



Universiteit Gent

Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

**De werkzaamheid van focusingtrainingen bij adolescenten in
ambulante en residentiële begeleiding.**

Promotor: Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen

Elke Cole

00903811

Academiejaar 2013-2014

Tweedekansexamenperiode

Masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van Master in de
Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Abstract

In dit onderzoek wordt de werkzaamheid van focusingtrainingen (Vlerick, 2009) bij jongeren in residentiële en ambulante begeleiding nagegaan. De vaardigheid focusing is een vaardigheid die toegepast wordt in verschillende werkgebieden en waarvan de werkzaamheid geïllustreerd wordt aan de hand van cases. Het opzet van dit onderzoek bestaat erin om na te gaan of het zinvol is om de vaardigheid te implementeren bij jongeren in residentiële en ambulante begeleiding. Om de werkzaamheid van focusingtrainingen na te gaan werden er een aantal (N= 3) vragenlijsten (CBSA, CISS, RS-nl) afgenomen bij de adolescenten zowel voor de focusingtrainingen als na de focusingtrainingen. Aan de hand van een pre-post design zonder controlegroep wordt er een uitgebreid statistisch onderzoek uitgevoerd. In het onderzoek wordt er voor het vergelijken van de ruwe scores van de vragenlijsten voor de focusingtrainingen met de ruwe scores na de focusingtrainingen gebruik gemaakt van de Wilcoxon-signed rank test. Verder wordt er aan de hand van de Wilcoxon-rank sum test of de Mann-Witney test nagegaan of er een verschil is naargelang het type van begeleiding. In het algemeen zijn er geen veranderingen waargenomen in het gedrag van de jongeren na de focusingtrainingen. Deze bevinding is zowel terug te vinden bij de resultaten van de adolescenten uit de residentiële begeleiding als bij de adolescenten uit de ambulante begeleiding. Op basis van de resultaten kan de werkzaamheid van focusingtrainingen bij adolescenten in residentiële en ambulante begeleiding niet worden aangetoond. Verder onderzoek rond dit topic is noodzakelijk.

Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor Prof. Dr. W. Vanderplasschen bedanken voor de begeleiding bij het schrijven van mijn masterproef. Daarnaast wil ik ook Erwin Vlerick bedanken voor de kennis die hij mij bijbracht rond de vaardigheid focusing. Ook mijn omgeving, in het bijzonder mijn ouders, zus en vriend, wil ik bedanken voor hun aanwezigheid en steun tijdens het schrijven van deze masterproef.

Inhoud

| | |
|--|----|
| Inleiding en probleemstelling | 1 |
| Hoofdstuk 1: Theoretisch kader | 2 |
| 1.1 De vaardigheid ‘focusing’ | 2 |
| 1.1.1 Begripsomschrijving..... | 2 |
| 1.1.2 De ontstaansgeschiedenis | 2 |
| 1.1.3 Theorieën omtrent de vaardigheid focusing..... | 3 |
| 1.1.4 De vaardigheid toegepast bij kinderen en adolescenten | 8 |
| 1.2 Ontwikkeling van het zelfbeeld en het (mogelijk) ontstaan van internaliserende problemen tijdens de adolescentie | 8 |
| 1.2.1 Begripsomschrijving..... | 8 |
| 1.2.2 Factoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van zelfbeeld en het ontstaan van internaliserende problemen | 11 |
| 1.2.3 Sekseverschillen | 14 |
| 1.2.4 Stabiliteit van internaliserende problemen en zelfbeeld | 15 |
| Hoofdstuk 2: Onderzoeksvragen | 17 |
| Hoofdstuk 3: Methodologie | 18 |
| 3.1 Steekproef | 18 |
| 3.2 Procedure | 19 |
| 3.3 Instrumenten | 20 |
| 3.3.1 De Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA)..... | 20 |
| 3.3.2 Resilience Scale- Nederlandse versie (RS-nl)..... | 21 |
| 3.3.3 De Child Behavior Checklist (CBCL, 6-18 jaar) en de Youth Self Report (YSR, 11-18 jaar) | 22 |
| 3.3.4 De Focusing Check List voor Adolescenten (FCL-A) | 22 |
| 3.3.5 De coping inventory for Stressful situations (CISS-nl)..... | 23 |
| 3.4 Data-analyse | 24 |
| Hoofdstuk 4: Resultaten | 26 |
| 4.1 Onderzoeksvraag 1: ‘Zijn er veranderingen in het gedrag en/of persoonlijkheid merkbaar na het volgen van focusingtrainingen? En is er een verschil naargelang het type van begeleiding?’ | 26 |
| 4.1.1 Eigenschappen adolescenten voor de focusingtrainingen | 26 |
| 4.1.2 Eigenschappen adolescenten na focusingtrainingen en eventuele veranderingen in gedrag en/of persoonlijkheid..... | 29 |
| 4.2 Onderzoeksvraag 2: ‘Is de Focusing Check List voor Adolescenten een bruikbaar instrument om na te gaan of adolescenten de vaardigheid focusing beheersen?’ | 34 |
| 4.2.1 Factoranalyse en interne consistentie | 34 |
| 4.2.2 Vergelijking van de scores voor de focusingtrainingen met de scores na de focusingtrainingen | 34 |

| | |
|--|----|
| Hoofdstuk 5: Discussie | 36 |
| 5.1 Bespreking resultaten..... | 36 |
| 5.1.1 Mogelijke gedragsveranderingen en/of veranderingen van de persoonlijkheid van de adolescenten na de focusingtrainingen. | 36 |
| 5.1.2 De bruikbaarheid van de Focusing Check List voor Adolescenten | 38 |
| 5.2 Beperking van het onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek..... | 38 |
| 5.3 Algemene conclusie | 41 |
| Bibliografie | 42 |
| Bijlage | 49 |
| A. Inhoud en doelstellingen van de focusingtrainingen | 49 |
| B. Een korte typering van de CBSA-schalen | 51 |
| C. Een overzicht van de probleemschalen van de CBCL en de YSR. | 52 |

Inleiding en probleemstelling

In voorliggende studie zal de werkzaamheid van focusingtrainingen (Vlerick, 2009) bij adolescenten in residentiële en ambulante begeleiding worden nagegaan. In het kader van deze studie nam ik zelf deel aan de focusingtrainingen. In deze trainingen wordt er gewerkt met focusing zoals dat door Eugene Gendlin ontwikkeld is. De vaardigheid focusing situeert zich in het veld van de cliëntgerichte therapie, een vorm van experiëntiële therapie. Deze experiëntiële benadering is één van de stromingen van de psychotherapie naast de psychoanalyse, de gedragstherapie en de systeemtherapie. De cliëntgerichte therapie kent zijn oorsprong bij Carl Rogers, een theorie die aangevuld werd door Eugene Gendlin met de vaardigheid focusing. Vandaag de dag vinden we de vaardigheid focusing ook terug als onderdeel van de Emotion Focused Therapy, die ontwikkeld is door Leslie Greenberg. Zowel de klassieke cliëntgerichte therapie als de vaardigheid focusing als de Emotion Focused Therapy vallen onder de stroming van experiëntiële therapie. Verder is de vaardigheid focusing een manier om in je lichaam contact te maken met wat je echt bezighoudt op dat moment. Tijdens de trainingen leer je op een vriendelijke, respectvolle en zorgvuldige wijze een 'gesprek' aan te gaan met je eigen gevoelswereld of je innerlijke criticus. Het theoretische kader van dit onderzoek zal met een ruimere omschrijving van de vaardigheid focusing beginnen.

In het eerste onderdeel van het theoretische kader zal er een uiteenzetting gegeven worden over de vaardigheid focusing. Verder komt de ontwikkeling van het zelfbeeld en het ontstaan van internaliserende problemen tijdens de adolescentie aan bod. Dit topic wordt onderzocht omdat er van uitgegaan wordt dat jongeren die deelnemen aan focusingtrainingen de meeste sociale vaardigheden wel beheersen maar vaak twijfelen aan zichzelf, zichzelf negatief beoordelen, niet tot beslissingen komen en moeilijke overwegingen met hun eigen gevoelens.

In de beschikbare literatuur vinden we vooral cases omtrent het toepassen van de vaardigheid focusing bij adolescenten. Aan de hand van een specifieke problematiek geeft de auteur van het artikel een weergave van het focusingproces en de eventuele veranderingen die er optreden bij de cliënt. Zo vindt men in het boek 'De kunst van het luisteren' (Verliefde & Stapert, 2003) verschillende cases terug waarin de vaardigheid focusing en de veranderingen die er optraden in het gedrag van jongeren worden geïllustreerd. In dit boek zijn er naast nationale cases, ook cases terug te vinden van internationale focusingtrainers. In de internationale literatuur zijn er cases terug te vinden zoals bijvoorbeeld de case van focusing bij adolescenten met borderline stoornis (Santen, 1988). De vaardigheid focusing wordt geïmplementeerd in verschillende werkingsgebieden. In het algemeen toont men in onderzoek de werkzaamheid van de vaardigheid focusing aan door te werken met cases. Over de werkzaamheid van focusing bij jongeren in residentiële en ambulante begeleiding zijn weinig resultaten terug te vinden. Het opzet van dit onderzoek bestaat er in om na te gaan of het zinvol is om de vaardigheid focusing te implementeren bij deze doelgroep.

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

1.1 De vaardigheid ‘focusing’

1.1.1 Begripsomschrijving

De vaardigheid ‘focusing’ wordt in de literatuur op verschillende manieren geformuleerd. Hieronder worden er drie omschrijvingen weergegeven van auteurs die de vaardigheid ‘focusing’ duidelijk hebben verwoord.

‘Focussen is een manier om het eigen lijfelijke ervaren mee te maken en uit te vergroten, waardoor de kenmerken van het ervaringsproces scherper tot uitdrukking komen. Anders gezegd: aandacht geven aan de eigen aanvankelijk vage, onaanzienlijke en haast ongrijpbare lijfsbelevingen en aan de symbolisering in woorden of beelden die hieruit ontstaan. Nog anders geformuleerd: focussing is het richten van de aandacht op het onmiddellijke ervaren’ (Maas, 1984, p. 303).

‘Focussen is een lichaamsgericht proces van jezelf gewaarworden en van innerlijke groei. Je gaat gewoon na hoe je je voelt- en dan knoop je een gesprek aan met je gevoelens waarin jijzelf vooral de rol van luisteraar opneemt’ (Cornell, 1998, p. 12).

‘Focussen betekent het richten van de aandacht op een nog vaag, niet-helder lichamenlijk gevoel of felt sense om er vervolgens mee in dialoog te gaan, waarbij je zelf de rol van luisteraar inneemt’ (Vlerick, 2006, p. 108).

Tenslotte zijn er nog een aantal zaken waarmee focusing niet verward mag worden. Het belangrijkste dat hierbij vermeld kan worden is het feit dat focusing een vaardigheid is en niet een therapeutische techniek (Cornell, 1998). Daarnaast is focusing niet een vaardigheid om met jezelf te praten, gaat het niet over een analyse en is focusing ook niet hetzelfde als het ervaren van sterke emoties (Gendlin E. , 1981).

1.1.2 De ontstaansgeschiedenis

De methodiek focusing dateert van begin de jaren '60 toen Eugen Gendlin (hoogleraar aan de universiteit van Chicago) een onderzoek voerde naar aanleiding van volgende vraag: ‘hoe komt het dat sommige mensen voordeel hebben bij psychotherapie en andere niet?’. In zijn onderzoek volgt hij therapeutische sessies op en gaat hij zowel bij de therapeut als bij de cliënt na of de therapie al dan niet effect heeft gehad, ook maakte de onderzoekers gebruik van psychologische tests om vast te stellen of er sprake was van positieve veranderingen.

Uiteindelijk zijn er twee groepen te onderscheiden; de groep waarbij er resultaat was geboekt bij de psychotherapie en de groep waarbij er geen sprake was van resultaat. Cliënten waarbij er geen resultaat was geboekt, bleven zich gedurende de sessies helder uitdrukken, ze schonken geen aandacht aan hun lijf en ze hadden nooit een gevoel dat aanvankelijk moeilijk te omschrijven was. Ze bleven als het ware ‘in hun hoofd zitten’. Daarentegen ervoeren “succesvolle” cliënten vaak een vaag en moeilijk te beschrijven gevoel dat van binnenuit kwam. Dit gevoel merkten ze uit zichzelf op gedurende de sessies. Door deze bevindingen ging Gendlin op zoek naar een aanleerbare vaardigheid die doorslaggevend was voor het slagen of mislukken van een therapie. Hij noemde de vaardigheid focusing (Cornell, 1998).

De vaardigheid ‘focusing’ diende oorspronkelijk enkel om de effectiviteit van psychotherapie te bevorderen. Maar er wilden steeds meer mensen de vaardigheid van hem leren voor andere doeleinden, zoals bijvoorbeeld als een zelfhulpmethode voor het nemen van beslissingen. In 1978 publiceerde Gendlin het boek Focussing, gaf workshops en

richtte het Focussing Institute op. Tenslotte gaat het over een vaardigheid die ontdekt werd en niet uitgevonden. Het kwam tot stand doordat onderzoekers keken naar wat mensen doen wanneer ze positieve veranderingen ondergingen. Het vermogen van focusing is dat het iets is dat iedereen kan, iedereen heeft er aanleg voor (Cornell, 1998).

1.1.3 Theorieën omtrent de vaardigheid focusing

1.1.3.1 De persoonlijkheidsverandering theorie (volgens Gendlin)

Gendlin constateerde hiaten en tegenstrijdigheden in de traditionele theorieën ten aanzien van persoonlijkheidsverandering. Deze theorieën zien een persoonlijkheid als iets dat stabiel is, iets dat niet verandert. Deze theorieën proberen hoofdzakelijk te verklaren waarom en hoe iemand geworden is als persoon die hij nu is en hoe deze factoren de persoonlijkheid stabiel houden. Ze maken gebruik van verklarende concepten waardoor verandering onmogelijk wordt gemaakt. Gendlin ontwikkelde zijn eigen theorie om tegemoet te komen aan deze tekortkomingen (Vanaerschot & Lietaer, 2008b). In wat volgt zal eerst een korte schets gegeven worden van het centraal concept in zijn theorie, namelijk 'de 'gevoelde zin''. Daarna wordt er ingegaan op het proces van persoonlijkheidsverandering, meer specifiek de veranderingstap. Tenslotte wordt weergegeven hoe een ervaringsproces kan stagneren of blokkeren en hoe dit verholpen kan worden.

Het centrale concept van de theorie: 'felt sense'

Het begrip 'de 'gevoelde zin'' is de Nederlandse vertaling die Depestele geeft aan Gendlins begrip 'felt sense' (Depestele, 1984). Het begrip verwijst naar één van de interactieniveaus van het belevingsproces (Vanaerschot & Lietaer, 2008a). Het interactieniveau refereert naar het impliciet gevoelde geheel dat een persoon heeft omtrent een situatie. Het impliciet geheel wordt gevormd door de interactie tussen het lichaam en de situatie/omgeving, de manier waarop we situaties in ons opnemen. Deze interactie tussen het lichaam en de situatie resulteert in de vorming van een impliciet gevoelde betekenis: de 'gevoelde zin'. De 'gevoelde zin' is anders gezegd de affectieve experiëntiële betekenis die een situatie voor een persoon heeft (Vanaerschot & Lietaer, 2008a).

Voorbeeld: Een jonge vrouw begeeft zich 's avonds laat naar een parkeergarage om haar auto op te halen. Plots komt vanuit een donkere plek iemand naar haar toe. Zij schrikt hevig. De persoon blijkt een man te zijn die geld wil wisselen, omdat hij geen pasmunt bij zich heeft voor de parkeermeter. Bij thuiskomst vertelt zij uitgebreid wat er allemaal in haar omging in die paar seconden na het plots opduiken van de persoon en voordat zij wist wat hij van haar wilde. Haar toehoorder kan dan lachend opmerken: "En dacht je dat alles in die paar seconden?" Uiteraard 'dacht' zij dit niet in die paar seconden; zij had dit alles- en wellicht nog veel meer- in zich, maar op een impliciete gevoelde wijze (Vanaerschot & Lietaer, 2008a, p. 35).

Om tot een beter inzicht te komen van het begrip 'felt sense' worden hieronder enkele componenten ervan nader belicht.

