerprogramma Statistical Package for the Social Sciences 23 (SPSS), waarmee een uitspraak wordt gedaan over de mogelijke statistische verbeteringen van het globale zelfbeeld en de competentiebelevingen na het volgen van de training. Tijdens de dataverzameling blijkt dat er een aantal gegevens ontbreken; bij 9% van de participanten ontbreekt de voormeting op de RSES, bij 3% ontbreekt de nameting op de RSES, bij 16% ontbreekt de voormeting op de CBSA en bij 12.5% ontbreekt de nameting op de CBSA. De reden van deze ontbrekende gegevens is niet bekend. Om de analyses in SPSS uit te kunnen voeren zijn beide metingen op beide vragenlijsten nodig. Er is voor gekozen om de missende waardes niet te vervangen door het gemiddelde van de onderzoeksgroep, omdat er niet vanuit wordt gegaan dat het gemiddelde van de onderzoeksgroep representatief is voor het individu. Om enkel complete data te analyseren, wordt ervoor

gekozen om de zeven participanten met ontbrekende voor- en/of nametingen uit te sluiten bij de analyses omtrent het zelfbeeld en de competentiebelevingen.

Om de eerste deelvraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van de ruwe scores van de gehele RSES en de ruwe score van de subschaal 'gevoel van eigenwaarde' van de CBSA. Beide meten de waardering die de adolescent voor zichzelf heeft. Deze vragenlijsten gebruiken hiervoor verschillende items, waardoor ze elkaar aanvullen. Slechts één item overlapt (zie bijlage 1); deze wordt wel meegenomen. De items op deze vragenlijsten kunnen beantwoord worden door het kiezen van één van vier antwoordopties, waarvan de puntentelling van 1 tot en met 4 loopt. Om deze reden kunnen de scores bij elkaar opgeteld worden en ontstaat er een totale score voor het construct zelfbeeld. Aan de hand van de analyse Paired Samples T-Test is het verschil tussen de voor- en nameting geanalyseerd. Met deze analyse wordt er nagegaan of een verschil op een testvariabele tussen twee gekoppelde steekproeven op toeval berust (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2011). Hierbij wordt uitgegaan van significantie wanneer de p-waarde kleiner is dan 0.05 (Baarda et al., 2011).

Om antwoord te kunnen geven op de tweede deelvraag is er gebruik gemaakt van de normen van zowel de RSES als van de subschaal Gevoel van Eigenwaarde van de CBSA. Volgens de RSES is het zelfbeeld negatief bij een ruwe score lager dan 15. Een ruwe score tussen 15 en 25 is gemiddeld en een ruwe score boven 25 wijst op een hoog positief zelfbeeld (Rosenberg, 1965). De ruwe scores van de CBSA kunnen omgezet worden in percentielscores. De percentielscore geeft het percentage adolescenten weer dat lager scoort. Gesteld wordt dat iemand met een negatief zelfbeeld een score heeft onder het 15e percentiel. Een normale score ligt tussen het 15e en 85e percentiel. Een score binnen dit gebied wordt dan ook gezien als een gemiddeld positief zelfbeeld. Een percentielscore van 86 tot 97 geeft een hoog positief zelfbeeld weer. Afwijkend hoge scores, percentiel 98 tot 100, worden niet gezien als een positief zelfbeeld, omdat deze verklaard kunnen worden vanuit sociale wenselijkheid of wensgedachten van de respondent (Treffers et al., 2002). Om te kunnen spreken van een negatief of positief zelfbeeld moet dit zowel blijken uit de RSES als uit de subschaal Gevoel van Eigenwaarde van de CBSA, zodat beide vragenlijsten dit ondersteunen en er met zekerheid gesproken kan worden van een positief dan wel negatief zelfbeeld. Wanneer de zelfbeeldscore van de participant op de nameting in een hoger klinisch gebied valt dan de zelfbeeldscore op de voormeting wordt er gesproken van een klinische verbetering.

De derde deelvraag is beantwoord aan de hand van de overige zes subschalen van de CBSA: 'schoolvaardigheden', 'sociale acceptatie', 'sportieve vaardigheden', 'fysieke verschijning', 'gedragshouding' en 'hechte vriendschap'. De subschalen representeren competentiebelevingen die verwijzen naar afzonderlijke facetten van het zelfbeeld (Treffers et al., 2002). Om deze reden worden de competentiebelevingsschalen van de CBSA ook meegenomen wanneer er wordt gekeken naar zelfbeeld. Voor deze analyse wordt de Paired Samples T-Test en de Wilcoxon signed-rankstoets gebruikt. Ook hierbij

wordt uitgegaan van significantie wanneer de overschrijdingskans kleiner is dan 5 procent en dus de p-waarde kleiner is dan 0.05 (Baarda et al., 2011).

De vierde en vijfde deelvraag worden beide geanalyseerd aan de hand van de Pearson productmoment-correlatiecoëfficient. Omdat de onderzoeksgroep bestaat uit minder dan 50 participanten wordt er gewerkt met een significantieniveau van $p < 0.10$ (Baarda et al., 2011). De vierde deelvraag is meegenomen omdat Galesloot (2014) in haar pilotstudie vindt dat de positieve verandering op de globale zelfwaardering minder groot is naarmate de leeftijd hoger is. Daarnaast vindt zij dat de training meer effectief is voor meisjes wat betreft de competentiebeleving 'sportvaardigheden'. De variabele leeftijd staat voor de leeftijd van de deelnemers bij aanvang van de groepstraining. Vervolgens wordt er gekeken naar de samenhang tussen leeftijd en geslacht tegenover de vooruitgang van het globale zelfbeeld en de competentiebelevingen. De vijfde deelvraag besteed aandacht aan zelfbeeld als multidimensioneel begrip, zoals besproken in Hoofdstuk 2. Door deze analyse uit te voeren kan er iets gezegd worden over de samenhang tussen het globale zelfbeeld en de competentiebelevingen, oftewel de losse aspecten van het zelfbeeld.