De 'gevoelde zin' is 'over een situatie', het is het niveau waarop de persoon zijn 'in-een-situatie-zijn' voelt. De 'gevoelde zin' is de specifieke wijze waarop iemand zijn wereld opneemt (Depestele, 1984).

In bovenstaande voorbeeld richt de vrouw haar aandacht naar binnen, op dat innerlijke 'iets' dat is 'blijven hangen' (Vanaerschot & Lietaer, 2008a). De vrouw heeft directe toegang tot dit 'iets' zonder dat zij hiervoor woorden hoeft te hebben (Depestele, 1984).

De vrouw voelt rechtsreeks de bron van waaruit de reactie 'schrikken' komt, ze heeft op die manier toegang tot de 'gevoelde zin'. Indien men geen toegang heeft tot de 'gevoelde zin' gaat men allerlei mogelijke verklaringen bedenken om een bepaalde reactie te verklaren (Vanaerschot & Lietaer, 2008a).

Verder is de 'gevoelde zin' aanvankelijk vaag en conceptueel onduidelijk, het gaat over een weten zonder woorden (Depestele, 1984; Gendlin, 1981). Het is een pre-conceptueel weten: 'het is een weten zonder woorden en tegelijkertijd de bron voor de woorden die zullen opkomen' (Depestele, 1984). Het is concreet maar niet te verwarren met een emotie, een emotie wordt immers herkend (Gendlin E. , 1981).

Vervolgens is de 'gevoelde zin' iets lichamelijks, het is een speciale fysieke, somatische sensatie die in bepaalde lichaamsdelen gevoeld wordt. Het wordt voornamelijk gevoeld in de buik, borst, maag of nek (Gendlin E. , 1981; Depestele, 1984; Vanaerschot & Lietaer, 2008a). Het lichaam heeft hier niet de betekenis zoals in de anatomie of fysiologie. Het lichamelijke en het geestelijke vormen één eenheid in deze benadering (Depestele, 1984), het gaat om een lichaam dat betekenis kan voelen. Gendlin spreekt over 'mind-body-not-yet-split' (Gendlin, zoals geciteerd in Depestele, 1984; Vanaerschot&Lietaer, 2008a).

Daarnaast is het concept '*één iets, dat de totaliteit van een situatie omvat, als een geheel, waarvan we voelen dat alle aspecten er impliciet in aanwezig zijn*' (Depestele, 1984, p. 91). Zo worden bijvoorbeeld gedachten en gevoelens niet meer gezien als aparte entiteiten. Het gaat over een geheel van impliciete betekenissen/belevingen (Vanaerschot & Lietaer, 2008a).

Verder functioneert deze 'gevoelde zin' impliciet. Veel van onze gedragingen en een groot deel van ons leven worden niet gevat door het bewuste verstand maar verlopen op basis van dit ondergrondse functioneren (Gendlin E. , 1970).

Tenslotte is de 'gevoelde zin' actief en onafhankelijk. De persoon is actief in de zin dat hij ruimte en tijd maakt. Verder is het impliciete gevoel actief in de zin dat het naar uitdrukking zoekt en juiste symbolen (woorden, beelden) selecteert. Als er een 'gevoelde zin' is gevormd kan die weggaan, in die zin kan een 'gevoelde zin' onafhankelijk bewegen. Daarnaast is een gevormde 'gevoelde zin' onafhankelijk van de symbolen die werden gebruikt voor het oproepen van deze 'gevoelde zin'. De persoon kan nu immers zelf vanuit de gevormde 'gevoelde zin' symbolen laten opkomen (Depestele, 1984).

Het proces van persoonlijkheidsverandering

Na de toelichting van het begrip 'felt sense' wordt er nu dieper ingegaan op het proces van persoonlijkheidsverandering. De veranderstap wordt voltooid in de interactie tussen de 'gevoelde zin' en de symbolisering (woorden, beelden, creatieve uitingsvormen,...) (Depestele, 1984; Vanaerschot & Lietaer, 2008a; Neagu, 1988). Deze interactie komt overeen met het tweede interactieniveau van het belevingsproces. De 'gevoelde zin' streeft naar explicitering van het impliciete gevoel (Depestele, 1984; Vanaerschot & Lietaer, 2008a). Van zodra de 'gevoelde zin' de exacte uitdrukking heeft gekregen, met andere woorden het juiste symbool, dan laat hij de persoon los. Op die moment is de 'gevoelde zin' niet langer impliciet maar is ze expliciet. Er is sprake van een lichamelijke gevoelde verandering en een lichamelijke opluchting op het moment van de exacte symbolisatie. De lichamelijk voelde verandering wordt ook de 'felt shift' genoemd (Depestele, 1984).

Neagu (1988, np.) omschrijft persoonlijkheidsverandering als volgt:

‘... genuine personality change doesnot occur unless the special internal processing called focusing take place’.

‘... but the interaction between the implicit bodily felt sense and the symbolic processing that occurs is crucial to change-steps’.

Verder kan er soms sprake zijn van stagnering, ontsporing of verstopping bij het ervaringsproces (Maas, 1984). Problematisch functioneren, disfunctioneren of psychopathologie worden gezien als een gevolg van een geblokkeerd ervaringsproces (Vanaerschot & Lietaer, 2008b; Greenberg, 2012). Het gaat over de manier waarop een probleem ervaren wordt door de persoon en niet over de inhoud van het probleem (Greenberg, 2012). In de volgende paragraaf wordt er dieper ingegaan op het mogelijk blokkeren van iemands zijn ervaringsproces. Deze stagnering wordt vaak aangeduid met de termen ‘Fronzen wholes’ en/of structuurgebonden belevingen.

‘De interactie van de beleving van de persoon met haar eigen (symbolische of feitelijke) gedrag noemt Gendlin het zelfproces’ (Vanaerschot & Lietaer, 2008b, p. 149). Volgens Gendlin is zelfproces of impliciet functioneren pas mogelijk als een ervaring niet structuurgebonden is (Gendlin E. , 1970; Vanaerschot & Lietaer, 2008b). Een persoon ervaart geen problemen in haar leven als de persoon aan haar eigen impliciete belevingen de responsen kan bieden die nodig zijn om haar beleving vooruit te dragen. Haar belevingsproces functioneert dan impliciet. Indien haar belevingsproces niet impliciet functioneert, wil dit zeggen dat de persoon niet de responsen kan bieden die nodig zijn opdat haar belevingsproces zich kan ontvouwen. De enige respons die de persoon zichzelf kan bieden is ‘een bevroren structuur’ (Vanaerschot & Lietaer, 2008b). Een bepaalde ervaring roept dan steeds hetzelfde reactiepatroon op, het gaat over eenzelfde manier van uiten en symboliseren. Er is geen interactie met de huidige situatie en met nieuwe details die hierin naar voren komen (Gendlin E. , 1970; Maas, 1984; Vanaerschot & Lietaer, 2008b). Anders gezegd *‘de relatie tussen ervaren en symboliseren is bevroren in een vaste structuur’* (Maas, 1984, p. 324). Gendlin spreekt over structuurgebonden belevingen of ‘frozen wholes’ (Maas, 1984; Vanaerschot & Lietaer, 2008b).

Voorbeeld: steevast de reactie van een ander blijven benoemen als jaloezie, zonder dat we nog oog hebben voor de kwaliteit van datgene wat de ander doet, noch ook echt meer luisteren naar wat zijn gedrag nou precies teweeg brengt (Maas, 1984, p. 323).

In wat volgt worden er concrete voorbeelden besproken van vastgelopen ervaringsprocessen. Er wordt ingezoomd op hoe een gestagneerd ervaringsproces aan de grond kan liggen van problematisch functioneren en psychopathologie.

Bij psychomatische klachten is symbolisering er ingehamerd. Er is slechts één beweging tussen ervaren-symboliseren-ervaren, het gaat over een lijfelijk ervaren dat in zijn eigen wereldje blijft (Maas, 1984). Vervolgens ziet men ook vaak dat er een scheiding ontstaat tussen ervaren en symboliseren. Mensen hebben in dit geval de neiging om hun toevlucht te zoeken in verhalen, grappen, klachten of formele taal. Er is sprake van een repetitief reactiepatroon zonder dat er rekening wordt gehouden met het hier en nu belevingen (Maas, 1984). Daarnaast ziet men bij hallucinaties dat symbolisering hun eigen leven gaan leiden. Er is geen realiteitsbesef alsook geen concreet lijfelijk ervaren (Maas, 1984). Symbolen kunnen soms niets nieuws opleveren, de woorden zijn immers vlak en al dikwijls herhaald. Dit is iets dat waargenomen wordt bij depressieve mensen. Doordat verschillende belevingen steeds opnieuw niet te uiten zijn hopen de belevingen zich op,

men spreekt daarom ook wel van een gestolde ervaring. Indien er geen woord meer past op de ervaring of geen gebaar meer te vinden is voor de ervaring, omdat deze te zwaar geworden is, vormt suicide vaak de enige uitweg (Maas, 1984). Verder kan er een interactie ontbreken met de omgeving, waardoor er verlies is aan betekenis en verlies van de capaciteit om het ervaren te symboliseren. Dit is iets dat kenmerkend is bij een psychose (Maas, 1984). Tenslotte ontbreekt er bij mensen die zwakzinnig zijn niet aan ervaringen integendeel ervaringen zijn vaak zeer intensief. Maar er is wel een gebrek aan de capaciteit om deze ervaringen te symboliseren (Maas, 1984).

Een concreet voorbeeld van een 'frozen whole' of structuurgebonden beleving is de innerlijke criticus, een aspect waar jongeren tijdens de focusingtrainingen mee leren omgaan. De innerlijke criticus weerspiegelt een strenge, innerlijke normerende stem waarmee mensen zichzelf blokkeren (Stinckens). Firestone (zoals geciteerd in Stinckens, np.) weergeeft een alomvattende omschrijving van de innerlijke criticus: *“een goed geïntegreerd systeem van kritische en negatieve gedachten en attitudes ten aanzien van het Zelf, dat werd opgedrongen van buitenaf en afgesneden is van de organismische belevingen en lichamelijke gewaarwordingen van de persoon”*. De innerlijke criticus kan dan ook gezien worden als een processtoring die interfereert met het organismisch belevingsproces van de jongeren (Gendlin E. T., 1996). De innerlijke criticus is een kenmerk van een aantal ziektebeelden zoals depressieve stoornis, eetstoornis en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (Stinckens).

In wat volgt zullen er een aantal kenmerken van de innerlijke criticus besproken worden:

- De innerlijke criticus wordt gekenmerkt door gedachten als 'je bent niet de moeite waard', 'doe toch niet zo flauw', 'je bent veel te dik' en 'jij kan ook niets jij' (Wollants, Missiaen, & Leys, 2004).
- Het zelfwaarde gevoel van jongeren kan door de innerlijke criticus worden aangetast (Wollants, Missiaen, & Leys, 2004).
- De innerlijke criticus zorgt voor zelfbeperkend en -vernietigend gedrag (Firestone, zoals geciteerd in Stinckens).
- De innerlijke criticus remt de mogelijkheden van personen af. (Stinckens).
- De innerlijk criticus zorgt ervoor dat cliënten steeds beroep doen op dezelfde patronen die niet aangepast zijn aan de situatie (Stinckens).
- De innerlijke criticus heeft een invloed op het zelfconcept en de manier waarop jongeren zichzelf gaan evalueren en beoordelen (Stinckens).
- De innerlijke criticus heeft zijn weerslag op interpersoonlijke relaties (Stinckens). Zo zou deze innerlijke criticus bijvoorbeeld intieme gelijkwaardige relaties kunnen saboteren doordat de persoon steeds opzoek is naar goedkeuring en bevestiging bij de andere (Stone en Stone, zoals geciteerd in Stinckens).

Persoonlijkheidsverandering in therapie

De centrale doelstelling van Gendlins therapie is de gestolde belevingen terug te herstellen opdat ze weer vooruit gedragen kunnen worden. Gendlin spreekt over twee technieken om dit doen, namelijk 'carrying forward' en 'reconstitueren'. Bij 'carrying forward' zijn er reeds impliciete aspecten aanwezig en is het doel deze aspecten te symboliseren. Bij reconstitueren gaan niet impliciet functioneerde aspecten opgenomen worden in de belevingsstroom zodat de aspecten wel impliciet gaan functioneren. Vervolgens kunnen ze ook op hun beurt gesymboliseerd worden (Vanaerschot & Lietaer, 2008b).

1.1.3.2 De focusingstappen

Hieronder zullen de zes stappen van focusing afzonderlijk weergegeven worden maar naarmate je meer vertrouwd raakt met de vaardigheid focusing hoef je ze niet meer als afzonderlijke delen te zien (Gendlin, 1981). Vooraleer een overzicht te geven van de zes stappen bij focusing is er nog een belangrijk aspect waaraan aandacht moet geschonken worden alvorens het focusingproces te beginnen. Om te kunnen beginnen aan het proces van focusing moet je je eerst voorbereiden. Je moet op zoek gaan naar een geschikte plaats en een geschikt moment. Op die manier kan je op een rustige manier starten met het proces alsook er voldoende tijd voor uittrekken (Gendlin, 1981).

Een eerste stap in het proces is het maken van ruimte. Dit doe je in stilte, alleen voor jezelf en volledig ontspannen. Hierbij is het ook belangrijk dat je je aandacht naar de binnenkant van je lichaam gaat richten, bijvoorbeeld naar je maag of je borst. Vervolgens ga je kijken naar wat er gebeurt wanneer je je volgende vragen gaat stellen: "Hoe gaat het in mijn leven?" "Wat is nu het belangrijkste voor mij?". Hierbij is het belangrijk dat je de aandacht in je lichaam houdt en antwoorden laat opkomen vanuit je lichaam. Tenslotte is het ook belangrijk dat wanneer er een gevoel van bezorgdheid opkomt dat je u niet laat wegzakken in dit gevoel (Gendlin E. , 1981).

Een tweede stap is 'felt sense' (= lichamelijk 'gevoelde zin'). Hierbij ga je één ding selecteren uit de zaken die in je opkwamen waarop je wilt focussen. Belangrijk hierbij is dat je er niet gaat inzitten maar dat je er afstand van doet (Gendlin E. , 1981).

Een derde stap is een handvat vinden. In deze stap laat je vanuit de 'felt sense' een woord, een zin of een beeld opkomen. Zo kan het woord bang een handvat zijn dat opkomt vanuit de 'felt sense' (Gendlin E. , 1981).

Een vierde stap is resoneren, hierbij staat het heen en weer gaan tussen de 'felt sense' en het woord (of zinnetje of beeld) centraal. Hierbij wordt het handvat getoetst aan het gevoel (Gendlin E. , 1981).

De vijfde stap wordt omschreven als het stellen van vragen. De volgende vraag kan gesteld worden: 'Waarom voelt dit probleem zo scherp aan?'. Indien je te snel antwoord krijgt, zonder dat je een verandering in de 'felt sense' ervaart, laat je dergelijke antwoorden maar voorbij gaan. Wanneer dit zich voordoet ga dan met je aandacht terug naar je lichaam en zoek de 'felt sense' opnieuw op (Gendlin E. , 1981).

Een zesde stap die aan bod komt in dit proces is ontvangen. Hierbij gaat het vooral om alle gevoelens van verandering op een vriendelijke manier in ontvangst nemen (Gendlin E. , 1981).

De stappen van focussen kunnen geïllustreerd worden aan de hand van onderstaande casus. De casus gaat over een persoon die gaat focussen bij het nemen van een beslissing.

Matt woonde in Chicago, maar eigenlijk wilde hij ergens anders heen. Kortgeleden was er een einde gekomen aan een belangrijke relatie en zijn baan was ook niet helemaal wat hij zich daarvan voorstelde. Zijn beste vriend was naar Seattle verhuisd en genoot erg van die stad. Matt zocht Bob op, logeerde er een week en maakte er kennis met het leven in Seattle. Toch kon hij niet zo een-twee drie besluiten om te verhuizen. Matt besloot om te gaan focussen. Bij het focussen voor het nemen van een beslissing met twee duidelijke keuzemogelijkheden, kun je best de ene mogelijkheid nemen en daarbij een felt sense uitnodigen en daarna de andere mogelijkheid (Cornell, 1998, pp. 1-112).

Volgende is een illustratie van het proces van focussen als Matt een 'felt sense' gaat uitnodigen rond de keuzemogelijkheid verhuizen naar Seattle. De stap 'stellen van vragen' komt hier niet expliciet aan bod.

Hij stelde zich voor dat hij naar Seattle ging verhuizen en vroeg: "Hoe voelt naar Seattle verhuizen' in mijn lijf? (= ruimte maken). Dit keer voelde hij een tintelde gevoel van opwinding in zijn armen en benen en een licht gevoel in het hele middengebied van zijn lijf, vooral in zijn borst. (= felt sense). Hij ging na of dat woord 'licht' (= handvat vinden) klopte en: ja, dat gaf het goed weer! (= resoneren). Toen hij bij dat gevoel bleef, kwam het woord 'vooruitkomen' in hem op. Matt beëindigde zijn sessie met het duidelijke besef dat verhuizen naar Seattle voor hem 'vooruitkomen' betekende. (= ontvangen) (Cornell, 1998, pp. 1-112).

1.1.4 De vaardigheid toegepast bij kinderen en adolescenten

Oorspronkelijk was focusing een vaardigheid die enkel geleerd werd aan volwassenen. Pas later werd dit uitgebreid naar kinderen en adolescenten (Santen, 1999). Kinderen kunnen net zoals volwassen overstelpt geraken door emoties. Hierdoor reageren ze op een structuregebonden wijze met als gevolg dat het belevingsproces geblokkeerd raakt. Ze dragen immers meerdere problemen tegelijk mee en dit uit zich bijvoorbeeld in gedragsproblemen, verminderde aandacht voor leertaken, internaliserende problemen en somatische klachten (Coffeng & Vlerick, 2008). Focusing kan dan toegepast worden om de gestolde belevingen weer vooruit te dragen, met andere woorden voor de reconstitutie van ervaringen (Santen, 1988). Deze vaardigheid is goed bruikbaar bij kinderen mits enkele aanpassingen (Coffeng & Vlerick, 2008; Santen, 1999). Deze aanpassingen zijn eerst en vooral nodig omwille van de minder abstracte en conceptuele manier van denken bij kinderen (Santen, 1999). Vervolgens blijkt uit onderzoek dat: *'alle kinderen tot rust konden komen en dat de meeste in staat waren om hun lichamelijk 'gevoelde zin' te differentiëren en om ruimte te maken. Doordat het focusproces te lang duurde, waren de kinderen niet in staat zich te concentreren tot het einde van de sessie.'* (vrij vertaald Heintz, 1997) Ter conclusie, kinderen hebben nood aan meer actievormen en sturing van de therapeut in vergelijking met volwassenen (Coffeng & Vlerick, 2008; Santen, 1999). Kinderen kan men bijvoorbeeld uitnodigen om hun gevoel omtrent een bepaald probleem te tekenen, te schilderen, een beeld van te maken met bijvoorbeeld klei, een verhaal rond te vertellen en na te spelen, ... Op deze manier wordt er ruimte gemaakt en kan er overgegaan worden naar de volgende stap, meer specifiek het ontvangen van de 'felt sense' (Coffeng & Vlerick, 2008; Santen, 1999). In de literatuur omtrent focusing met kinderen en adolescenten zijn er dan ook een aantal cases terug te vinden waarbij bijvoorbeeld 'spel', 'kunst' of 'tekenen' opgenomen wordt in het focusingproces (Marder, 1997; Rappaport, 1988; Leijssen, 1992; Yuba & Murayama, 1988; Merkur, 1997). Vervolgens vindt men in de literatuur ook cases die de vaardigheid focusing illustreren alsook de eventuele gedragsveranderingen (Verliefde & Stapert, 2003; Santen, 1988).

1.2 Ontwikkeling van het zelfbeeld en het (mogelijk) ontstaan van internaliserende problemen tijdens de adolescentie

1.2.1 Begripsomschrijving

1.2.1.1 Adolescentie

Er is een onderscheid tussen het begrip 'adolescentie' en 'puberteit'. Het begrip adolescentie wordt gehanteerd wanneer men spreekt over de volledige overgang tussen kindertijd en volwassenheid. De adolescentie wordt gekenmerkt door een aantal ontwikkelingen op biologisch, cognitief en sociaal-emotioneel vlak (Slot & van Aken, 2010).

De puberteit wordt omschreven als een periode die enkel gekenmerkt wordt door een aantal biologische ontwikkelingen die resulteren in volwassen gestalte en seksuele rijpheid (Brybaert, 2006)

De adolescentie is dus een fase waarin er veel verandert, er worden dan ook nieuwe eisen gesteld aan de persoonlijkheid. Enerzijds zijn er de lichamelijke ontwikkelingen zoals de groei en de seksuele rijpwording. Anderzijds wordt er van de jongeren verwacht dat ze een opleiding gaan voltooien, een keuze gaan maken voor een bepaald beroep, dat ze los gaan komen van het ouderlijke gezin, zelfstandigheid gaan verwerven, intieme contacten aangaan en politieke en levensbeschouwelijke keuzes gaan maken. Doordat de jongeren meer en meer in staat zijn om abstract te denken kunnen ze ook meer nadenken over (gemaakte) keuzes op bepaalde gebieden (Bosma, 2010). De ontwikkelingen op lichamelijk vlak en op sociaal vlak hebben dus een invloed op het beeld dat de jongere van zichzelf en het leven heeft (Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000). Jongeren beginnen zich immers vragen te stellen over hun eigen persoon en de relaties met andere alsook over hun toekomst. Anders gezegd beginnen jongeren na te denken over hun identiteit. De eigenlijke identiteit wordt dan ook gevormd tijdens de adolescentiefase (de Wit, van der Veer, & Slot, 1995). In de adolescentie nemen de mogelijkheden tot zelfreflectie en zelfbeoordeling toe (Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000). De jongeren gaan dan ook het beeld dat ze hebben van zichzelf evalueren wat zich dan ook uit in een hogere of lagere zelfwaardering (Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000). Het zelfbeeld van een jongere kan dan ook gezien worden als het centrale aspect van de persoonlijkheid en de identiteit van een jongere (van der Linden en Dijkman, zoals geciteerd in Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000). Ter conclusie kan gesteld worden dat het ontwikkelen van autonomie, zelfbeeld en een eigen identiteit centraal staan tijdens de adolescentie.

De adolescentie wordt vaak aangeduid als een periode met grote emotionele beroering en opstandigheid (Slot & van Aken, 2010). Hall (1904) spreekt over de 'Storm and Stress', ook wel 'Sturm und Drang' genoemd. Dit beeld van de adolescentie moet echter genuanceerd worden (Verhulst F. , 2000; Heuves, 2006). Zo blijkt uit een onderzoek dat ongeveer 80% van de adolescenten niet voldoen aan het stereotiepe beeld van de problematische adolescent. Het stereotiepe beeld wordt gekenmerkt door zelftwijfel, faalangst en andere gevoelens van welbevinden (Perreijn, 1993). Elke jongere heeft wel eens last van enige verwarring, spanning, frustraties en conflicten maar dit wil nog niet zeggen dat elke jongere een periode van 'Storm and Stress' doormaakt (Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000). Verder doorlopen de meeste adolescenten deze periode dan ook met weinig of geen problemen. Slechts een bepaalde groep heeft te maken met psychosociale problemen (Junger, Mesman, & Meeus, 2003; Boer, 2010).

Daarnaast is leeftijd geen zuiver criterium om de periode van de adolescentie aan te duiden. Jongeren verschillen immers in het moment waarop ze de ontwikkelingstaken horende bij de adolescentie centraal stellen of voltooien (Slot & van Aken, 2010). In de ontwikkelingspsychologie deelt men de adolescentieperiode op in drie fasen met wisselende leeftijdsgrenzen (Berk, 2010).

1.2.1.2 Zelfbeeld en internaliserende problemen

Uit onderzoeken bij Vlaamse jongeren blijkt dat jongeren over het algemeen behoorlijk tevreden zijn met zich zelf (Elchardus, et al., 1999; Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000). In één van de onderzoeken werd gevonden dat een kleine groep jongeren een vrij negatief zelfbeeld heeft (Elchardus, et al., 1999). Uit een ander onderzoek bleek dat een klein groep jongeren last had van depressieve stemmingen, zich soms eenzaam voelt en al eens zelfmoordgedachte heeft gehad (Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000).

Zelfbeeld

In de literatuur gebruikt men heel wat verschillende termen, weliswaar gerelateerde begrippen die verwijzen naar het beeld dat we hebben van onszelf en de manier waarop we dit beeld evalueren. De begrippen zelfbeeld, zelfperceptie, zelfconcept, zelfwaardering en competentiebeleving worden door elkaar gebruikt, enerzijds als synoniemen anderzijds als aparte concepten met elk een eigen betekenis (Vermeiren, Bogaerts, Ruchkin, Deboutte, & Schwab-Stone, 2004). Zo wordt het concept zelfperceptie vaak gehanteerd als synoniem voor zelfbeeld (Harter, zoals geciteerd in Junger, Mesman & Meeuws, 2003). Het zelfbeeld of zelfconcept gaat over de cognitieve representatie die iemand heeft van zichzelf (van der Meulen, 1993). Daarnaast heeft het concept 'zelfbeeld' ook een affectieve kant, ook wel aangeduid met de term zelfwaardering. Het is de evaluatieve component van het zelfbeeld, het gaat over een positieve of negatieve evaluatie van zichzelf (van der Meulen, 1993; Wells & Mawell, zoals geciteerd in Gecas, 1982). De competentie die een adolescent ervaart op een domein, zoals bijvoorbeeld schoolse vaardigheden, sportieve vaardigheden, sociale acceptatie of fysieke verschijning, die kenmerkend zijn voor de zelfwaardering vormt een belangrijke factor voor het zelfwaardegevoel. Zo spelen succeservaringen op domeinen die de adolescent belangrijk vinden een grote rol (Harter, zoals geciteerd in Goedhart, Treffers, Veerman, Ackaert & de Rycke, 2002). Rosenberg (1979) verwijst hiervoor naar de term 'self attributing'. Een andere bepalende factor is de ondersteuning, acceptatie en respect die de adolescent ervaart van personen, zoals ouders en vrienden, die voor hem of haar belangrijk zijn (de Wit, van der Verveer, & Slot, 1995; Harter, zoals geciteerd in Goedhart, Treffers, Veerman, Ackaert, & de Rycke, 2002). Rosenberg (1979) gebruikt voor deze factor de term 'reflected appraisals'. Daarnaast spreekt Rosenberg (1979) ook nog over de term 'social comparison'. De adolescent gaat zijn vaardigheden gaan vergelijken met die van leeftijdsgenoten (Rosenberg, 1979). In de literatuur wordt de term zelfbeeld vaak gebruikt terwijl men focust op het zelfwaardegevoel. Met andere woorden de twee termen worden vaak gezien als één construct (Wells & Mawell, zoals geciteerd in Gecas, 1982; Bhatti, Derezotes, Kim, & Specht, 1989). In wat volgt worden de termen ook door elkaar gehanteerd.

Internaliserende problemen

Internaliserende problemen zijn problemen die gepaard gaan met innerlijke onrust (Boer, 2010). Anders gezegd het zijn problemen die gekenmerkt worden door een stoornis in stemming of gedrag die 'naar binnen is gericht' (Junger, Mesman, & Meeus, 2003). Vervolgens wordt er nog eens een onderscheid gemaakt tussen angst, depressiviteit en somatoforme problemen (Boer, 2010). Tenslotte zijn deze problemen niet altijd zichtbaar (Boer, 2010).

In het onderzoek zal de 'Child Behavior Checklist en de Youth Self- Report' worden afgenomen. Vandaar de keuze om uit te gaan van een dimensionele benadering van stoornissen. Aan de hand van de instrumenten kan er immers aangegeven worden op welke gebieden (dimensies) sprake is van een zekere mate van bepaalde probleemgedragingen (Boer, 2010).

Relatie tussen zelfbeeld en internaliserende problemen

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een lage zelfwaardering gerelateerd is aan een lage waargenomen competentie op allerlei gebieden en depressie (Chan, 1997; Renouf & Harter, 1990; Smari, Petursdottir, & Porsteindottir, 2001; Tram & Cole, 2000). In het onderzoek van Hooge, Decaluwe, Goosens (2000) werd er een negatief verband gevonden tussen zelfwaardering en depressieve stemmingen. Zo had iemand met een hoge score op zelfwaardering een lage score op depressieve stemmingen. Vervolgens is er ook sprake van

een samenhang tussen een negatieve zelfperceptie en angst in adolescentie (Malcarne & Ingram, 1994).

1.2.2 Factoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van zelfbeeld en het ontstaan van internaliserende problemen

De rol van leeftijdsgenoten

Tijdens de adolescentie wordt de relatie met leeftijdsgenoten steeds belangrijker (Sholte & Engels, 2010). Studies tonen aan dat adolescenten met vrienden sociaal competent zijn en psychologisch gezien gezonder zijn dan deze zonder vrienden. Ook zouden deze adolescenten een hogere zelfwaardering hebben. De oorzaak-gevolg relatie tussen het al dan niet hebben van vrienden en het psychosociaal functioneren is echter niet duidelijk. Zo kan het hebben van vrienden enerzijds leiden tot een hogere zelfwaardering en betere sociale vaardigheden. Maar anderzijds is het ook mogelijk dat adolescenten met een lage zelfwaardering en minder sociale vaardigheden, minder in staat zijn om vriendschappen aan te gaan of te onderhouden (Sholte & Engels, 2010). Meer specifiek met betrekking tot de relatie tussen sociale verwerping en internaliserende problemen is deze oorzaak-gevolg relatie ook niet duidelijk (Junger, Mesman, & Meeus, 2003). Enerzijds kunnen kinderen die geconfronteerd worden met sociale verwerping een negatief zelfbeeld en depressieve gevoelens ontwikkelen (Cole, Martin, Powers, & Truglio, 1996). Anderzijds kan het gedrag dat samenhangt met een negatief zelfbeeld en depressieve gevoelens de oorzaak zijn van verworpen worden door leeftijdsgenoten (Cicchetti & Sneider- Rosen, zoals geciteerd in Junger, Mesman & Meeus, 2003). Vervolgens heeft ook pesten een effect op het zelfbeeld en internaliserende problemen (Heuves, 2006). Zo lopen adolescenten en kinderen die gepest worden een groter risico op internaliserende problemen. Zo hebben ze een negatievere zelfbeeld op het gebied 'sociaal functioneren' en vertonen ze meer sociale angst (Boulton, zoals geciteerd in Sholte & Engels, 2010). Het moge ook duidelijk zijn dat er een onderscheid is tussen pesten en sociale verwerping (Sholte & Engels, 2010). Tenslotte is er ook een relatie tussen de kwaliteit van de vriendschap en zelfwaardering (Newcomb & Bagwell, zoals geciteerd in Sholte & Engels, 2010).

De rol van biologische ontwikkelingen

Uit onderzoek blijkt dat er een correlatie bestaat tussen het 'statuut' van de puberteit en de componenten van het zelfbeeld. Eén van de componenten is het beeld dat de adolescent heeft van zijn eigen lichaam (Bardieu, Rodriguez- Thome, Chohen-Zardi, Delmas, & Janvoi, 1999). Uiterlijke kenmerken van een jongere kunnen de stemming direct beïnvloeden, bijvoorbeeld doordat de jongere gepest wordt door een uiterlijk kenmerk. Daarnaast kunnen deze kenmerken de stemming ook indirect beïnvloeden door het beeld dat iemand heeft van zijn eigen lichaam. Biologische veranderingen tijdens de puberteit en adolescentie hebben dus een invloed op de psychosociale ontwikkeling van een jongere (Doreleijers, Crone, & Jansen, 2010). Daarnaast hebben veel studies zich gefocust op het effect van vroege biologische rijping bij jongeren. Daaruit blijkt dat vroege rijpheid bij jongens een positief effect heeft op het gevoel van eigenwaarde. Bij meisjes werd eerder een negatief effect gevonden. Verder blijkt uit onderzoek bij adolescente meisjes dat er een samenhang bestaat tussen de 'puberale ontwikkeling' en de hogere score op depressieve gevoelens, angst, stress beleving en verminderd zelfvertrouwen (Huerta & Brizuela- Gamino, 2002). In een ander onderzoek werd gevonden dat de 'puberale ontwikkeling' een minimaal maar een significant effect heeft op de ontwikkeling van probleemgedrag in de vroege adolescentie (Laitinen- Krispijn, Van der Ende, Hazebroek-Kampschreur, & Verhulst, 1999).