Hoofdstuk 4 – Onderzoeksresultaten

In het huidige onderzoek is het effect van de COMET-groepstraining voor kinderen en jongeren onderzocht bij cliënten van Polikliniek Intermetzo Zutphen. Aan de hand van een voor- en nameting middels de RSES en CBSA is er onderzocht in hoeverre het zelfbeeld en de competentiebelevingen verbeteren na het volgen van de groepstraining. Met een respons van 49 procent bestaat de onderzoeksgroep uit 32 participanten waarbij 25 participanten zowel de voor- als de nameting hebben ingevuld. Het gemiddelde en de standaardafwijking van de voor- en nameting wat betreft het globale zelfbeeld en de competentiebelevingen zijn weergegeven in tabel 1. De resultaten laten zien dat de participanten gemiddeld een hoger globaal zelfbeeld laten zien op de nameting (M = 44.36, SD = 7.94) dan op de voormeting (M = 34.20, SD = 7.21), wat wijst op een significant positief verschil (t (24) = 5.89, $p < .001$). Hierbij kan gesproken worden over een zeer grote toename (d = 1.18) van het globale zelfbeeld bij de participanten na het volgen van de COMET-groepstraining. Dat wil zeggen dat er een statistische verbetering plaatsvindt wat betreft het globale zelfbeeld bij de participanten.

Wat betreft de klinische verbetering van het zelfbeeld na het volgen van COMET blijkt dat er bij 7 van de 25 deelnemers gesproken kan worden van een klinische verbetering. Dit wil zeggen dat de score op de nameting in een hoger klinisch gebied valt dan de score op de voormeting. Bij 8 procent van de deelnemers is er sprake van een klinische achteruitgang. Wanneer er apart gekeken wordt naar de vragenlijsten blijkt dat 52 procent van de deelnemers een klinische verbetering laat zien op de RSES en 32 procent van de deelnemers op de schaal ‘gevoel van eigenwaarde’ van de CBSA. Een afwijkend hoge score, percentielscore tussen 98 en 100, komt slechts bij één deelnemer voor op de nameting van de CBSA, wat wil zeggen dat er over het algemeen niet gesproken kan worden van antwoordpatronen vanuit sociale wenselijkheid of wensgedachten van de respondenten. Bij deze enkele deelnemer zou dit wel het geval kunnen zijn. Kortom, bij 28 procent van de deelnemers is er sprake van een klinische verbetering op beide vragenlijsten.

Wanneer er onderscheid gemaakt wordt tussen de participanten met klinische verbetering (n = 7) en de participanten zonder klinische verbetering (n = 18) zijn er een aantal opvallendheden. Zo blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de participanten zonder klinische verbetering (M = 15.83, SD = 2.20) lager is dan de gemiddelde leeftijd van de participanten met klinische verbetering (M = 18.00, SD = 2.45). Wat betreft geslacht kan aangegeven worden dat in de groep met klinische verbetering 71.4 procent vrouw is en in de andere groep 66.7 procent. Verder blijkt dat de verbetering van het zelfbeeld groter is bij de groep met klinische verbetering. Zo behalen de participanten met klinische verbetering op de RSES gemiddeld een hogere verbetering (M = 13.14, SD = 5.18) in vergelijking met de participanten zonder klinische verbetering (M = 5.28, SD = 4.70). De zelfbeeldscores op de subschaal ‘gevoel van eigenwaarde’ van de CBSA laten hetzelfde zien, met een gemiddelde van M = 6.71, SD = 2.14 voor de participanten met

klinische verbetering en een gemiddelde van $M = 1.33$, $SD = 2.52$ voor de participanten zonder klinische verbetering. Dit wil zeggen dat er verschillen blijken te bestaan tussen de groepen met of zonder klinische verbetering.

Deze zelfbeeldverbetering blijkt significant op meerdere gebieden. Zo laten de participanten een significant hogere score zien op vier van de zes competentiebelevingen. De deelnemers laten na het volgen van COMET een kleine toename zien op de competentiebeleving 'schoolvaardigheden' (t (24) = 2.17, p = .04, d = 0.43) en 'sportieve vaardigheden' (t (24) = 2.07, p = .049, d = 0.41) en een middelmatige toename op 'gedragshouding' (t (24) = 2.81, p = .01, d = 0.56) en 'fysieke verschijning' (t (24) = 2.70, p = .012, d = 0.54). Dit wil zeggen dat er een middelmatige toename heeft plaatsgevonden wat betreft hoe positief participanten zich voelen over hun 'fysieke verschijning' en 'gedragshouding'. Daarnaast blijkt dat het positieve gevoel dat de participanten hebben over de eigen 'school'- en 'sportvaardigheden' is veranderd met een kleine toename. Op het gebied van 'sociale acceptatie' (t (24) = 1.03, p = .313) en 'hechte vriendschap' (Z = .964, p = .335) heeft er bij de participanten geen significante verbetering plaatsgevonden.

Tabel 1

Het verschil tussen de voor- en nameting; gemiddelde (M), standaarddeviatie (SD) en groepsgrootte (n).

Variabele		**Voormeting**		**Nameting**	
	n	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Globale Zelfbeeld**	25	34.20	7.21	44.36	7.94
Competentiebelevingen					
Schoolvaardigheden*	25	13.20	3.32	14.56	2.79
Sociale Acceptatie	25	13.36	3.63	14.12	3.82
Sportieve Vaardigheden*	25	11.64	3.93	12.68	3.85
Fysieke Verschijning**	25	10.56	4.31	13.44	3.27
Gedragshouding*	25	14.08	3.92	16.00	3.18
Hechte Vriendschap	25	15.08	4.31	15.72	3.96

Noot. *p < .05. ** p < .001.

Tabel 2 laat de correlaties zien tussen het globale zelfbeeld en leeftijd, tussen het globale zelfbeeld en geslacht, tussen het globale zelfbeeld en de competentiebelevingen, tussen de competentiebelevingen en geslacht en tussen de competentiebelevingen en leeftijd. Uit de gegevens blijkt dat leeftijd en geslacht geen samenhang hebben met zelfbeeldverbetering, zowel op het gebied van het globale zelfbeeld als op de competentiebelevingen. Dit wil zeggen dat het effect van de COMET-groepstraining niet afhangt van iemands geslacht of leeftijd. Wel blijkt er een samenhang te bestaan tussen het globale zelfbeeld en de competentiebelevingen. Zo wordt er een middelmatige positieve correlatie gevonden tussen het globale zelfbeeld en 'schoolvaardigheden' ($r = .540$; $p < .01$), 'fysieke verschijning' ($r = 699$; $p < .001$) en 'hechte vriendschap' ($r = .681$; $p < .001$). Dit wil zeggen dat een toename van het globale zelfbeeld een toename van de drie hierboven genoemde competentiebelevingen tot gevolg heeft.

Tabel 2

Bivariate correlaties tussen het globale zelfbeeld, de competentiebelevingen en geslacht en leeftijd; Pearson Correlatie (r) en groepsgrootte (n).

Correlaties		Geslacht	Leeftijd	Globale Zelfbeeld
	n	*r*	*r*	*r*
Globale Zelfbeeld	25	.155	.139	-
Competentiebelevingen				
Schoolvaardigheden	25	-.003	-.033	.540*
Sociale Acceptatie	25	.049	.012	.399
Sportieve Vaardigheden	25	-.233	-.194	.113
Fysieke Verschijning	25	.231	-.009	.699*
Gedragshouding	25	.163	.004	.487
Hechte Vriendschap	25	-.061	.173	.681*

Noot. *$p < 0.005$. Overschrijdingskans is gecorrigeerd voor het aantal correlaties.

Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de onderzoekvragen beantwoord en de hypotheses aangenomen of verworpen. Daarnaast worden de uitkomsten van het onderzoek bediscussieerd en worden er aanbevelingen gedaan voor de opdrachtgever en voor vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat het globale zelfbeeld van de participanten verbeterd na het volgen van de COMET-groepstraining. Zo is de zelfbeeldscore op de nameting bij de deelnemers hoger dan de zelfbeeldscore op de voormeting. Er kan gesproken worden van een zeer grote toename van het zelfbeeld. Bij ruim een kwart van de participanten blijkt zelfs dat de deelnemer na het volgen van de training een zelfbeeldscore heeft, die in een hoger klinisch gebied valt dan de zelfbeeldscore voor de training. Zo zijn er deelnemers die van een 'laag zelfbeeld' naar een 'gemiddeld zelfbeeld' gaan en deelnemers die van een 'gemiddeld zelfbeeld' naar een 'hoog zelfbeeld' gaan. Er kan geconcludeerd worden dat er zowel statistische als klinische verbetering plaatsvindt bij de deelnemers na het volgen van de COMET-groepstraining. Deze uitkomsten sluiten aan bij de resultaten van de al eerder uitgevoerde onderzoeken naar COMET (Ekkers et al, 2011; Galesloot, 2014; Korrelboom et al., 2009; Korrelboom et al., 2011; Maarsingh et al., 2010), waardoor er met nog meer zekerheid gezegd kan worden dat COMET een betrouwbare, bruikbare en effectieve methode is voor het veranderen van het zelfbeeld. Het huidige onderzoek voegt hieraan toe dat COMET een brede doelgroep bereikt en effectief blijkt bij kinderen en jongeren tussen de 12 en 24.

Wat opvalt bij de klinische verbetering is dat 52 procent van de participanten verbetering laat zien op de RSES en 32 procent op de CBSA. Dit verschil is mogelijk te verklaren door de grote range aan 'gemiddelde' percentielscores bij de CBSA, namelijk tussen het 15e en 85e percentiel. Stel dat een participant begint met een score van 20 (beneden gemiddeld) moet er erg veel verbetering plaatsvinden, wil de participant vervolgens een 'hoge' score (boven de 85) behalen. Hierdoor vindt de klinische zelfbeeldverandering op de CBSA vooral plaats wanneer de participant start met een laag zelfbeeld (score onder het 15e percentiel) en eindigt met een gemiddeld zelfbeeld (score tussen het 15e en 85e percentiel). Op deze manier wordt het voor de participant moeilijker om een score te behalen in een ander klinisch gebied. Daarnaast blijkt zowel de gemiddelde score op de voor- als op de nameting een gemiddeld zelfbeeld te betekenen. Bij de RSES is hier minder sprake van, omdat het bereik van de klinische gebieden kleiner is. Hier betekent de gemiddelde score op de voormeting dan ook een gemiddeld zelfbeeld en de gemiddelde score op de nameting een hoog zelfbeeld. Daarnaast is het belangrijk om het verschil tussen de participanten met en zonder klinische verbetering, binnen de grenzen van dit onderzoek, te benoemen. Zo valt op dat er bij de groep participanten met klinische verbetering sprake is van een gemiddeld hogere leeftijd en een gemiddeld grotere toename van het zelfbeeld na het volgen van COMET. Stel dat deze gegevens kloppen,

spreekt dit enkele aannames uit de pilotstudie (Galesloot, 2014) en het longitudinale onderzoek van Chubb et al. (1997) tegen. Hier wordt namelijk gesteld dat hoe hoger de leeftijd van het individu, hoe minder zelfbeeldverandering er optreedt. Met name tijdens de adolescentie zou het zelfbeeld meer stabiel worden. De gegevens uit dit onderzoek laten juist zien dat er gemiddeld meer zelfbeeldverbetering optreedt bij deelnemers rond de 18 jaar dan bij hun jongere groepsgenoten. Het huidige onderzoek heeft zich hier niet specifiek op gericht, waardoor de gegevens met zekere voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Naast het globale zelfbeeld nemen ook vier van de zes van de competentiebelevingen toe na het volgen van COMET. Zo vindt er bij de participanten verbetering plaats wat betreft 'schoolvaardigheden', 'sportieve vaardigheden', 'fysieke verschijning' en 'gedragshouding'. Dit wil zeggen dat de participanten zichzelf na het volgen van COMET positiever beoordelen wat betreft de prestaties die op school worden gevraagd, de atletische vermogens en competentie in sporten, de mate van tevredenheid met hoe de betrokkene er uitziet en of de eigen handelingen juist en verantwoord zijn. Alhoewel deze verbetering niet blijkt voor 'sociale acceptatie' en 'hechte vriendschap', wordt de hypothese "na het volgen van de groepstraining vindt er statistische verbetering plaats wat betreft de competentiebelevingen" toch aangenomen, omdat vier van de zes competentiebelevingen wel verbeterd is. Ten opzichte van de eerder uitgevoerde pilotstudie (Galesloot, 2014) is dit een vooruitgang, omdat hier slechts een verbetering gevonden wordt op drie van de zes competentiebelevingen, namelijk 'sociale acceptatie', 'fysieke verschijning' en 'gedragshouding'. In het bereik van dit onderzoek worden er geen duidelijke verschillen gevonden tussen de onderzoeksgroep van de pilotstudie en de onderzoeksgroep van dit onderzoek. Ook heeft er geen verandering plaatsgevonden in het protocol van de training. Om deze reden is het onbekend hoe het komt dat het huidige onderzoek andere resultaten vindt met betrekking tot de competentiebelevingen dan de pilotstudie. Verder is eerder benoemd dat kinderen en jongeren 'schoolvaardigheden' en de 'gedragshouding' schatten als het meest belangrijk voor hun ouders en 'sociale acceptatie', 'fysieke verschijning' en 'sportieve vaardigheden' als belangrijker in relatie tot leeftijdsgenoten (Harter, 1999). Hieruit kan opgemerkt worden dat er mogelijk invloed uitgeoefend wordt door ouders en leeftijdsgenoten, omdat er een verbetering plaatsvindt op zowel 'schoolvaardigheden' en 'gedragshouding' als 'fysieke verschijning' en 'sportieve vaardigheden'.