De rol van de emotionele ontwikkeling

Ten eerste komt de emotie schaamte tijdens de adolescentie op de voorgrond te staan (Reimer, 1996). Schaamte is een zelfbewuste emotie waarvoor adolescenten extra kwetsbaar zijn. Tijdens de adolescentie zijn de cognitieve vermogens toegenomen waardoor de kans op negatieve zelfevaluaties vergroot. Negatieve zelfevaluaties zijn dan ook een belangrijke bron voor schaamte (Gilbert, zoals geciteerd in Stegge, 2010). Er is dan ook een relatie tussen schaamte-ervaringen en het gevoel van eigenwaarde en de eigen identiteit (Mills, 2005). Een andere belangrijke bron van schaamte zijn negatieve reacties van anderen (Smith, Webster, Parrot, & Eyre, 2002). Schaamtevolle gebeurtenissen kunnen er dan ook voor zorgen dat het gevoel van eigenwaarde wordt aangetast en/of kunnen een bedreiging vormen voor de relatie met anderen. Deze gebeurtenissen vragen dan ook om een oplossing. De emotie schaamte is functioneel, het zet mensen aan om gedrag te gaan stellen dat verergering van de situatie voorkomt (Stegge, 2010). Schaamte is dus de emotie die mensen in staat stelt om hun gevoel van eigenwaarde hoog te houden en acceptatie door andere te garanderen (Mills, 2005). Echter worden schaamtevolle gebeurtenissen niet altijd op een gepaste manier opgelost. Een mogelijk dysfunctioneel reactiepatroon op schaamte is een internaliserend reactiepatroon. Bij dergelijk reactiepatroon wordt de aanval op het zelf en daling in sociale status verinnerlijkt. Men gaat zichzelf negatief beoordelen, proberen zichzelf zoveel mogelijk aan te passen of zich terugtrekken uit sociale interacties. Daarnaast vindt men zichzelf niet de moeite waard en gaat men ervanuit dat andere ook die mening hebben (Elison, Lennon, & Pulos, 2006). Uit onderzoek blijkt dat internaliserende reacties op schaamte gerelateerd zijn aan enkele vormen van psychopathologie zoals angst, depressie en eetstoornissen (Fegurson, Stegge, Miller, & Olsen, 1999). Het zijn problemen die zich voornamelijk voordoen in de adolescentie en verband houden met een negatieve beoordeling door de persoon zelf of door anderen (Mills, 2005). Een longitudinale studie toont aan dat schaamte-gevoeligheid een voorspeller was voor depressieve symptomen die een jaar later verschenen. Deze relatie konden ze verklaren door de vermijdende reacties op schaamtevolle situaties. Met andere woorden het is niet de schaamte-ervaring maar het is de manier waarop men met deze emotie omgaat die bepalend bleek te zijn voor de psychische consequenties (De Rubeis & Hollenstein, 2009).

Verder maken de adolescenten tijdens de adolescentie zich een aantal vaardigheden eigen die ervoor zorgen dat ze het hoofd kunnen bieden aan emotionelen problemen. Echter schieten bij sommige adolescenten deze regulatievaardigheden tekort (Stegge, 2010). Dit tekort kan leiden tot milde of ernstige emotionele problemen (Stegge, 2010). In verschillende studies vindt men dan ook terug dat depressieve klachten stijgen in ernst en frequentie tijdens de adolescentie (Abela & Hankin, 2008). Adolescenten moeten dan ook leren omgaan met lichamelijke veranderingen, een grotere zelfstandigheid die men van hen verwacht, mogelijke tegenstrijdige verwachtingen van ouders en leeftijdsgenoten en de verschillende keuzes die ze moeten maken. Emotieregulatievaardigheden zijn tijdens de adolescentie zeer belangrijk, bijvoorbeeld bij het adequaat aanpakken van een probleem (Stegge, 2010). Uit verschillende studies kan geconcludeerd worden dat adolescenten met depressieve klachten regulatievaardigheden hanteren die de negatieve of depressieve stemming waarschijnlijk zullen verergeren. Deze adolescenten gaan bij problemen eerder een passieve, afwachtende houding aannemen dan het probleem actief te gaan aanpakken of afleiding te gaan zoeken. Daarnaast gaan deze jongeren gaan piekeren over de situatie in plaats van gebruik te maken van positieve herwaardering. Vervolgens hebben deze adolescenten vaak catastroferende gedachten, zoals bijvoorbeeld 'zie je wel, niemand vind mij leuk', 'Ik ben niets waard', 'de toekomst is hopeloos' (Reintjes, Stegge, Meerum Terwogt, Kamphuis, & Telch, 2006b; Reijntjes, Stegge, Meerum

Terwogt, Kamphuis, & Telch, 2006a; Silk, Steinberg, & Morris, 2003; Boer, 2010). Tenslotte zijn deze jongeren, die op moeilijke negatieve emotionele gebeurtenissen reageren met piekeren, passiviteit en vermijding, en die niet beschikken over de gepaste probleemoplossingstechnieken of de cognitieve capaciteit om een probleem in een meer positief licht te plaatsen, minder aantrekkelijk voor hun leeftijdsgenoten (Stegge, 2010). Daarnaast wordt de emotieregulatie bij jongeren ook gekenmerkt door de attributiestijl die de jongeren hanteren. Het begrip attributiestijl verwijst naar de wijze waarop een adolescent gebeurtenissen interpreteert, verklaart en welke factoren hij aan deze gebeurtenissen toekent (Junger, Mesman, & Meeus, 2003). Jongeren met internaliserende problemen hanteren vaak de 'depressieve attributiestijl' (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). Bij deze stijl worden negatieve gebeurtenissen toegeschreven aan het eigen falen (= interne factor), aan veel situaties en gebieden (= globale factor) en aan factoren die altijd hetzelfde zullen blijven (= stabiele factor). Positieve gebeurtenissen bij deze stijl worden toegeschreven aan externe, specifieke en veranderde factoren (Junger, Mesman, & Meeus, 2003). In verschillende studies werd gevonden dat deze onaangepaste attributiestijl voor zowel positieve als negatieve gebeurtenissen gecorreleerd is met een hoger niveau van depressieve symptomen bij kinderen en adolescenten (Gladstone & Kaslow, 1995). Deze stijl hangt ook samen met de begrippen 'aangeleerde hulpeloosheid' en 'externe locus of control'. Deze begrippen verwijzen naar het feit dat de persoon een gebrek heeft aan controle over situaties en dat gebeurtenissen worden toegeschreven aan factoren die buiten de adolescent zelf liggen (Junger, Mesman, & Meeus, 2003). Aangeleerde hulpeloosheid hangt samen met depressie en angst tijdens de kindertijd en adolescentie en kan mogelijk een gevolg zijn van een overbeschermende opvoedingsstijl. Een stijl waardoor het kind niet de kans krijgt om zelfvertrouwen en een gevoel van controle te ontwikkelen (Gladstone & Kaslow, 1995; Chorpita & Barlow, 1998; Costanzo, Miller-Johnson, & Wencel, 1995).

Tenslotte wordt de emotionele ontwikkeling ook gekleurd door de copingstrategie die jongeren verkiezen bij een stressvolle gebeurtenis. De manier waarop jongeren omgaan met stressvolle gebeurtenissen speelt een rol in de ontwikkeling van internaliserende problemen. In verschillende onderzoeken werd er een positief verband gevonden tussen emotiegerichte coping en symptomen van angst en/of depressie. Voor taakgerichte coping werd er een negatieve correlatie of geen correlatie gevonden met symptomen van angst en/of depressie (Miller, Brody, & Summerton, 1988; Suls, Brody, & Summerton, 1985; Flett, Blankstein, & Obertynski, 1996)(Enderler & Parker, zoals geciteerd in Enderler, Parker & Butcher, 2003). Voor de copingstijl 'zoeken naar afleiding' werd er ook een positief verband gevonden met depressieve symptomen. Verder vonden Enderler en Parker (zoals geciteerd in Enderler, Parker & Butcher, 2003) geen correlatie tussen vermijdingsgerichte coping en de verschillende psychopathologische metingen van de YSR. (Youth self Report). Samenvattend kan gesteld worden dat taakgericht coping geacht wordt het meest efficiënt te zijn voor de meerderheid van de stressoren, deze strategie hangt samen met veerkracht en een lager percentage van psychopathologie. Emotiegerichte- en vermijdingsgerichte coping worden geacht minder effectief te zijn omdat ze geen aanzet geven tot verandering (Myers, Fleming, Lancman, Perrine, & Lancman, 2013). Tenslotte maken adolescenten met een lage zelfwaardering vaak gebruik van emotiegerichte coping terwijl adolescenten met een hogere zelfwaardering gebruik maken van probleemgerichte coping. (Mullis & Chapman, 2000)

De rol van ouders

Tijdens de adolescentie speelt het gezin een rol in de psychosociale ontwikkeling van de jongeren. Verschillende factoren hebben een invloed op de ontwikkeling van het zelfbeeld en het ontstaan van internaliserende problemen. Als ouders psychologische controle uitoefenen, een vorm van controle waarbij de ouders het kind proberen te veranderen, kan dit een negatief effect hebben op het adequaat psychosociaal functioneren van de jongeren. Psychologische controle zorgt ervoor dat het kind belemmerd/geremd wordt in de ontwikkeling van autonomie en vormt een riscofactor voor internaliserende problemen. Verder kan de adolescent door deze vorm van controle bang en onzeker worden om zichzelf te zijn en de ouderliefde te verliezen (Barber, 2002).

Het losmaken van de ouders is één van ontwikkelingstaken in de adolescentie, dit is nodig voor het opbouwen van een goede relatie met leeftijdsgenoten en het ontwikkelen van een eigen identiteit. Het gaat over een verminderde kwaliteit van gehechtheid maar de affectieve band met de ouders blijft wel aanwezig tijdens de adolescentie. Bij de meerderheid van de jongeren is de band dan ook niet compleet verbroken (Dekovic & Buist, 2010). Uit onderzoek blijkt dat jongeren met een minder warme relatie met ouders vaker last hebben van depressieve gevoelens (Laible, Carlo, & Rafaelli, 2000; Sentse & Caird, 2010; Beam, Gil-Rivas, Greenberg, & Chen, 2002). Deze bevinding is ook terug te vinden in een studie bij Nederlandse adolescenten (Meeus, Dekovic, & Noom, 1996). Zo kan gesteld worden dat een gebrek aan ondersteuning en monitoring gerelateerd is aan internaliserende problemen. Tenslotte kan ook extreem schadelijk gedrag, zoals lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik, in verband gebracht worden met problemen die adolescenten kunnen ervaren tijdens de adolescentie (Fischer, et al., 1997; Garnfski & Diekstra, 1997).

Conflicten met ouders tijdens de adolescentie zijn niet abnormaal maar er is wel een verband tussen ernstige conflicten en externaliserende en internaliserende probleemgedrag zoals delinquentie, agressie en lage zelfwaardering (Sentse & Caird, 2010; Burt, Krueger, McGue, & Lacono, 2003; Beam, Gil-Rivas, Greenberg, & Chen, 2002).

De rol van gebeurtenissen en het niveau van onderwijs

Uit onderzoek blijkt dat bepaalde levensgebeurtenissen samenhangen met depressieve stemmingen en zelfwaardering. Zo hebben jongeren een minder positief zelfbeeld als hun ouders het afgelopen jaar gescheiden zijn. Daarnaast beoordelen jongeren zichzelf ook negatiever als ze problemen hebben met schoolresultaten alsook vertonen ze meer depressieve stemmingen (Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000). Verder blijkt er een relatie te zijn tussen zelfbeeld en het type van onderwijs. Zo blijkt in een onderzoek dat het jongeren van de BSO een lager zelfbeeld hebben in vergelijking met jongeren van het ASO en het KSO. Het zelfbeeld van de jongeren van het TSO bevindt zich middenin (Vettenburg, Deklerck, & Siongers, 2010).

1.2.3 Sekseverschillen

Zelfbeeld

Verscheidene onderzoeken tonen aan dat er een verschil bestaat tussen het gevoel van zelfwaarde bij jongens en meisjes. Doorgaans stelt men vast dat het zelfwaardegevoel van jongens hoger is dan het zelfwaardegevoel van meisjes (Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000; Elchardus, et al., 1999; Huysmans, 2007). Niettemin zijn er ook onderzoeken die deze bevinding niet bekrachtigen (Milyamoto, et al., 2001). Daarnaast zou zowel bij jongens als bij meisjes de relatie met de ouders een significant effect hebben op het zelfwaardegevoel van de jongeren. In een zelfde onderzoek werd gevonden dat er een verband was tussen het aantal vrienden en het zelfwaardegevoel bij jongens. Dit verband

werd niet teruggevonden bij meisjes (Op de beeck, 2009). Harter (1983) stelt dan ook dat het gevoel van eigenwaarde bij meisjes positief gerelateerd is aan warmte en acceptatie van ouders en de mate waarin onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid worden aangemoedigd. Terwijl het gevoel van eigenwaarde bij jongens voornamelijk gerelateerd is aan de bevestiging die ze krijgen van leeftijdsgenoten (Harter, zoals geciteerd in Hooge, Dacaluwe en Goosens; 2000).

Internaliserende problemen

Angstproblemen en depressieve problemen komen in de kindertijd evenveel voor bij jongens als bij meisjes (Rutter, Caspi, & Moffit, 2003). Tijdens de adolescentie daarentegen zien we dat meisjes meer dan jongens deze problemen vertonen (Rutter, Caspi, & Moffit, 2003; Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991; Boer, 2010; Junger, Mesman, & Meeus, 2003). Op vlak van depressieve stemmingen worden deze bevindingen bevestigd in een studie van Hooge, Decaluwe en Goosens (2000), die de 'Center for Epidemiologic Studies Depressies Scale' afgenomen hebben bij ongeveer 5000 jongeren tussen de 12 en 18 jaar. Dit zou mogelijks te verklaren zijn door de verschillende manier waarop jongens en meisjes reageren op een emotioneel geladen situaties. Meisjes zouden gaan piekeren over de situatie terwijl jongens eerder opteren om afleiding te gaan zoeken (Boer, 2010; Stegge, 2010). Daarnaast zou dit verschil verklaard kunnen worden aan de hand van biologische componenten. Zo hebben meisjes een negatiever beeld van hun lichaam in vergelijking met jongens (Kovacs, Obrosky, & Sherill, 2003). Ook de hormonale veranderingen van de pubertiet, die de behoefte aan intiem menselijk contact vergroten, zouden ervoor zorgen dat meisjes gevoeliger zijn voor afwijzing (Boer, 2010). Op het gebied van angstproblemen zou het gevoel van controle dat een jongere heeft over de omgeving een mogelijke verklaring kunnen vormen voor het feit dat meer meisjes angstproblemen vertonen in vergelijking met jongens. Bij bedreigende gebeurtenissen gaan meisjes zich immers daarin eerder hulpeloos voelen dan jongens (Boer, 2010).

1.2.4 Stabiliteit van internaliserende problemen en zelfbeeld

Zelfbeeld

In de literatuur wordt veelal een daling gerapporteerd in het gevoel van eigenwaarde gedurende de adolescentie. Er wordt vooral een hoog zelfbeeld gerapporteerd in de kindertijd, dat dan gevolgd wordt door een daling tijdens de adolescentie. Doorheen de volwassenheid is er een stijging in het zelfbeeld waarop opnieuw een daling volgt op oudere leeftijd (Op de beeck, 2009; Robbins & Trzensniewski, 2005; Vettenburg, Deklerck, & Siongers, 2010). Niettemin vindt men in de literatuur ook auteurs die rapporteren dat het zelfbeeld bij de meeste adolescenten toeneemt (Twenge & Campbell, 2001).

Het zelfbeeld kan voortdurend veranderen, afhankelijk van de gebeurtenissen die plaatsvinden in het leven van iemand (Brybaert, 2006). Ondanks dit gegeven kent het zelfbeeld een rangordestabiliteit. Het ontwikkelingsverloop van deze stabiliteit wordt in verschillende studies gekenmerkt door een lage stabiliteit op vlak van zelfbeeld gedurende de kindertijd gevolgd door een stijging in stabiliteit tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid. Verder wordt er op middelbare en ouder leeftijd een daling gerapporteerd in stabiliteit (Donnellan, Trzensniewski, Conger, & Conger, 2007; Robbins & Trzensniewski, 2005; Trzensniewski, Donnellan, & Robbins, 2003). Op basis van deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat het aangewezen is om zo vroeg mogelijk te interveniëren bij een verstoorde ontwikkeling van het zelfbeeld (Berk, 2010).

Internaliserende problemen

Bij adolescenten treden er meer depressieve verschijnselen op vergeleken met de kindertijd. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat adolescenten negatieve gebeurtenissen meer bewust ervaren dan kinderen. De toegenomen mogelijkheden tot zelfreflectie en zelfboordeling hangt dan ook samen met de toename van depressie tijdens de adolescentie. Tenslotte is er over leeftijdsverschillen bij depressie weinig bekend (Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000).

Hoofdstuk 2: Onderzoeksvragen

Het opzet van de voorliggende studie is om de werkzaamheid van focusingtrainingen na te gaan bij adolescenten in residentiële en ambulante begeleiding. Gedurende deze trainingen wordt er met de vaardigheid ‘focusing’ gewerkt, zoals ontwikkeld door Eugene Gendlin. Het doorlopen van het focusingproces zou er voor zorgen dat er gedragsveranderingen optreden. Dit laatste is gebaseerd op de theorie van persoonlijkheidsverandering volgens Eugene Gendlin, die een persoonlijkheid ziet als iets dat veranderbaar is (Vanaerschot & Lietaer, 2008b). Focusing wordt in verschillende leef- en werkgebieden toegepast met als doel het bereiken van (gedrags- en persoonlijkheids-) veranderingen. In de literatuur vindt men illustraties van het proces dat doorlopen wordt bij focusing en de eventuele waargenomen gedragsveranderingen. Het gaat over individuele cases waarbij de vaardigheid focusing wordt toegepast voor een specifieke situatie (Santen, 1988; Verliefde & Stapert, 2003). In de literatuur zijn er echter nog weinig resultaten beschikbaar over de werkzaamheid van focusingtrainingen. Met deze studie willen we een aanvulling bieden op het onderzoek van Erwin Vlerick. Hij voerde een onderzoek bij adolescenten met weinig zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld, die focusingtrainingen volgde in zijn ambulante privépraktijk. (Vlerick, 2009). Daarnaast startte Erwin Vlerick in 2011 een project in samenwerking met een residentiële voorziening, waar het trainingsprogramma werd aangeboden. Daarnaast beschikken focusingtrainers nog niet over een geschikt instrument om na te gaan of adolescenten de vaardigheid focusing beheersen. Een eerste stap in de richting van een dergelijk instrument werd gezet door psychotherapeut Erwin Vlerick. Hij ontwikkelde een Focusing Check List voor Adolescenten (Vlerick, 2009), een instrument om na te gaan in welke mate adolescenten de focusingstappen en -vaardigheden beheersen. Dit instrument is echter nog niet genormeerd. Het is dan ook een uitdaging voor dit onderzoek om na te gaan hoe bruikbaar dit instrument is.

Bovenstaande brengt ons bij volgende onderzoeksvragen:

- Zijn er veranderingen in het gedrag en/of persoonlijkheid merkbaar na het volgen van focusingtrainingen? En is er een verschil naargelang het type van begeleiding?
- Is de Focusing Check List voor Adolescenten een bruikbaar instrument om na te gaan of adolescenten de vaardigheid focusing beheersen?

Hoofdstuk 3: Methodologie

3.1 Steekproef

De werkzaamheid van focusingtrainingen is bestudeerd in een steekproef van jongeren tussen de 13 en 18 jaar die focusingtrainingen volgde (N= 30) bij psycholoog-psychotherapeut Erwin Vlerick (= erkend focusingtrainer-supervisor). De totale groep bestaat uit 30 adolescenten waaronder 13 meisjes en 17 jongens. De adolescenten die deelnamen aan de focusingtrainingen waren doorverwezen door Erwin Vlerick vanuit zijn praktijk of verbleven in de residentiële voorziening de Walhoeve. Er volgen 8 participanten algemeen secundair onderwijs, 6 technisch secundair onderwijs, 14 beroepssecundair onderwijs, 1 buitengewoon lager onderwijs en 1 participant volgt geen onderwijs. In de voorliggende studie zal de totale groep ook nog eens onderverdeeld worden in twee subgroepen. Meer specifiek maken we een onderscheid tussen de participanten die de focusingtrainingen volgden in een ambulante privépraktijk en de participanten die deelnamen aan de focusingtrainingen in een residentiële voorziening. Er wordt gekozen voor deze onderverdeling met als doel om na te gaan of een mogelijke werkzaamheid van focusingtrainingen verschilt naargelang het type van begeleiding.

De subgroep adolescenten uit de ambulante privépraktijk bestaat uit 20 participanten. Het gaat over adolescenten die de focusingtrainingen volgden in 2011, 2012 of 2013. Deze subgroep bestaat uit jongeren met een leeftijd tussen de 14 en 18 jaar (\bar{x} = 16,7) waaronder 11 meisjes en 9 jongens. Er volgen 7 participanten algemeen secundair onderwijs, 4 technisch secundair onderwijs, 8 beroepssecundair onderwijs en 1 participant volgt geen onderwijs.

De subgroep adolescenten uit de residentiële voorziening bestaat uit 10 participanten. Deze jongeren verblijven in de Walhoeve, een instelling binnen het gebied bijzondere jeugdzorg die jongeren opvangt omwille van een problematische opvoedingssituatie of die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd. Het zijn jongeren met een leeftijd tussen de 13 en 16 jaar (\bar{x} = 14,7) waaronder 2 meisjes en 8 jongens. Vervolgens volgt 1 participant algemeen secundair onderwijs, 2 technisch secundair onderwijs, 6 beroepssecundair onderwijs en 1 buitengewoon lager onderwijs.

Omwille van ontbrekende vragenlijsten en/of foutief ingevulde vragenlijsten moesten er een aantal participanten (8 van de 30) uit het onderzoek verwijderd worden. In tabel 1 wordt er een overzicht gegeven van de gemiddelde leeftijd, studierichting en geslacht van de participanten die deel uitmaken van het onderzoek. De totale groep bestaat uit 22 participanten met een leeftijd tussen de 13 en 18 jaar (\bar{x} = 16,0) waaronder 11 jongens en 11 meisjes. Verder volgen 7 participanten algemeen secundair onderwijs, 3 participanten technisch secundair onderwijs, 11 participanten beroepssecundair onderwijs en 1 participant volgt geen onderwijs. In tabel 1 wordt ook een overzicht gegeven van de subgroepen afzonderlijk. De subgroep participanten uit de residentiële begeleiding bestaat uit 7 adolescenten met een leeftijd tussen de 13 en 16 jaar (\bar{x} = 14,7). Deze groep bestaat uit 2 meisjes en 5 jongens. Verder volgt 1 participant algemeen secundair onderwijs, 1 technische secundair onderwijs en 5 beroepssecundair onderwijs. De subgroep participanten uit de ambulante begeleiding telt 15 jongeren met een leeftijd tussen de 14 en 18 jaar (\bar{x} = 16,6). Deze subgroep bestaat uit 9 meisjes en 6 jongens. Vervolgens volgen 6 participanten algemeen secundair onderwijs, 2 technisch secundair onderwijs, 6 beroepssecundair onderwijs en 1 participant volgt geen onderwijs.

Tabel 1: Overzicht participanten naar leeftijd, geslacht en studierichting

| | | Tot. Participanten (N= 22) | Residentiële begeleiding (N= 7) | Ambulante begeleiding (N= 15) |
|------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Leeftijd | Range leeftijd | 13-18 | 13-16 | 14-18 |
| | Gemiddelde leeftijd | 16 | 14,7 | 16,6 |
| Geslacht | Meisjes | 11 | 2 | 9 |
| | Jongens | 11 | 5 | 6 |
| Studie-richting | ASO | 7 | 1 | 6 |
| | TSO | 3 | 1 | 2 |
| | BSO | 11 | 5 | 6 |
| | Andere | 1 | 0 | 1 |

Tenslotte moet nog vermeld worden dat bij de analyse van de vragenlijsten, meer specifiek bij de CBCL en de YSR, één participant (van de participanten van de uiteindelijke analyse) moest verwijderd worden omdat er geen profiel van de jongeren kon worden opgesteld. Het gaat over een jongen die deel uitmaakt van de subgroep adolescenten uit de ambulante privépraktijk. Deze jongeren wordt echter niet verwijderd voor de vragenlijsten die worden gebruikt voor het bestuderen van de werkzaamheid van focusingtrainingen.

3.2 Procedure

De data voor het bestuderen van de werkzaamheid van focusingtrainingen werd verzameld door psycholoog- psychotherapeut Erwin Vlerick (= een erkend focusingtrainer- supervisor). Erwin Vlerick geeft focusingtrainingen in zijn ambulante privépraktijk en in de residentiële voorziening de Walhoeve. Bij de aanvang van de focusingtrainingen werd aan de adolescenten uit beide subgroepen gevraagd om volgende vragenlijsten in te vullen: CBSA, CISS, RS-nl, FCL-A en YSR. Aan de ouders van de participanten werd gevraagd om de CBCL in te vullen. Beide subgroepen doorlopen hetzelfde programma. De focusingtrainingen bestonden uit 8 trainingen van 120' voor de participanten uit de ambulante privépraktijk en 10 trainingen van 90' voor de participanten uit de residentiële voorziening. Er werd tijdens de trainingen gewerkt met focusing zoals dat door Eugène Gendlin ontwikkeld is (cfr. Literatuur). Tijdens deze trainingen maakten de jongeren kennis met het concept 'felt sense', werden de focusingstappen en vaardigheden aangeleerd en leerden ze hun innerlijke criticus beschrijven alsook er mee omgaan. Een uitgebreid overzicht van de inhoud van de focusingtrainingen vindt u terug in bijlage A. Het opzet van de trainingen bestond erin om de jongeren beter contact te leren maken met hun gevoelens en anders om te gaan met de kritische, veeleisende of remmende houding tegenover zichzelf. In bijlage A wordt er een ruimere omschrijving gegeven van de doelstellingen van de focusingtrainingen. Tenslotte werd er na de focusingtrainingen aan de adolescenten gevraagd om opnieuw volgende vragenlijsten in te vullen: CBSA, CISS, RS-nl en FCL-A. Er zal in dit onderzoek gebruik gemaakt worden van een pre-post design zonder controlegroep.

3.3 Instrumenten

In wat volgt lichten we de verschillende instrumenten toe die werden ingezet om de werkzaamheid van focusingtrainingen na te gaan. Rekening houdend met de doelstellingen van focusingtrainingen, meer specifiek met de doelstelling ‘ontwikkelen gevoel van eigenwaarde en oplossingsvermogen’ werd gekozen voor volgende instrumenten: CBSA, RS-nl, CBCL, YSR en FCL-A.

3.3.1 De Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA)

De Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten, een uitbreiding van de Competentie Belevingsschaal voor Kinderen, is de Nederlandstalige bewerking van het Self Perception Profile for Adolescents. Aan de hand van deze schaal kan er een beeld verkregen worden van de competenties op een zestal gebieden alsook van het globaal gevoel van eigenwaarde zoals beoordeeld door de adolescent zelf. De schaal bevat zeven subschalen elk bestaande uit 5 items. Het gaat over de subschalen; schoolvaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning, gedragshouding, hechte vriendschap en gevoel van eigenwaarde. Een korte typering van de CBSA schalen is terug te vinden in bijlage B. Verder is de schaal genormeerd voor Vlaamse en Nederlandse adolescenten tussen de 12 en 18 jaar die voortgezet onderwijs volgen (Goedhart, Treffers, Veerman, Ackaert, & de Rycke, 2002).

Op vlak van factorstructuur werd onderzoek gevoerd naar de goodness- of- fit van het zesfactoren- model, de indeling van de items in zes specifieke domeinen van competentiebeleving. Zo blijkt dat het zesfactoren- model matig tot goed past bij de gegevens van de Vlaamse onderzoeksgroep, als de respondenten met veel extreme scores uit de analyse verwijderd worden. Verder werd er op vlak van begripsvaliditeit onderzoek gevoerd of er een verband bestaat met angst, depressie en lichamelijke klachten. Onderzoek in een Nederlandse en Vlaamse steekproef tonen negatieve correlaties (van zwak over matig sterk tot sterk) tussen de CBSA schaalscores en de scores op de vragenlijsten die peilen naar angst, depressie en lichamelijke klachten. Verder wordt de CBSA gekenmerkt door een hoge test-hertestbetrouwbaarheid, de test-hertest correlaties zijn voor alle schalen hoog (Pearson correlaties tussen de 0,67 en 0,87). Tenslotte meet de CBSA relatief stabiele eigenschappen (Goedhart, Treffers, Veerman, Ackaert, & de Rycke, 2002).

Voor de scoring kan men gebruik maken van het scoringsformulier achteraan de vragenlijst. Elk antwoord krijgt een score van 0 tot 4. Het meest competente antwoord krijgt een score van 4 en het minst competente antwoord krijgt de waarde 1. De jongeren met een score van 3 of 4 rekenen zichzelf respectievelijk een beetje of helemaal tot de groep die een hoge competentiebeleving bezit. De jongeren met een score van 1 of 2 rekenen zichzelf respectievelijk een beetje of helemaal tot de groep die een lage competentiebeleving bezit. Voor het berekenen van de totaalscore voor elke subschaal kan men gebruik maken van het scoringsformulier. Voor elke subschaal is de minimale ruwe score 5 en de maximale ruwe score 20. Deze ruwe scores kunnen met behulp van normtabellen omgezet worden in percentielscores. In dit onderzoek zal er gebruik gemaakt worden van de ruwe scores, de percentielscores worden eerder gebruikt voor het interpreteren van individuele scores. Tenslotte wordt er bij de CBSA geen totaalscore berekend (Goedhart, Treffers, Veerman, Ackaert, & de Rycke, 2002).

Bij de scoring van de vragenlijsten zijn er vaak ontbrekende of ambigue antwoorden. Wanneer er minimum 3 van de 5 items van een subschaal correct zijn ingevuld wordt er alsnog een score berekend voor de schaal.

3.3.2 Resilience Scale- Nederlandse versie (RS-nl)

De Resilience Scale is een instrument dat de mate van resilience (= mentale veerkracht), die bij een persoon aanwezig is, poogt in te schatten. De RS-nl is geen vertaling van de RS maar is eerder gebaseerd op de RS van Wagnild. De vragenlijst is geschikt voor adolescenten en volwassenen vanaf 16 jaar. De respondenten worden gevraagd om aan te geven in welke mate ze al dan niet eens zijn met een bepaalde uitspraak. Deze vragenlijst is opgedeeld in twee subschalen namelijk: 'persoonlijke competentie' en 'acceptatie van zichzelf en het leven' (Pearson, sd).

Op vlak van factorstructuur werd er gekozen voor een twee factoren-model zoals bij Wagnild en Young. Op basis van de vijf kenmerken ('gebalanceerdheid', 'doorzettingsvermogen', 'zelfvertrouwen', 'zinvolheid' en 'existentiële eenzaamheid') van resilience die Wagnild en Young haalde uit hun initiële interviews, kenmerken die ook werden gebruikt bij de constructie van de 25 items van de RS, kan men geneigd zijn te denken dat het resultaat van een factoranalyse zou wijzen op een solide 5-factorenstructuur. Deze verwachting kon in onderzoek echter niet bekrachtigd worden vandaar de keuze van een twee factoren-model. Op vlak van begripsvaliditeit wijst onderzoek, in een Vlaamse steekproef van 3265 algemene respondenten (gecorrigeerd naar geslacht, opleiding en regio) en 319 residentiële patiënten, erop dat er significante correlaties (zowel negatieve als positieve correlaties) zijn tussen de schalen van de RS-nl en alle domeinen van de Utrechtse coping lijst. Verder wijst het onderzoek er ook op dat er een sterke negatieve correlatie bestaat tussen de totaalscore van de RS-nl en de BHS score, een vraaglijst die peilt naar de mate van hopeloosheidsgevoelens. Tenslotte is er op vlak van test-hertest betrouwbaarheid in een onderzoek een zeer hoge test-hertest betrouwbaarheid gevonden ($r = 0,90$) over een periode van 3 maanden (Gall & Portzky, 2008).