Vervolgens is er gekeken of er een verband bestaat tussen het geslacht en de leeftijd van de deelnemer en de verandering van het globale zelfbeeld en/of de competentiebelevingen. Hieruit blijkt dat elke deelnemer, wat betreft leeftijd en geslacht, evenveel kans heeft op een verbeterd zelfbeeld na het volgen van de COMET-groepstraining. Waarbij weer verwezen kan worden naar de tegenovergestelde aannames uit de onderzoeken van Galesloot (2014) en Chubb et al. (1997), die eerder zijn benoemd in dit hoofdstuk. Daarnaast is er gekeken naar de samenhang tussen de scores op het globale zelfbeeld en de scores op de competentiebelevingen. Er is geconstateerd dat een toename van het globale zelfbeeld een toename van

‘schoolvaardigheden’, ‘fysieke verschijning’ en ‘hechte vriendschap’ tot gevolg heeft, en andersom. Dit wil zeggen dat er een positieve samenhang bestaat tussen het globale zelfbeeld en drie van de zes de competentiebelevingen. Uitgaande van de resultaten kan er dus gesproken worden van zelfbeeld als multidimensioneel begrip, omdat meerdere losse aspecten van het zelfbeeld samenhangen met het globale zelfbeeld, waar Harter (1986) ook vanuit gaat. Daarnaast ondersteunt dit eveneens de aanname dat de verscheidene dimensies waaruit het zelfbeeld bestaat niet per definitie gelijkelijk gewaardeerd hoeven te worden (Brunner et al., 2010; Fleming et al., 1984; Harter, 1999; Marsh et al., 1985; Marsh et al., 2006; Van der Ploeg, 1997).

5.2 Discussie

Het huidige onderzoek heeft een aantal beperkingen. Wanneer er gekeken wordt naar de al eerder uitgevoerde onderzoeken naar COMET, blijkt dat het aantal participanten altijd meer is dan 35 en over het algemeen wordt COMET vergeleken met individuele therapieën. Het huidige onderzoek heeft 32 participanten, waarvan 25 participanten met zowel een voor- als nameting. Er is dus sprake van een kleinere steekproef. Bovendien is bekend dat hoe groter de steekproef, hoe betrouwbaarder het onderzoek. Daarnaast ontbreekt bij het huidige onderzoek een controlegroep, wat ervoor zorgt dat er niet gecontroleerd wordt voor een placebo-effect en eventuele spontane verschillen tussen de voor- en nameting. Verder is er geen rekening gehouden met mogelijke zelfbeeldverandering door eventuele therapieën die naast COMET gevolgd zijn. Daarentegen kan er gesproken worden van een grote en significante toename van het zelfbeeld na het volgen van de groepstraining, waardoor de uitkomsten niet toevallig zijn.

Een andere beperking van het huidige onderzoek is dat er bij het meten van het globale zelfbeeld gebruik gemaakt wordt van twee overlappende items, namelijk betreffende de mate van tevredenheid over zichzelf. Doordat deze items hetzelfde meten, weegt hetgeen hier gemeten wordt in principe zwaarder dan items die enkel voorkomen. In het vervolg zou dit overlappende item er één keer uitgehaald kunnen worden of is het gebruikelijk om de Cronbach’s alpha te berekenen om te kijken of meerdere items samen één schaal (in dit geval globaal zelfbeeld) mogen vormen. Voor het huidige onderzoek is hier geen gebruik van gemaakt omdat de RSES en de CBSA beide een goede Cronbach’s alpha hebben. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de totaalscores van de vragenlijsten en is er niet geanalyseerd op itemniveau. Dit vanwege het feit dat er beperkingen zijn opgetreden met betrekking tot de toegang van de gegevens van participanten die geen cliënt meer zijn bij Polikliniek Intermetzo Zutphen. De gegevens van deze participanten zijn niet meer te vinden in het elektronisch cliëntendossier, waardoor de totaalscores niet vervangen zijn door de scores op itemniveau. Echter zijn er geen problemen ontstaan door het overlappende item en wordt er gebruik gemaakt van valide en betrouwbare meetinstrumenten, waardoor ervan uit gegaan kan worden dat er gemeten is wat er gemeten moet worden en kan er met de verkregen resultaten een goed antwoord

gegeven worden op de onderzoeksvraag. Ondanks de beperkingen van het huidige onderzoek kunnen de gegevens als betrouwbaar beschouwd worden.

Wanneer er gekeken wordt naar de indicaties voor deelname aan de training zijn er een aantal opvallendheden. De indicaties voor deelname aan de groepstraining worden tijdens het intakegesprek besproken met de cliënt. Uit dit gesprek blijkt vervolgens of er sprake is van een negatief zelfbeeld, of de cliënt weet dat dit beeld niet helemaal terecht is, of de cliënt minimaal één positieve eigenschap van zichzelf kan opnoemen en of de deelname vrijwillig is. Uit dit onderzoek blijkt echter dat wanneer de cliënt tijdens het intakegesprek aangeeft een negatief zelfbeeld te hebben dit regelmatig wordt tegengesproken door de resultaten uit de vragenlijsten. Zo blijkt dat slechts één deelnemer vóór de groepstraining een laag zelfbeeld heeft volgens de normen van de RSES en tien deelnemers volgens de normen van de schaal Gevoel van Eigenwaarde van de CBSA. Daarnaast zijn er zelfs negen deelnemers die volgens de RSES beginnen aan de training met een hoog zelfbeeld en één volgens de CBSA. Wanneer er gekeken wordt naar beide vragenlijsten blijkt er één deelnemer te zijn waarbij er sprake is van een laag zelfbeeld bij de start van de groepstraining. Mogelijke verklaringen voor deze discrepanties zijn dat de vragenlijsten door de cliënt sociaalwenselijk worden ingevuld of doordat zij het lastig vinden om deze problematiek bij zichzelf te herkennen. Ondanks deze waarneming blijkt de COMET-groepstraining effectief, ook wanneer een deelnemer vóór de training een gemiddeld zelfbeeld blijkt te hebben. Hierdoor wordt deze discrepantie niet als problematisch gezien. Bovendien blijkt in de praktijk dat de vragenlijsten enkel gebruikt worden om de voortgang van de zelfbeeldverandering vast te stellen. Het vaststellen van een daadwerkelijk negatief zelfbeeld gebeurd door de cliënt zelf; hier worden de vragenlijsten niet bij gebruikt.