De vragenlijst bestaat uit 25 items, bij elk item met uitzondering van item 11 geldt een zelfde verdeling van punten. Het antwoord 'helemaal oneens' levert een score van 1 punt op, antwoord 'gedeeltelijk oneens' 2 punten, 'gedeeltelijk eens' 3 punten en 'helemaal eens' 4 punten. Bij item 11 geldt het omgekeerde. De somscore van alle 25 items levert de totaalscore van de RS-nl op. De scores van de items die opgeteld dienen te worden om een score te bekomen voor de subschalen 'persoonlijke competentie' en 'acceptatie van zichzelf en het leven' zijn weergegeven op het zelfscoringsformulier. Op basis van de normtabellen kan men de T-score berekenen voor zowel de totaalscore als de subschalen. Met behulp van deze T-scores kan men een inschatting maken inzake de 'positie' van de respondent tegenover de algemene normatieve gemiddelde horende bij een bepaalde normgroep (Gall & Portzky, 2008). In dit onderzoek zullen de ruwe scores gebruikt worden, de T-scores kunnen dan weer gebruikt worden voor de interpretatie van individuele scores.

Bij de scoring van de vragenlijsten zijn er vaak ontbrekende of ambigue antwoorden. Wanneer er 3 of minder items oningevuld zijn of een ambigue antwoord hebben wordt er voor ieder ontbrekende of ambigue antwoord een score van 3 gegeven. Indien meer dan 3 items geen of een ambigue antwoord hebben wordt er geen score berekend voor die adolescent (Gall & Portzky, 2008).

Een lage totaalscore betekent dat de persoon weinig mentale veerkracht heeft. Het zijn personen die opgeven wanneer ze enige weerstand of tegenslag ondervinden. Hierbij verwijzen ze vaak naar een 'externe locus of control'. Deze personen hopen dat anderen hun problemen wel zullen oplossen. Daarnaast hebben deze personen ook weinig zelfvertrouwen en doen ze vaak voorspellende uitspraken over het 'wederom' vermoedelijk falen over stappen die ze zullen ondernemen. Vervolgens hebben ze een

ongebalanceerde kijk op het leven en focussen ze meer op negatieve ervaringen. Tenslotte vinden ze het leven en hun inspanningen om het leven zo zinvol mogelijk te maken weinig waardevol (Gall & Portzky, 2008).

3.3.3 De Child Behavior Checklist (CBCL, 6-18 jaar) en de Youth Self Report (YSR, 11-18 jaar)

De YSR en CBCL zijn testen die ontwikkeld zijn door Achenbach en zijn onderdeel van de ASEBACH (Achenbach System of Empirically Based Assessment) vragenlijsten. Achenbach ontwikkelde een aantal instrumenten waarmee snel en efficiënt probleemgedrag en vaardigheden van kinderen, jeugdigen en volwassenen vastgesteld kunnen worden. Deze vragenlijsten bevatten vragen over vaardigheden en emotionele- en gedragsproblemen. De vragen die peilen naar vaardigheden vormen de vaardigheidsschalen. De vragen over gedrag vormen de probleemschalen. Er zijn drie soorten probleemschalen meer specifiek; de syndroomschalen, DSM-schalen en de 2007- schalen. (Verhulst & Van der Ende) Een overzicht van de probleemschalen van de CBCL en YSR zie bijlage C. In dit onderzoek ligt de focus op de syndroomschalen van de vragenlijsten.

In wat volgt wordt er voornamelijk ingegaan op de psychometrische eigenschappen van de syndroomschalen. Wat betreft de factorstructuur zijn de syndroomschalen tot stand gekomen door het uitvoeren van een exploratieve factoranalyse en confirmatieve factoranalyse van de probleemitems van de CBCL en YSR, voor elke vragenlijst afzonderlijk. Een factoranalyse van een onderzoek bij kinderen uit de algemene bevolking van de VS en kinderen uit een instelling voor geestelijke gezondheidszorg leverde 8 factoren op. Verder werd er nagegaan of de voor de Amerikaans gevonden factorenstructuur vergelijkbaar is met die voor populaties Nederlandse kinderen. Er werd gevonden dat deze 8 syndroomstructuur ook goed toepasbaar was voor deze populatie. Op vlak van begripsvaliditeit wijst onderzoek erop dat er correlaties bestaan tussen de ASEBA-schalen en een DSM-IV checklist met DSM symptomen. Deze correlaties variëren van 0,49 tot 0,80. Verder werd er op vlak van test-hertestbetrouwbaarheid voor de meeste probleemschalen hoge correlaties gevonden. Er zijn echter wel een aantal correlaties lager dan 0,75. Daarnaast werd er voor verschillende schalen (vooral van de TRF en CBCL) een significante lagere score gevonden bij de hertest versus eerste afname (Verhulst & Van der Ende).

De scoring van de vragenlijsten is aan de hand van het computerprogramma 'Assessment Data Manager' uitgevoerd. Voor elke participant wordt er een profiel opgesteld. Wanneer er teveel ontbrekende antwoorden zijn kan er geen profiel aan de hand van het programma worden opgemaakt. Verder indiceert een klinische score of grens klinische score op een syndroomschaal dat de respondent (ouders/één van de ouders/kind) meer problemen rapporteert dan normaal gezien door de ouders/kind wordt gerapporteerd voor een jongen of meisje tussen de 12 en 18 jaar, in het bijzonder voor die probleemschaal.

3.3.4 De Focusing Check List voor Adolescenten (FCL-A)

De FCL-A is een vragenlijst ontworpen door Erwin Vlerick in 2003 en is momenteel nog niet genormeerd. Het opzet van de vragenlijst is om na te gaan in welke mate jongeren focusingstappen en -vaardigheden beheersen. De adolescenten beoordelen de frequentie op een 4-puntenschaal. De items worden ondergebracht in zes schalen; lichaamsbewustzijn, een felt sense, uitnodigen/ontvangen, een handvat vinden, resoneren, erbij blijven/vragen en ruimte maken. Er is echter nog geen factoranalyse uitgevoerd om de structuur van de vragenlijst te evalueren (Vlerick, 2009).

3.3.5 De coping inventory for Stressful situations (CISS-nl)

De Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) is een van oorsprong Canadees instrument (Endler&Parker, zoals geciteerd in Van Hecke & De Ridder, 1999). Het is een vragenlijst die afgenomen kan worden voor het meten van multidimensionele coping. De respondenten worden gevraagd om aan te geven hoe zij in het algemeen omgaan met stresserende situaties. Op die manier krijgt men een beeld van de copingstijlen van de respondenten. De CISS bestaat uit drie hoofdschalen en twee subschalen, die ontwikkeld zijn op basis van theoretische en empirische gronden. Elke schaal wordt door de respondent beoordeeld op een vijfpuntenschaal, lopende van helemaal niet tot heel erg sterk. Op die manier bekomt men een score voor volgende copingstijlen: taakgerichte coping, emotiegerichte coping en vermijdingsgerichte coping. De vermijdingsgerichte coping kan nog eens onderverdeeld worden in afleiding zoeken en gezelschap zoeken (Van Hecke & De Ridder, 1999). De omschrijving van de drie hoofdschalen zijn terug te vinden in tabel 2.

Tabel 2: Omschrijving van de drie hoofdschalen

| Schaal | Omschrijving |
|----------------------------|---|
| Taakgerichte coping | Het zoeken naar effectieve oplossingen in stresserende, moeilijke of enerverende situaties. |
| Emotiegerichte coping | Het uiten van emoties zoals bijvoorbeeld zichzelf verwijten en boos worden om stress te reduceren. (deze emotionele reacties zijn niet noodzakelijkerwijs succesvol) |
| Vermijdingsgerichte coping | Het vermijden van stresserende situaties door bijvoorbeeld afleiding te zoeken of gezelschap te zoeken |

Op vlak van factorstructuur werd er op basis van onderzoek gekozen voor de factorstructuur van 3 factoren zoals bij de Canadese CISS. Het gaat over volgende drie factoren: taakgerichte coping, emotiegerichte coping en vermijdingsgerichte coping. Verder werden de 16 items van elke schaal afzonderlijk gefactoranalyseerd. De schalen emotiegerichte coping en taakgerichte coping bleken slechts uit één factor te bestaan. De vermijdingsgerichte coping daarentegen bleek uit 2 factoren te bestaan, namelijk afleiding zoeken en gezelschap zoeken. Hierbij dient opgemerkt te worden dat niet alle items van de vermijdingsgerichte coping opgenomen worden bij de berekening van de subschalen gezelschap zoeken en afleiding zoeken. Tenslotte zijn de laatste bevindingen ook terug te vinden bij de Engelstalige versie van de CISS. Op vlak van begripsvaliditeit werd er in een studie bij 101 werknemers met een gemiddelde leeftijd van 39,4 jaar nagegaan of er correlaties bestaan tussen de CISS-nl en de COPE (een meetinstrument om coping in kaart te brengen). De schaal taakgerichte coping blijkt positief samen te hangen met COPE-schalen die beschouwd kunnen worden als taak- of probleemgericht. Voor deze schaal werd er een negatieve correlatie gevonden met de meer emotiegerichte strategieën. De schaal vermijdingsgerichte coping vertoont gelijkenissen met de bevindingen voor de schaal taakgerichte coping. Wat betreft de schaal emotiegerichte coping blijkt er een sterk positieve correlatie te zijn met COPE-schalen die beschouwd kunnen worden als emotiegerichte coping. Deze bevinding laat zien dat de emotiegerichte schaal van de CISS een wat meer negatieve manier van omgaan met emoties weergeeft. Vervolgens werd er ook nagegaan of er een correlatie bestaat tussen de schalen van CISS en de Hardiness vragenlijst van Mardi (= weerspiegelt de psychologische weerbaarheid en veerkracht). De componenten uitdaging, betrokkenheid en controle alsook de totaalscore hangen positief

samen met taakgerichte coping en negatief met emotiegerichte coping. Het patroon voor de schaal vermijdingsgerichte coping is vergelijkbaar met dat van taakgerichte coping met uitzondering dat er geen relatie werd gevonden met de component uitdaging. Tenslotte werd er op vlak van test-hertestbetrouwbaarheid hoge correlaties gevonden. Enkel voor de schaal vermijdingsgerichte coping en de subschaal afleiding zoeken is de correlatie iets lager dan 0,70 (Van Hecke & De Ridder, 1999).

Voor de drie hoofschalen elk bestaande uit 16 items krijgen we een ruwe score die een reikwijdte heeft die loopt van 16 tot 80. Voor de subschaal afleiding zoeken bestaande uit 8 items krijgen we een ruwe score die een reikwijdte heeft die loopt van 8 tot 40. Voor de subschaal gezelschap zoeken bestaande uit 5 items krijgen we een ruwe score die een reikwijdte heeft die loopt van 5 tot 25. Er wordt geen totaalscore berekend bij de CISS. Aan de hand van de normtabellen kunnen de ruwe scores omgezet worden in normgegevens. De normeringsschaal is geordend in zeven categorieën, gebaseerd op percentielscores. De categorieën zijn: zeer hoog, hoog, boven gemiddeld, gemiddeld, beneden gemiddeld, laag en zeer laag. Zo wijst bijvoorbeeld “hoog” op een hoge frequentie van een bepaalde copingactiviteit. In dit onderzoek zal gewerkt worden met de ruwe scores die de jongeren behaalde op de schalen van de CISS (Van Hecke & De Ridder, 1999).

Bij de scoring van de vragenlijsten zijn er vaak ontbrekende of ambigue antwoorden. Wanneer er 5 of minder items oningevuld zijn of een ambigue antwoord hebben (meer dan 1 antwoord ingevuld) wordt er voor ieder ontbrekend of ambigue antwoord een score van 3 toegekend. Indien meer dan 5 items geen of een ambigue antwoord kennen wordt er geen score berekend voor die adolescent (Van Hecke & De Ridder, 1999).

3.4 Data-analyse

Voor de statistische analyse wordt er in dit onderzoek gebruik gemaakt van SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences). De p-waarde (significantie) kleiner dan $\alpha = 0,05$ wordt beschouwd als significant voor alle analyses. Voor onderzoeksvraag 1 worden eerst de analyses uitgevoerd voor de totale groep (N= 22), gevolgd door afzonderlijke analyses voor beide subgroepen. Bij onderzoeksvraag 2 wordt de analyse uitgevoerd voor de totale groep (N= 13) nadat er 9 participanten worden verwijderd uit de groep die samengesteld is voor de uiteindelijke analyse. De participanten worden verwijderd omwille van teveel ontbrekende antwoorden en/of ontbrekende vragenlijsten van de FCL-A.

Voor onderzoeksvraag 1 ('Zijn er veranderingen in het gedrag en/of persoonlijkheid merkbaar na het volgen van focusingtrainingen? En is er een verschil naargelang het type van begeleiding?') worden de gemiddelde scores berekend van de schalen van de instrumenten die werden afgenomen bij de adolescenten. Meer specifiek voor de zeven schalen van de CBSA, de verschillende copingstrategieën en de schalen van de RS-nl. De gemiddelde scores worden zowel voor de focusingtrainingen als na de focusingtrainingen berekend voor de totale groep alsook voor de twee subgroepen afzonderlijk. Om na te gaan of er verschil bestaat tussen de scores van de twee subgroepen wordt er gekozen voor de Wilcoxon rank-sum test of Mann-Whitney test, een non-parametrische equivalent van de parametrische onafhankelijke t-test. De onafhankelijke t-test steunt op het principe van het vergelijken van gemiddelden. Deze test kan in het onderzoek echter niet gebruikt worden omdat er niet voldaan wordt aan de assumpties van parametrische testen, zo is bijvoorbeeld het aantal participanten kleiner dan 30. De Wilcoxon rank-sum test of Mann-Whitney test zijn beide gebaseerd op het principe van 'het ordenen van data van laag naar hoog' en rangordenummers. Vervolgens wordt er voor het vergelijken van de scores voor de focusingtrainingen met de scores na de focusingtrainingen gekozen voor de Wilcoxon-

signed rank test, een non-parametrische equivalent van de parametrische afhankelijke t-test. Een test die gebaseerd is op hetzelfde principe als de Wilcoxon rank-sum test en Mann-Witney test. Verder wordt er bij deze onderzoeksvraag de frequenties berekend van de syndroomschalen van de CBCL en YSR.

Voor onderzoeksvraag 2 ('Is de Focusing Check List voor Adolescenten een bruikbaar instrument om na te gaan of adolescenten de vaardigheid focusing beheersen?') wordt er een factoranalyse uitgevoerd om de structuur van de vragenlijst te evalueren. Verder wordt de interne consistentie van de items na gegaan aan de hand van de Cronbachs alfa correlatie. Tenslotte wordt er nog een vergelijking gemaakt tussen de scores voor en na de focusingtrainingen, hiervoor wordt de non-parametrische test Wilcoxon signed-rank test uitgevoerd.

Hoofdstuk 4: Resultaten

4.1 Onderzoeksvraag 1: ‘Zijn er veranderingen in het gedrag en/of persoonlijkheid merkbaar na het volgen van focusingtrainingen? En is er een verschil naargelang het type van begeleiding?’

4.1.1 Eigenschappen adolescenten voor de focusingtrainingen

De adolescenten die deelnamen aan de focusingtrainingen worden gekenmerkt door een aantal specifieke eigenschappen betreffende hun gedrag en/of persoonlijkheid. De meerderheid van de participanten vertonen internaliserende problemen en tonen voornamelijk angstig/depressief en teruggetrokken/depressief gedrag. In tabel 3 wordt er een overzicht gegeven van de frequentie van het voorkomen van een subklinische tot klinische score voor een aantal syndroomschalen van de YSR en de CBCL. Op basis van deze tabel kan er geconcludeerd worden dat niet alleen de meerderheid van de ouders aangeeft dat hun kind internaliserende problemen vertoont maar ook jongeren zelf geven vaak blijk van internaliserende problemen. Verder is het opvallend dat ouders van adolescenten die het trainingsprogramma volgden in de ambulante privépraktijk meer aangeven dat hun kind internaliserende problemen heeft in vergelijking met de ouders van adolescenten die het programma aangereikt kregen in de residentiële voorziening. Dit verschil is niet merkbaar bij de resultaten van de YSR. In tabel 3 kunnen we ook zien dat de jongeren die het programma volgden in de residentiële voorziening meer blijk gaven van internaliserende problemen in vergelijking met hun ouders. Daarentegen is dit verschil minimaal bij de groep jongeren die de focusingtrainingen volgden in de ambulante privépraktijk. Vervolgens vertonen een aantal van de adolescenten externaliserende problemen. De frequentie van het voorkomen van externaliserende problemen is weergegeven in tabel 3. Opvallend is dat het voornamelijk adolescenten uit de residentiële voorziening zijn die externaliserende problemen vertonen. Verder is het ook duidelijk dat ouders meer aangeven dat hun kind externaliserende problemen vertoont in vergelijking met de jongeren zelf. Vervolgens werd er gecontroleerd voor de schaal sociale problemen. Ongeveer de helft van de jongeren blijken over voldoende sociale vaardigheden en sociaal inzicht te beschikken bij aanvang van de focusingtrainingen.