Naast indicaties zijn er ook redenen om COMET niet aan de raden bij bepaalde cliënten. Twee contra-indicaties die opvallen zijn dat ‘het negatieve zelfbeeld in hoge mate wordt bepaald door actuele traumatisering’ en dat ‘het negatieve zelfbeeld in hoge mate wordt gevoed door traumatische herinneringen’. Uit de resultaten blijkt namelijk dat de meest voorkomende problematiek bij de participanten een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is. Deze stoornis kenmerkt zich door “recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de traumatische gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen” (American Psychiatric Association, 2001, p. 266), waardoor mogelijk het zelfbeeld gevoed wordt door traumatische herinneringen. Gezegd zou kunnen worden dat deze contra-indicatie herzien zou kunnen worden. Echter blijkt dat wanneer de traumatische gebeurtenis los staat van het zelfbeeld, bijvoorbeeld bij een auto-ongeluk, PTSS geen invloed hoeft te hebben op de effectiviteit van COMET. Ook wanneer de traumatische gebeurtenis wel interfereert met het negatieve zelfbeeld, maar de individuele therapie inmiddels zo ver gevorderd is dat de cliënt hier geen of minder last van heeft, kan de cliënt toch mee doen met de training. Ondanks dat PTSS de meest voorkomende stoornis is binnen de onderzoeksgroep blijkt de training toch effectief.

5.3 Aanbevelingen

Eerder is benoemd dat een negatief zelfbeeld sterk blijkt samen te hangen met andere stoornissen en probleemgedrag en een risicofactor is voor recidive. Om deze reden is COMET een waardevolle toevoeging aan het aanbod van behandelingen gericht op het verbeteren van het zelfbeeld. Polikliniek Intermetzo Zutphen en in het bijzonder Paulien Peters, de ontwikkelaar van de groepstraining, kunnen met vertrouwen de COMET-groepstraining voor kinderen en jongeren aanbieden en geven aan cliënten met zelfbeeldproblemen. Na vele onderzoeken naar de training voor volwassenen blijkt nu ook uit twee onderzoeken dat de training voor de jongere doelgroep effect heeft. Mogelijk is het interessant om in de toekomst te kijken naar het ontwikkelen van COMET-protocollen gericht op verschillende doelgroepen. Zo zijn er enkele participanten met een licht verstandelijke beperking (LVB) niet meegenomen in het huidige onderzoek, omdat er teveel van het protocol afgeweken is. Deze doelgroep wordt bij Polikliniek Intermetzo Zutphen regelmatig aangemeld, waardoor het interessant is een protocol gericht op LVB te ontwikkelen. In bijlage 3 wordt aangegeven hoe en door wie dit mogelijk aangepakt kan worden. Tot slot is het belangrijk dat het voor de trainers een prioriteit blijft om ervoor te zorgen dat de deelnemers zowel de voor- en nameting invullen. Tijdens dit onderzoek moeten zeven participanten worden uitgesloten voor de statistische analyses, omdat de voor- of/en nameting niet ingevuld is. Alleen wanneer alle gegevens compleet zijn, kan er het meeste gehaald worden uit wetenschappelijk onderzoek.

Naast aanbevelingen voor de opdrachtgever zijn er ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Zo is het belangrijk om te onderzoeken of de resultaten ook gelden voor de lange termijn. Alhoewel onderzoeken naar COMET voor volwassenen laten zien dat de effecten aanhouden tot 3 maanden na de groepstraining (Korrelboom et al., 2011) meet dit onderzoek enkel het effect direct na de training. Daarnaast is het interessant om COMET te vergelijken met andere therapieën of trainingen gericht op het verbeteren van het zelfbeeld. Zo blijkt uit een onlangs gepubliceerd artikel dat COMET betere resultaten beoogt met betrekking tot het zelfbeeld dan Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bij patiënten met angststoornissen (Staring, Van den Berg, Cath, Schoorl, Engelhard & Korrelboom, 2016). Tevens is het interessant om vervolgonderzoek te doen naar de vraag hoe het komt dat de training voor sommige deelnemers effectiever blijkt dan voor andere deelnemers. Op deze manier zou COMET in de toekomst mogelijk nog beter kunnen aansluiten bij de doelgroep.

5.4 Rol van een toegepast psycholoog

Een toegepast psycholoog zou verschillende rollen kunnen vervullen binnen het COMET-werkveld. De werkzaamheden van een toegepast psycholoog zijn het coachen en begeleiden van kinderen of volwassenen en het bestuderen van menselijk gedrag en hoe dit te beïnvloeden is (Saxion, z.j.). Al deze competenties zijn toe te passen als het gaat om COMET. Ten eerste is COMET ontwikkeld om volwassenen en kinderen

te kunnen begeleiden bij het werken aan een negatief zelfbeeld. Hierbij zou een toegepast psycholoog de rol kunnen vervullen van trainer. Hij of zij zou deelnemers kunnen werven en, samen met de wetenschappelijk geschoolde trainer, de intake- en evaluatiegesprekken kunnen voeren. Naast werkzaam zijn als trainer zou een toegepast psycholoog ook werkzaam kunnen zijn als onderzoeker. Wanneer er bijvoorbeeld gekeken wordt naar de aanbevelingen zou een toegepast psycholoog (literatuur)onderzoek kunnen doen om erachter te komen hoe COMET aangepast zou kunnen worden voor cliënten met LVB. Tevens zou hij of zij in werking kunnen stellen dat er gegevens verzameld worden voor een controlegroep of voor longitudinaal onderzoek. Zo zou een toegepast psycholoog kunnen onderzoeken of de resultaten ook gelden voor de lange termijn en hoe COMET werkt in vergelijking met andere behandelingen. Kortom, een toegepast psycholoog kan meerdere rollen vervullen bij het bijdragen aan COMET.