Table 3: frequentie voorkomen subklinische tot klinische score voor een aantal syndroomschalen van de YSR en de CBCL.

| | Totale participanten (N= 21) | | Residentiële begeleiding (N= 7) | | Ambulante begeleiding (N= 14) | |
|-------------------------------|---------------------------------|-------|------------------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| | CBCL | YSR | CBCL | YSR | CBCL | YSR |
| Internaliserende problemen | 61,9% | 66,2% | 42,9% | 71,3% | 71,4% | 64,2% |
| Angstig/ depressief | 42,8% | 57,1% | 14,3% | 57,2% | 57,2% | 71,4% |
| Teruggetrokken/ depressief | 52,3% | 61,9% | 14,3% | 57,2% | 71,4% | 64,3% |
| Externaliserende problemen | 38,0% | 18,2% | 100% | 42% | 7,1% | 35% |
| Sociale problemen | 47,6% | 42,8% | 42,9% | 28,6% | 50% | 50% |

Verder gaan jongeren wanneer ze in aanraking komen met stressende, enerverende en/of moeilijke situaties bepaalde gedragingen vertonen. De ene groep jongeren zoekt naar een

effectieve oplossing, de andere gaat emotioneel reageren en nog andere gaan de situaties uit de weg. De analyse van de antwoorden op de CISS wijzen erop dat de jongeren bij de aanvang van de focusingtrainingen een minimale voorkeur hebben om voor de strategie ‘taakgerichte coping’ te kiezen wanneer ze geconfronteerd worden met dergelijke situaties. De gemiddelde scores voor de verschillende mogelijke gedragingen of copingstijlen liggen heel dicht bij elkaar met een iets hoger gemiddelde voor de schaal ‘taakgerichte coping’, dit zien we in tabel 4. Tabel 4 is een overzicht van de gemiddelde scores van de verschillende copingstrategieën. De hoogst gemiddelde score zien we bij de schaal ‘taakgerichte coping’ ($\bar{x}= 49,8$), gevolgd door de schaal ‘emotiegerichte coping’ ($\bar{x}= 44,9$). De schaal ‘vermijdingsgerichte coping’ ($\bar{x}= 43,6$) heeft de laagst gemiddelde score. Daarnaast hebben de jongeren uit de residentiële voorziening een lichte voorkeur voor ‘vermijdingsgerichte coping’ ten opzichte van ‘emotiegerichte coping’ terwijl we bij de jongeren uit de ambulante privépraktijk het omgekeerde zien. Verder hebben de adolescenten in beide groepen een minimale voorkeur om bij een stresserende situatie gedrag te gaan stellen waarbij er effectief naar een oplossing wordt gezocht. Dit laatste is afleidbaar op basis van de gemiddelde scores van de verschillende copingstrategieën, die weergegeven zijn voor elk type van begeleiding afzonderlijk. Vervolgens liggen de gemiddelde scores, van de adolescenten uit de residentiële voorziening en adolescenten uit de ambulante privépraktijk, per copingstrategie redelijk dicht bij elkaar, zoals waarneembaar is in tabel 4. Er zijn dan ook geen significante verschillen gevonden tussen de scores van de adolescenten uit de residentiële voorziening en de participanten uit de ambulante privépraktijk.

Tabel 4: Gemiddelde scores van de verschillende copingstrategieën (voor de focusingtrainingen) en resultaten van de Mann-Withney test.

| | Tot. participanten (N= 22) | Residentiële begeleiding (N= 7) | Ambulante begeleiding (N= 15) | Ambulant vs. residentieel |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Taakgerichte coping | 49,8 | 50,9 | 49,3 | p= 0,750° |
| Emotiegerichte coping | 44,9 | 41,6 | 46,5 | p= 0,358° |
| Vermijdingsgerichte coping | 43,6 | 48,6 | 41,2 | p= 0,077° |

° geen significant verschil

Vervolgens hebben jongeren een beeld over zichzelf dat gekleurd wordt door de competentie die jongeren ervaren op verschillende gebieden. Het is mogelijk dat jongeren hun competentie voor het ene gebied hoger inschatten dan voor een ander gebied. De adolescenten schatten bij aanvang van de focusingtrainingen hun competenties voor verschillende gebieden relatief laag in met uitzondering voor de gebieden ‘gedragshouding’ en ‘hechte vriendschap’. De analyse van de CBSA leert ons dat de gemiddelde scores van de zeven CBSA-schalen variëren tussen 11,2 en 15,5. In tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde scores van de zeven subschalen van zelfbeeld. Als we de zeven subschalen onderling gaan vergelijken zien we de hoogst gemiddelde score terug bij de schaal ‘gedragshouding’ ($\bar{x}= 14,5$), gevolgd door ‘hechte vriendschap’ ($\bar{x}= 13,9$), ‘sociale acceptatie’ ($\bar{x}= 12,7$), ‘fysieke verschijning’ ($\bar{x}= 12,4$), ‘schoolvaardigheden’ ($\bar{x}= 12,2$) en ‘het gevoel van eigenwaarde’ ($\bar{x}= 11,6$). De laagst gemiddelde score zien we bij de schaal ‘sportieve vaardigheden’ ($\bar{x}= 11,2$). De adolescenten geven aan dat ze niet echt tevreden zijn met het aantal vrienden dat ze hebben, hun uiterlijk, hun schoolprestaties en hun sportieve mogelijkheden. Gemiddeld genomen vinden de adolescenten dat ze in staat zijn om hechte vriendschappen aan te gaan en dat ze zich in het algemeen goed gedragen. Verder schatten de adolescenten uit de residentiële voorzieningen hun competenties systematisch hoger in dan de adolescenten uit de ambulante privépraktijk met uitzondering voor het gebied ‘gedragshouding’ en

‘hechte vriendschap’. Zo blijkt er een significant verschil te zijn tussen de scores van de adolescenten uit de residentiële voorziening (Mediaan (Mdn)= 13,00) en de scores van de participanten uit de ambulante privépraktijk (Mdn= 18,00) met hogere scores voor de laatst genoemde ($U= 23,5$, $z= -2,06$, $p<0,05$, $r= 0,44$). Opvallend is dat de adolescenten uit de ambulante privépraktijk hun competentie voor het gebied ‘gedragshouding’ gemiddeld zeer hoog inschatten in vergelijking met hun inschatting voor de andere gebieden. Op de andere subschalen schatten de adolescenten uit de ambulante privépraktijk hun competenties gemiddeld genomen relatief laag in met uitzondering van de schaal ‘hechte vriendschap’. Verder schatten de adolescenten uit de residentiële voorziening hun competenties voor de verschillende gebieden gemiddeld genomen relatief hoog in met uitzondering van de schaal ‘sportieve vaardigheden’ en ‘gevoel van eigenwaarde’.

Tabel 5: Gemiddelde scores van de zeven subschalen van zelfbeeld (voor de focusingtrainingen) en de resultaten van de Mann-Whitney test.

| | Tot. participanten (N= 22) | Residentiële begeleiding (N= 7) | Ambulante begeleiding (N= 15) | Ambulant vs. residentieel |
|------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Schoolvaardigheden | 12,2 | 13,0 | 11,8 | $p= 0,302^{\circ}$ |
| Sociale acceptatie | 12,7 | 14,1 | 12,0 | $p= 0,256^{\circ}$ |
| Sportieve vaardigheden | 11,2 | 11,9 | 10,9 | $p= 0,645^{\circ}$ |
| Fysieke verschijning | 12,4 | 13,1 | 12,0 | $p= 0,547^{\circ}$ |
| Gedragshouding | 15,5 | 13,3 | 16,5 | $p= 0,039^*$; $a>r$ |
| Hechte vriendschap | 13,9 | 13,0 | 14,3 | $p= 0,435^{\circ}$ |
| Gevoel van eigenwaarde | 11,6 | 12,9 | 11,1 | $p= 0,243^{\circ}$ |

* $p<0,05$, $^{\circ}$ geen significant verschil, a= ambulant, r= residentieel

Tenslotte beschikt elke jongere over mentale veerkracht, een concept dat ook bepalend is voor de mate van zelfvertrouwen dat een jongere heeft. Gemiddeld genomen hebben de adolescenten bij de aanvang van de focusingtrainingen relatief veel mentale veerkracht en vrij veel zelfvertrouwen. Uit de analyse van de antwoorden op de RS-nl kan er geconcludeerd worden dat de gemiddelde totaal score op de RS-nl relatief hoog is ($\bar{x}= 68,6$). Ook de gemiddelde score op de subschaal ‘persoonlijke competentie’ ($\bar{x}= 46,9$) en op de subschaal ‘acceptatie van zichzelf en het leven’ ($\bar{x}= 21,6$) is relatief hoog. De adolescenten twijfelen niet over de zin van het leven. Op basis van tabel 6 waar de gemiddelde scores van de schaal mentale veerkracht en de subschalen wordt weergegeven kan geconcludeerd worden dat er gemiddeld een minimaal verschil bestaat in de mate van mentale veerkracht (en zelfvertrouwen) tussen de adolescenten uit de residentiële voorziening en de adolescenten uit de ambulante privépraktijk. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de scores van deze twee groepen. De adolescenten in beide groepen hebben gemiddeld relatief veel mentale veerkracht alsook zelfvertrouwen.

Tabel 6: Gemiddelde scores van de schaal mentale veerkracht en de subschalen (voor focusingtrainingen).

| | Tot. participanten (N= 22) | Residentiële begeleiding (N= 7) | Ambulante begeleiding (N= 15) | Ambulant vs. residentieel |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Totaalscore RS-nl | 68,6 | 70,9 | 67,5 | $p= 0,417^{\circ}$ |
| Persoonlijke competentie | 46,9 | 48,0 | 46,5 | $p= 0,501^{\circ}$ |
| Acceptatie van zichzelf en het leven | 21,6 | 22,9 | 21,0 | $p= 0,544^{\circ}$ |

$^{\circ}$ geen significant verschil

4.1.2 Eigenschappen adolescenten na focusingtrainingen en eventuele veranderingen in gedrag en/of persoonlijkheid

Na het volgen van het trainingsprogramma werd er bij de jongeren gekeken naar dezelfde specifieke eigenschappen betreffende gedrag en/of persoonlijkheid als voor de trainingen. Meer specifiek of er veranderingen waren opgetreden in verband met deze specifieke eigenschappen.

Na de focusingtrainingen blijkt dat adolescenten bij stresserende, enerverende en/of moeilijke situaties een minimale voorkeur hebben om gedrag te gaan stellen waarbij er effectief naar een oplossing wordt gezocht voor de stresserende situaties. In tabel 7 wordt er een overzicht gegeven van de gemiddelde scores van de verschillende copingstrategieën. In deze tabel zien we dat de gemiddelde scores voor de verschillende copingstrategieën niet ver uit elkaar liggen met een iets hogere gemiddelde score voor 'taakgerichte coping'. Ook voor de focusingtrainingen zagen we dat de adolescenten een lichte voorkeur hadden voor de schaal 'taakgerichte coping' en dat de gemiddelde scores niet ver uit elkaar lagen met een iets hoger gemiddeld voor 'taakgerichte coping'. In tabel 8, dat een overzicht is van de gemiddelde scores voor de focusingtrainingen en na de focusingtrainingen, kunnen we zien dat het verschil tussen de gemiddelde scores voor de focusingtrainingen en na de focusingtrainingen minimaal is. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de scores voor de focusingtrainingen en de scores na de focusingtrainingen. Verder is het opvallend dat enkel de adolescenten uit de ambulante privépraktijk na de focusingtrainingen een kleine voorkeur hebben om bij stresserende situaties gedrag te gaan stellen waarbij er effectief naar een oplossing wordt gezocht, terwijl dit voor de focusingtrainingen nog bij beide groepen werd vastgesteld. In tabel 6 zien we dan ook dat de gemiddelde scores van de verschillende copingstrategieën van de adolescenten uit de residentiële voorziening heel dicht bij elkaar liggen. Verder kan er op basis van tabel 7 ook afgeleid worden dat de scores na de focusingtrainingen van de adolescenten uit de ambulante privépraktijk (Mdn= 52,00) significant hoger zijn dan de scores van de adolescenten uit de residentiële voorziening (Mdn= 42,00) voor de schaal 'taakgerichte coping' ($U= 20,50$, $z= -2,26$, $p<0,05$, $r= -0,48$). Voor de andere copingstrategieën liggen de gemiddelde scores relatief dicht tegen elkaar. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de scores van de adolescenten uit de ambulante privépraktijk en de scores van de adolescenten uit de residentiële voorziening. Vervolgens merken we in tabel 8 op dat de scores na de focusingtrainingen (Mdn= 42,00) van de adolescenten uit de residentiële voorziening significant lager zijn in vergelijking met de scores voor de focusingtrainingen (Mdn= 47,00) voor de schaal 'taakgerichte coping' ($T= 1,00$, $z= 2,20$, $p<0,05$, $r= -0,60$). Bij de adolescenten uit de ambulante privépraktijk daarentegen zien we dat de scores na de focusingtrainingen (Mdn= 52,00) significant hoger zijn in vergelijking met de scores voor de focusingtrainingen (Mdn= 49,00) voor deze schaal ($T= 2,50$, $z= 3,15$, $p<0,05$, $r= -0,58$). Verder zien we na de focusingtrainingen dat er bij beide groepen geen specifieke voorkeur meer is om een emotionele reactie boven een vermijdende reactie te verkiezen (of omgekeerd) bij een stresserende situatie. Wel kan er geconcludeerd worden dat de scores van de adolescenten uit de ambulante privépraktijk significant hoger zijn na de focusingtrainingen (Mdn= 47,00) in vergelijking met voor de focusingtrainingen (Mdn= 40,00) voor de stijl 'vermijdingsgerichte coping' ($T= 9,00$, $z= -2,90$, $p<0,05$, $z= -0,53$).