Literatuur

Agras, W. S., Walsh, B., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive–behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 57*, 459–466. doi: 10.1001/archpsyc.57.5.459

American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Pearson.

Baarda, B., De Goede, M., & Van Dijkum, C. (2011). *Basisboek Statistiek met SPSS.* Groningen: Noordhoff Uitgevers bv.

Bachman, J. G., & O'Malley, P. M. (1977). Self-esteem in young men; A longitudinal analysis of the impact of educational and occupational attainment. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 365-380. doi: 10.1037/0022-3514.35.6.365

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

Baumeister, R. F. (1998). The Self. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *The handbook of social psychology* (pp. 680-740). New York: Random House.

Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Kuyken, W., & Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the Beck Self-Esteem Scales. *Behavior Research and Therapy, 39*(1), 115-124. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00028-0

Bos, A. E., Muris, P., & Huijding, J. (2011). Preventie van psychopathologie bij kinderen en adolescenten: het belang van zelfwaarderingsinterventies. *Psychologie en Gezondheid, 39*(4), 232-240. doi: 10.1007/s12483-011-0044-2

Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behavioral therapy: A retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy, 44*(6), 765-784. doi: 10.1016/j.brat.2006.02.005

Brunner, M., Keller, U., Dierendonck, C., Reichert, M., Ugen, S., Fischbach, A., Martin, R. (201). The Structure of Academic Self-Concepts Revisited: The Nested Marsh/Shavelson Model. *Journal of Educational Psychology, 102*(4), 964-981. doi: 10.1037/a0019644

Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Self Esteem/Self Concept scales for Children and Adolescents: Review. *Child and Adolescent Mental Health, 10*(4), 190-201. doi: 10.111/j.1475-3588.2005.00368.x

Byrne, B. M. (1996). *Measuring self-concept across the life span: Issues and instrumentation.* DC: Washington: American Psychological Association.

Chubb, N. H., Fertman, C. I., & Ross, J. L. (1997). Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. *Adolescence, 32*, 113-129.

Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Capsi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science, 16*(4), 328-335. doi: 10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x

Ekkers, W. D., Korrelboom, K., Huijbrechts, I., Smits, N., Cuijpers, P., & Van der Gaag, M. (2011). Competitive Memory Training for treating depression and rumination in depressed older adults: a randomized controlled trial. *Behavior Research Therapy, 49*, 588-596. doi: 10.1016/j.brat.2011.05.010

Elfhag, K., Tynelius, P., & Rasmussen, F. (2010). Self-Esteem Links in Families with 12-Year-Old children and in Seperated Spouses. *The Journal of Psychology, 144*(4), 341-359. doi: 10.1080/00223981003648237

Emler, N. (2001). *Self esteem: The costs and causes of low self worth.* York: Joseph Rowntree Foundation, York Publishing Services Ltd.

Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-Esteem Development From Age 14 to 30 Years: A Logitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 101*(3), 607-619. doi:10.1037/a0024299

Everaert, J., Koster, E., Schacht, R., & De Readt, R. (2010). Evaluatie van de psychometrische

eigenschappen van de Rosenberg zelfwaardeschaal in een poliklinisch psychiatrische populatie. *Gedragstherapie, 43*, 307-317.

Evers, A., Van Vliet-Mulder,J. C., & Groot, C.J. (2007) *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2007/01 (COTAN)*. Amsterdam: Boom test uitgevers.

Felson, R. B., & Zielinski, M. A. (1989). Children's self-esteem and parental support. Journal of Marriage and the Family, 51, 727-735. doi:10.2307/352171

Fennell, M., & Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennel, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook, *Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy* (pp. 413-433). Oxford: Oxford University Press.

Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 404-421

Franck, E., de Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). *Psychometric Properties Of The Dutch Rosenberg.* Gent: Psychologica Belgica.

Galesloot, E. (2014). *Competitive Memory Training (COMET) for Low Self-Esteem in Children and Adolescents: A Pilot Study.* Amsterdam: University of Amsterdam.

Grey-Little, B., Williams, V. S., & Hancock, T. D. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 23*, 443-451. doi: 10.1177/0146167297235001

Haney, P., & Durlak, J. A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytical review. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(4), 423-433. doi: 10.1207/s15374424jccp2704_6

Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development, 53*, 87-97. doi: 10.1111/j.1467-8624.1982.tb01295.x

Harter, S. (1986). Construction, maintenance and enhancement of the self-concept in children. In: J. Suls & A. G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self (Vol. 3),* pp. 137-181.

Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A lifespan perspective. In R. J. Sternberg, & J. Kolligian Jr., *Competence considered* (pp. 67-97). CT: New Haven: Yale University Press.

Harter, S. (1999). *The construction of the self.* New York: Guilford Press.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (eds.) (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment.* Oxford: Oxford University Press.

Intermetzo. (2014). *Poliklinische Intensieve Behandeling*. Geraadpleegd op http://www.intermetzo.nl/wat-bieden-wij-poliklinisch

Jacobi, C., Paul, T., de Zwann, M., Nutzinger, D. O., & Dahme, B. (2004). Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 204-210. doi: 10.1002/eat.10240

James, W. *Principles of Psychology*. Cambridge: New York: Holt.

Kobal, D., & Musek, J. (2001). Self-concept and academic achievement: Slovenia and France. *Personality and Individual Differences, 30*, 887-899. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00081-7

Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Korrelboom, K., De Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009) Competitive Memory Training (COMET) for Treating Low-Self-Esteem Patients With Eating Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 974-980. doi: 10.1037/a0016742

Korrelboom, C.W., Maarsingh, M., & Huijbrechts, I. (2012). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders; a randomized clinical trial. *Depression & Anxiety*, 29, 102-110. doi: 10.1002/da.20921

Korrelboom, K., Marissen, M., & Assendelft, T. (2011). Competitive Memory Training (COMET) for Low Self-Esteem in Patients with Personality Disorders: A Randomized Effectiveness Study.

Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 39, 1-19. doi: 10.1017/S1352465810000469

Korrelboom, K., Peeters, S., Blom, S., & Huijbrechts, I. (2014) Competitive Memory Training (COMET) for Panic and Applied Relaxation (AR) Are Equally Effective in the treatment of Panic in Panic-Disordered Patients. *Journal Contemporary Psychotherapy, 44*, 183-190. doi: 10.1007/s10879-013-9259-3

Kuin, M., & Peters, P. (2014). *Zelfbeeldtraining voor kinderen en jongeren: Competitive Memory Training (COMET).* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2011). *Diagnostische instrumenten.* Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Leitenberg, H., Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with hand without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 528-536.

Maarsingh, M., Korrelboom, K., & Huijbrechts, I. (2010). Competitive Memory Training (COMET) voor een negatief zelfbeeld als aanvullende behandeling bij depressieve patiënten; een pilotstudie. *Directive Therapie, 30*(2), 94-112.

Maïano, C., Ninot, G., Morin, A. J., & Bilard, J. (2007). Effects of sport participation on the basketball skills and physical self of adolescents with conduct disorders. *Adapted Physical Activity Quarterly, 24*, 179-196.

Mann, M. M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research 19*(4), 357-372. doi: 10.1093/her/cyg041

Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-Concept: Its Multifaceted, Hierarchical Structure. *Educational Psychologist, 20*(3), 107-123. doi: 10.1207/s15326985ep2003_1

Marsh, H. W., Trautwein, U., Lüdtke, O., Köller, O., & Baumert, J. (2006). Integration of

Multidimensional Self-Concept and Core Personality Constructs: Construct Validation and Relations to Well-Being and Achievement. *Journal of personality 74*(2), 403-456. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00380.x

McGuire, W. J., & Padawer-Singer, A. (1976). Trait Salience in the Spontaneous Self-Concept. *Journal ol Personality and Social Psychology, 33*(6), 743-754. doi: 10.2466/pms.1980.50.1.3

Nederlands Jeugd Instituut. (z.j.). *Effectiviteit meten*. Geraadpleegd op http://www.nji.nl/Effectiviteit-meten

Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A., & Resnick, M. D. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research, 12*(1), 37-52.

Olij, R., Korrelboom, K., Huijbrechts, I., Jong, M. de, Cloin, N., Maarsingh, M., & Paumen, B. (2006). De module zelfbeeld in een groep: Werkwijze en eerste bevindingen. *Directieve Therapie, 26*(4), 157–165. doi:10.1007/BF03060431

Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trezsniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-Item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 151-161. doi: 10.1177/0146167201272002

Rohany, N., Ahmad, Z. Z., Rozainee, K., & Sharazad, W. (2011). Family Functioning, Self-Esteem, Self-Concept and Cognitive Distortion Among Juvenile Delinquents. *The Social Sciences, 6*(2), 155-163. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.10.083

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. New York: Basic Books.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 632–634. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.04.001

Saigh, P. A., Yasuib, A. E., Oberfield, R., & Halamandaris, P. V. (2008). The self-concept of traumatized children and adolescents with or without PTSD. *Behavior Research and Therapy, 46*, 1181-1186. doi: 10.1016/j.brat.2008.05.003

Sanders, D., & Ten Broeke, E. (2011). EMDR bij de behandeling van een negatief zelfbeeld. *Psychopraktijk 3*(3), 19-22.

Saxion (z.j.). *Toegepaste Psychologie (voltijd)*. Geraadpleegd op https://saxion.nl/studeren/kiezen_en_kennismaken/Studiekiezer/ama/toegepaste%20psychologie_vt/toegepaste%20psychologie_vt_dev/

Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation and construct interpretation. *Review of Educational Research, 46*, 407-441. doi: 10.3102/00346543046003407

Staring, A. B. P., Van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., Korrelboom, C. W. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 82*, 11–20. doi: 10.1016/j.brat.2016.04.002

Sukumaran, S., Vickers, B., Yates, P. K., & Gerralda, M. E. (2003). Self-esteem in child and adolescent psychiatric patients. *European Child and Adolescent Psychiatry, 12*, 190-197. doi: 10.1007/s00787-003-0312-8

Swann Jr., W. B., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and selfesteem in everyday life. *American psychologist, 62*, 84-94. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.84

Treffers, D. A., Goedhart, A. W., Veerman, J. W., Van den Bergh, B. R., Ackart, L., & De Rycke, L. (2002). *Competentiebelevingsschaal Voor Adolescenten: Handleiding.* Lisse: Harcourt Assessment B.V.

Van den Bergh, B. R., & Van Ranst, N. (1998). Self-Concept in Children: Equivalence of Measurement and Structure Across Gender and Grade of Harter's Self-Perception Profile for Children. *Journal of Personality Assessment, 70*(3), 564-582. doi:

10.1177/0013164404272484

Van der Gaag, M., Van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I. E., & Korrelboom, C. W. (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. British Journal of Clinical Psychology (2012), 51, 158–171.

Van Heycop ten Ham, B., De Vos, B., & Hulsbergen, M. (2013). *Praktijkboek gedragstherapie: deel 2 – handboek voor cognitief gedragstherapeutisch werkers.* Amsterdam: Boom.

Van Loon, D., Van der Meulen, B., & Minnaert, A. (2011). *Effectonderzoek in de gedragswetenschappen.* Antwerpen: Boom Lemma.

Van der Ploeg, J. D. (1997). *Gedragsproblemen: Ontwikkelingen en risico's.* Rotterdam: Uitgeverij Lemniscaat.

Van Yperen, T. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*.

Van Yperen, T. (2010). *55 Vragen over effectiviteit.* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

Verheij, F., Verhulst, F. C., & Ferdinand, R. F. (2007). *Kinder- en Jeugdpsychiatrie: Behandeling en begeleiding.* Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijk boek methoden en technieken voor het hoger onderwijs.* Den Haag: Boom Onderwijs.

Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behavior therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal or Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 43*(4), 1049-1057. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.04.006

Wylie, R. C. (1961). *The self-concept: A critical survey of pertinent research literature.* Lincoln: University of Nebraska Press.

Wylie, R. C. (1989). *Measures of self-concept.* Lincoln: University of Nebraska Press.

Zimmerman, M. A., Copeland, L. A., Shope, J. T., & Dielman, T. E. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and adolescence, 26*,

117-141. doi: 10.1023/A:1024596313925

Bijlage 1 – Items RSES en CBSA voor het meten van het globale zelfbeeld

RSES

Item 1. Over het algemeen genomen ben ik tevreden met mezelf.

Item 2. Soms denk ik dat ik nergens goed voor ben.

Item 3. Ik heb het gevoel dat ik een aantal goede eigenschappen heb.

Item 4. Ik kan de dingen net zo goed als de meeste anderen.

Item 5. Ik heb het gevoel dat ik niet veel heb om trots op te zijn.

Item 6. Soms voel ik mij beslist nutteloos.

Item 7. Ik heb het gevoel dat ik een persoon ben die wat waard is, op zijn minst evenveel dan anderen.

Item8. Ik wou dat ik wat meer respect voor mezelf kon hebben.

Item9. Al met al voel ik me nogal een mislukkeling.

Item 9. Ik sta positief ten opzichte van mezelf.

CBSA

Item 7. Sommige jongeren zijn vaak teleurgesteld in zichzelf.

Andere jongeren zijn haast nooit teleurgesteld in zichzelf.

Item 14. Sommige jongeren zijn niet tevreden over de manier waarop ze leven.

Andere jongeren zijn wel tevreden over de manier waarop ze leven.

Item 21. Sommige jongeren zijn best tevreden met zichzelf.

Andere jongeren zijn niet zo tevreden met zichzelf.

Item 28. Sommige jongeren zouden vaak liever iemand anders zijn.

Andere jongeren zijn meestal tevreden met wie ze zijn.

Item 35. Sommige jongeren zijn best tevreden met hoe ze zijn.

Andere jongeren zouden willen dat ze anders waren.

Bijlage 2 – Indicaties en contra-indicaties COMET (Kuin & Peters, 2014)

Indicaties

- Er is sprake van een negatief zelfbeeld.

- Kind of jongere weet dat dit beeld niet helemaal terecht is.

- Kind of jongere kan minimaal één positieve eigenschap plus één voorbeeld daarvan noemen.

- Kind of jongere kan en wil meedoen aan de (groeps)training

Contra-indicaties

- Het negatieve zelfbeeld wordt in hoge mate bepaald door actuele 'traumatisering' (eerst stabilisatie/traumabehandeling).

- Het negatieve zelfbeeld wordt in hoge mate 'gevoed' door 'traumatische herinneringen' (eerst traumabehandeling).

- Als kinderen of jongeren verstandelijk niet beseffen dat ze positieve kanten hebben of als het specifieke zelfbeeld realistisch is, is de training niet passend; dan is een andere variant van cognitieve gedragstherapie meer van toepassing. Bijvoorbeeld wanneer een kind/jongere met een hoge BMI de negatieve gedachte heeft dat hij dik is. Dan kan beter eerst gedragsverandering plaatsvinden gericht op afvallen. Mocht echter uit dit overgewicht bijvoorbeeld de gedachte 'ik ben waardeloos' voortkomen, dan kan de training wel worden ingezet, door aandacht te hebben voor overige positieve eigenschappen.

- Problemen op het gebied van voorstellingsvermogen en abstract denken (wat kan voorkomen bij een lager IQ of ASS-problematiek), aangezien dit vereist is voor de imaginatieoefeningen.

Bijlage 3 – Plan van aanpak COMET-LVB-protocol

Wat?

Tijdens het geven van de COMET-groepstraining wordt door meerdere trainers ontdekt dat het reguliere COMET-protocol niet volledig aansluit bij deelnemers met een licht verstandelijke beperking (LVB). Het is voorgekomen dat het reguliere protocol hierop wordt aangepast. Echter zijn er ook deelnemers met LVB die de training wel zonder aanpassing kunnen volgen.

Wie?

De trainers van COMET, zoals gedragswetenschappers, GZ-psychologen, psychodiagnostisch medewerkers, toegepaste psychologen, enz., kunnen bijdragen aan het proces een nieuw protocol te ontwikkelen.

Hoe?

De trainers van COMET, kunnen tijdens de sessies observeren wat er bij deze doelgroep niet lukt en wat hen helpt de stof wel tot zich te nemen. Daarnaast zou bijvoorbeeld een toegepaste psycholoog literatuuronderzoek kunnen doen naar wat werkt bij cliënten met LVB als het gaat om het aanleren van bepaalde vaardigheden. Er zou eveneens gekeken kunnen worden naar trainingen speciaal ontwikkeld voor cliënten met LVB en hoe deze hierop inspelen. Informatie van LVB-cliënten die de COMET-groepstraining gevolgd hebben is eveneens bruikbaar. Deze informatie zou verworven kunnen worden aan de hand van interviews. Een minder intensieve en meer laagdrempelige manier van het verkrijgen van deze informatie is het opstellen van een vragenlijst. Vervolgens zou het reguliere COMET-protocol aangepast kunnen worden door de niet bruikbare gedeeltes voor LVB-cliënten eruit te halen en deze te vervangen door wel bruikbare informatie en/of oefeningen. Tot slot zou er een pilotstudie kunnen starten met het opgestelde protocol om zo aan de hand van een voor- en nameting te onderzoeken of het protocol een positief effect heeft op het zelfbeeld van cliënten met een licht verstandelijke beperking.

Bijlage 4 – Aanleveren vijf stellingen

Naam student : Giulia Reyers

Studentnummer : 328454

Onderwerp scriptie : Effectmeting groepstraining 'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren'.

Stelling 1: De COMET-groepstraining voor kinderen en jongeren is een effectief bewezen interventie.

Stelling 2: De CBSA en de RSES zijn de juiste vragenlijsten om het zelfbeeld mee te meten.

Stelling 3: Het zelfbeeld bestaat uit meerdere facetten.

Stelling 4: Het zelfbeeld is een belangrijke transdiagnostische factor.

Stelling 5: Wanneer een cliënt therapie krijgt voor een bepaalde stoornis verandert het zelfbeeld vanzelf mee.

Bijlage 5 - Eigen werkverklaring

Ondergetekende:

Giulia Reyers

verklaart ondubbelzinnig dat:

1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,

2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding

3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit ' werk van anderen' bevat.

4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via SafeAssign (Blackboard).

Plaats: Apeldoorn

Datum: 26-05-2016

Handtekening:

……..

N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werkverklaring ' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in Art. 19 OER.