Tabel 7: Gemiddelde scores van de verschillende copingstrategieën (na focusingtrainingen) en resultaten van de Mann-Whitney test.

| | Tot. participanten (N= 22) | Residentiële begeleiding (N= 7) | Ambulante begeleiding (N= 15) | Ambulant vs. residentieel |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Taakgerichte coping | 51,5 | 44,7 | 54,6 | p= 0,024*; a>r |
| Emotiegerichte coping | 44,2 | 43,4 | 44,5 | p=0,972° |
| Vermijdingsgerichte coping | 45,9 | 43,3 | 47,2 | p=0,751° |

* p<0,05, a= ambulant, r= residentieel, ° geen significant verschil

Tabel 8: Gemiddelde scores voor en na focusingtrainingen en resultaten van de Wilcoxon signed-rank test.

| | Totale participanten (N= 22) | | | Residentiële begeleiding (N= 7) | | | Ambulante begeleiding (N= 15) | | |
|----------------------------|------------------------------|-----------|-----------------------|---------------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------------|-----------|-----------------------|
| | Pre-test | Post-test | Posttest vs. pre-test | Pre-test | Post-test | Posttest vs. pre-test | Pre-test | Post-test | Posttest vs. pre-test |
| Taakgerichte coping | 49,8 | 51,5 | p= 0,134° | 50,9 | 44,7 | p= 0,028*; po<pre | 49,3 | 54,6 | p= 0,002; po>pre* |
| Emotiegerichte coping | 44,9 | 44,2 | p= 0,780° | 41,6 | 43,4 | p= 0,394° | 46,5 | 44,5 | p= 0,329° |
| Vermijdingsgerichte coping | 43,6 | 45,9 | p= 0,126° | 48,6 | 43,3 | p= 0,345° | 41,2 | 47, | p= 0,004*; po>pre |

° geen significant verschil, * p<0,05, po= posttest, pre= pre-test

Ook werd er na de focusingtrainingen gekeken hoe hoog of hoe laag de adolescenten hun competenties inschatten voor bepaalde gebieden, meer specifiek de gebieden die aan bod komen in de CBSA. Na de focusingtrainingen schatten de adolescenten hun competenties voor verschillende gebieden relatief hoog in met uitzondering voor de schaal sportieve vaardigheden. In tabel 9 worden de gemiddelde scores weergegeven van de zeven schalen van de CBSA. De gemiddelde scores variëren tussen 11,3 en 14,9. Als we de gemiddelde scores van de zeven CBSA schalen onderling gaan vergelijken zien we de hoogst gemiddelde score bij de schaal 'gedragshouding' (\bar{x} = 14,9), gevolgd door 'hechte vriendschap' (\bar{x} = 14,9), 'sociale acceptatie' (\bar{x} = 13,5), 'fysieke verschijning' (\bar{x} = 13,5), 'gevoel van eigenwaarde' (\bar{x} = 13,50) en 'schoolvaardigheden' (\bar{x} = 13,1). De laagst gemiddelde score zien we bij de schaal 'sportieve vaardigheden' (\bar{x} = 11,3). Een gelijkaardig patroon vonden we ook terug voor de focusingtrainingen met uitzondering van de schalen 'gevoel van eigenwaarde' en 'schoolvaardigheden' die in de rangorde van plaats zijn verwisseld na de focusingtrainingen. Voor de focusingtrainingen vonden we dat de adolescenten hun competentie voor de verschillende gebieden relatief laag inschatte met uitzondering van de schaal 'hechte vriendschap' en 'gedragshouding'. Tabel 10 weergeeft dan ook een vergelijking tussen de gemiddelde scores voor de focusingtrainingen en de gemiddelde scores na de focusingtrainingen. Op basis van deze tabel kan gezegd worden dat de gemiddelde scores zijn toegenomen voor alle gebieden met uitzondering van de schaal 'gedragshouding'. De gemiddelde score voor deze gedragschaal blijft echter relatief hoog na de focusingtrainingen. De scores van de adolescenten zijn echter na de focusingtrainingen niet significant hoger in vergelijking met de scores van de adolescenten voor de focusingtrainingen. Wel kan gesteld worden dat de adolescenten na de focusingtrainingen gemiddeld genomen relatief tevreden zijn met het aantal vrienden dat ze hebben, hun uiterlijk, hun schoolprestaties en zien ze zichzelf in staat om hechte vriendschappen aan te gaan alsook vinden ze van zichzelf dat ze zich in het algemeen goed gedragen. Ze zijn enkel niet tevreden over hun sportieve mogelijkheden. Verder zien we in tabel 9 dat de adolescenten uit de ambulant

privépraktijk hun competenties gemiddeld hoger inschatten dan de adolescenten uit de residentiële voorziening met uitzondering voor de schaal 'sociale acceptatie' en 'sportieve vaardigheden'. Echter zijn er enkel opvallende verschillen tussen de gemiddelde scores voor de schalen 'gedragshouding' en 'hechte vriendschap'. Er werd dan ook gevonden dat de adolescenten uit de ambulante privépraktijk (Mdn= 16,00) significant hoger scoren voor de schaal 'gedragshouding' in vergelijking met de adolescenten uit de residentiële voorziening (Mdn= 13,00) ($U= 12,50$, $z= -2,87$, $p<0,05$, $r= -0,61$). Ook voor de schaal 'hechte vriendschap' zien we dat de adolescenten uit de ambulante privépraktijk (Mdn= 18,00) significant hoger scoren dan de adolescenten uit de residentiële voorziening (Mdn= 12,00), ($U= 22,50$, $z= -2,13$, $p<0,05$, $r= -0,45$). In tabel 10 zien we dat de gemiddelde scores van de adolescenten uit de residentiële voorziening lager zijn na de focusingtrainingen in vergelijking met de gemiddelde scores voor de focusingtrainingen met uitzondering voor de schaal 'schoolvaardigheden' waar de gemiddelde score hetzelfde gebleven is en voor de schaal 'sportieve vaardigheden' waar de gemiddelde score is toegenomen. Op basis van tabel 8 kan dan ook gesteld worden dat de adolescenten na de focusingtrainingen hun competenties voor de verschillende gebieden gemiddeld relatief laag inschatten betreffende alle gebieden. Er werden echter geen significante verschillen gevonden tussen de scores van de adolescenten uit de residentiële voorziening voor de focusingtrainingen en de scores na de focusingtrainingen. Bij de adolescenten uit de ambulante privépraktijk zien we in tabel 10 dat de gemiddelde scores zijn toegenomen na de focusingtrainingen voor alle gebieden met uitzondering van de schaal sportieve vaardigheden. We zien in tabel 9 dan ook dat de adolescenten gemiddeld hun competenties relatief hoog inschatten met uitzondering van de schaal sportieve vaardigheden. Verder werden er significante verschillen gevonden tussen de scores van de adolescenten uit de ambulante privépraktijk voor de focusingtrainingen en de scores na de focusingtraining, dit voor de schalen 'fysieke verschijning' en 'gevoel van eigenwaarde'. De adolescenten uit de ambulante privépraktijk scoren significant hoger na de focusingtrainingen (Mdn= 15,00) in vergelijking met voor de focusingtrainingen (Mdn= 12,00) voor de schaal 'fysieke verschijning' ($T= 10,00$, $z= -2,29$, $p<0,05$, $r= -0,42$). Ook voor de schaal 'gevoel van eigenwaarde' scoren de adolescenten significant hoger na de focusingtrainingen (Mdn= 14,00) dan voor de focusingtrainingen (Mdn= 9,00), ($T= 7,00$, $z= -2,52$, $p< 0,05$, $r= -0,46$).

Tabel 9: Gemiddelde scores van de zeven subschalen van zelfbeeld (na focusingtrainingen) en resultaten van de Mann-Withney test.

| | Tot. participanten (N= 22) | Residentiële begeleiding (N= 7) | Ambulante begeleiding (N= 15) | Ambulant vs. residentieel |
|------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Schoolvaardigheden | 13,1 | 13,0 | 13,1 | $p= 0,859^{\circ}$ |
| Sociale acceptatie | 13,6 | 13,7 | 13,4 | $p= 0,804^{\circ}$ |
| Sportieve vaardigheden | 11,3 | 12,1 | 10,9 | $p= 0,321^{\circ}$ |
| Fysieke verschijning | 13,5 | 11,4 | 14,5 | $p= 0,102^{\circ}$ |
| Gedragshouding | 14,9 | 11,3 | 16,7 | $p= 0,004^*$; $a>r$ |
| Hechte vriendschap | 14,9 | 12,0 | 16,3 | $p= 0,034^*$; $a>r$ |
| Gevoel van eigenwaarde | 13,4 | 12,1 | 13,9 | $p= 0,339^{\circ}$ |

* $p<0,05$, a= ambulant, r= residentieel, $^{\circ}$ geen significant verschil

Tabel 10: Gemiddelde scores voor en na focusingtrainingen en resultaten van de Wilcoxon signed-rank test.

| | Totale participanten (N= 22) | | | Residentiële begeleiding (N= 7) | | | Ambulante begeleiding (N= 15) | | |
|------------------------|------------------------------|-----------|-----------------------|---------------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------------|-----------|-----------------------|
| | Pre-test | Post-test | Posttest vs. pre-test | Pre-test | Post-test | Posttest vs. pre-test | Pre-test | Post-test | Posttest vs. pre-test |
| Schoolvaardigheden | 12,2 | 13,1 | p= 0,233° | 13,0 | 13,0 | p= 1,000° | 11,8 | 13,1 | p= 0,182° |
| Sociale acceptatie | 12,7 | 13,6 | p= 0,230° | 14,1 | 13,7 | p= 0,674° | 12,0 | 13,5 | p= 0,071° |
| Sportieve vaardigheden | 11,2 | 11,3 | p= 0,451° | 11,9 | 12,1 | p= 0,672° | 10,9 | 10,9 | p= 0,569° |
| Fysieke verschijning | 12,4 | 13,5 | p= 0,292° | 13,1 | 11,4 | p= 0,088° | 12,0 | 14,5 | p= 0,022*; po>pre |
| Gedragshouding | 15,5 | 14,9 | p= 0,118° | 13,3 | 11,3 | p= 0,058° | 16,5 | 16,7 | p= 0,607° |
| Hechte vriendschap | 13,9 | 14,9 | p= 0,258° | 13,0 | 12,0 | p= 0,528° | 14,3 | 16,3 | p= 0,085° |
| Gevoel van eigenwaarde | 11,6 | 13,4 | p= 0,058° | 12,9 | 12,1 | p= 0,443° | 11,1 | 13,9 | p= 0,012*; po>pre |

* p<0,05, po= posttest, pre= pre-test, ° geen significant verschil

Tenslotte werd er na de focusingtrainingen ook gekeken naar de mate van mentale veerkracht. De adolescenten vertonen ook na de focusingtrainingen gemiddeld een relatief hoge mate van mentale veerkracht alsook relatief veel zelfvertrouwen. In tabel 11 kunnen we zien dat de gemiddelde totaalscore van de RS-nl relatief hoog is. Daarnaast zijn de gemiddelde scores van de subschalen 'persoonlijke competentie' en 'acceptatie van zichzelf en van het leven' ook relatief hoog. De adolescenten twijfelen met andere woorden gemiddeld genomen niet aan de zin van het leven. Verder tonen zowel de adolescenten uit de ambulante privépraktijk als de adolescenten uit de residentiële voorziening gemiddeld een relatief hoge mate van mentale veerkracht en aldus ook relatief veel zelfvertrouwen. Dit is ook afleidbaar aan de hand van de gemiddelde scores die weergegeven zijn in tabel 11. Het verschil tussen de gemiddelde scores van de adolescenten uit de residentiële voorziening en van de adolescenten uit de ambulante privépraktijk zijn miniem. Er werden vervolgens geen significante verschillen gevonden tussen de scores. Vervolgens wordt in tabel 12 een overzicht geven van de gemiddelde scores die de participanten halen voor de focusingtrainingen en na de focusingtrainingen voor elk van de schalen van de RS-nl. Voor elke schaal zijn de gemiddelde scores hoger na de focusingtrainingen, met andere woorden gemiddeld is de mate van mentale veerkracht alsook van zelfvertrouwen hoger na de focusingtrainingen in vergelijking met voor de focusingtrainingen. Dit kunnen we ook afleiden aan de hand van de vergelijking van de scores van de adolescenten voor de focusingtrainingen en de scores na de focusingtrainingen. De adolescenten hun totaalscores op de RS-nl zijn significant hoger na de focusingtrainingen (Mdn= 74,00) in vergelijkingen met de totaalscores voor de focusingtrainingen (Mdn= 70,50), (T= 8,00, z= -3,62, p<0,05, r= -0,55). Verder zijn de scores op de subschaal 'persoonlijke competentie' significant hoger na de focusingtrainingen (Mdn= 49,00) in vergelijking met de scores voor de focusingtrainingen (Mdn= 47,50), (T= 17,50, z= -3,55, p<0,05, r= -0,54). Ook voor de subschaal 'acceptatie van zichzelf en het leven' zijn de scores van de adolescenten significant hoger na de focusingtrainingen (Mdn= 24,00) dan voor de focusingtrainingen (Mdn= 23,50), (T= 27,00, z= -3,08, p<0,05, r= -0,46). Vervolgens zien we zowel bij de adolescenten uit de residentiële voorziening als bij de adolescenten uit de ambulante privépraktijk dat ze gemiddeld een hogere mate van mentale veerkracht en zelfvertrouwen vertonen na de focusingtrainingen. In tabel 12 zien we dan ook dat de gemiddelde scores voor alle schalen van de RS-nl zijn toegenomen. Er werden echter enkel bij de scores van de adolescenten

uit de ambulante privépraktijk significante verschillen gevonden. De totaalscores van de RS-nl zijn significant hoger na de focusingtrainingen (Mdn= 73,00) in vergelijking met voor de focusingtrainingen (Mdn= 70,00), (T= 0,00, z= -3,18, p<0,05, r= -0,58). Ook de scores op de subschaal ‘persoonlijke competentie’ zijn significant hoger na de focusingtrainingen (Mdn= 48,00) dan voor de focusingtrainingen (Mdn= 47,00), (T= 5,00, z= -3,14, p<0,05, r= -0,57). Verder zijn de scores op de subschaal ‘acceptatie van zichzelf en het leven’ significant hoger na de focusingtrainingen (Mdn= 25,00) in vergelijking met voor de focusingtrainingen (Mdn= 23,00) (T= 0,00, z= -3,43, p<0,05, r= -0,63).

Tabel 11: Gemiddelde scores van de schaal mentale veerkracht en subschalen van de Mann-Whitney test.

| | Tot. participanten (N= 22) | Residentiële begeleiding (N= 7) | Ambulante begeleiding (N= 15) | Ambulant vs. residentieel |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Totaalscore RS-nl | 75,2 | 74,7 | 75,4 | p= 0,972° |
| Persoonlijke competentie | 50,9 | 51,1 | 50,7 | p= 0,570° |
| Acceptatie van zichzelf en het leven | 24,3 | 23,6 | 24,7 | p= 0,620° |

* geen significant verschil

Tabel 12: Gemiddelde scores voor en na focusingtrainingen en resultaten van de Wilcoxon signed-rank test.

| | Totale participanten (N= 22) | | | Residentiële begeleiding (N= 7) | | | Ambulante begeleiding (N= 15) | | |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------|-----------------------|---------------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------------|-----------|-----------------------|
| | Pre-test | Post-test | Posttest vs. Pre-test | Pre-test | Post-test | Posttest vs. Pre-test | Pre-test | Post-test | Posttest vs. Pre-test |
| Totaalscore RS-nl | 68,6 | 75,2 | p= 0,000*; po>pre | 70,9 | 74,7 | p= 0,173° | 67,5 | 75,4 | p= 0,001*; po>pre |
| Persoonlijke competentie | 46,9 | 50,9 | p= 0,000*; po>pre | 48,0 | 51,1 | p= 0,108° | 46,5 | 50,7 | p= 0,002*; po>pre |
| Acceptatie van zichzelf en het leven | 21,6 | 24,3 | p= 0,002*; po>pre | 22,9 | 23,6 | p= 0,673° | 21,0 | 24,7 | p= 0,001*; po>pre |

* p<0,05, po= posttest, pre= pre-test, ° geen significant verschil

4.2 Onderzoeksvraag 2: ‘Is de Focusing Check List voor Adolescenten een bruikbaar instrument om na te gaan of adolescenten de vaardigheid focusing beheersen?’

4.2.1 Factoranalyse en interne consistentie

Er kon geen betrouwbare factoranalyse worden uitgevoerd omdat de steekproefgrootte (N= 13) te klein is. Als gevolg hiervan wordt er in wat volgt uitgegaan van een experimentele indeling van de items/schalen voor de FCL-A.

In tabel 13 worden de gemiddelde Cronbach's alfa (gemiddeld tussen voor-en na-afnames) voor de schalen van de FCL-A weergegeven. De gemiddelde Cronbach wijzen op een matige tot goede interne consistentie met uitzondering voor de schaal resoneren. De gemiddeld Cronbach alfa voor de schaal ‘resoneren’ wijst op een zeer slechte interne consistentie, ook na het verwijderen van items. Hierbij moet echter opgemerkt worden dat enkel de Cronbach alfa van de pretest laag was, de Cronbach alfa van de posttest was goed. Hierdoor werd de schaal ‘resoneren’ verwijderd voor de verdere analyse. Tenslotte moet er nog vermeld worden dat item 22 en item 16 horende bij de schaal ‘felt sense’ moesten verwijderd worden uit de vragenlijst opdat er een matige consistentie verkregen kon worden. Voor de schaal erbij blijven/vragen waren dat items 8 en 34.

Tabel 13: Gemiddelde Cronbach's alfa van de schalen van de FCL-A

| <i>Schalen</i> | <i>N items</i> | <i>Gemiddelde Cronbach's alfa</i> |
|---------------------------------------|----------------|-----------------------------------|
| Lichaamsbewustzijn | 4 | 0,82 |
| Een ‘felt sense’ ontvangen/uitnodigen | 7 | 0,64 |
| Een handvat vinden | 7 | 0,79 |
| Resoneren | / | / |
| Erbij blijven/vragen | 4 | 0,67 |
| Ruimte maken | 5 | 0,76 |

4.2.2 Vergelijking van de scores voor de focusingtrainingen met de scores na de focusingtrainingen

In dit onderdeel wil men de bruikbaarheid van het instrument nagaan door te gaan kijken of er significante verschillen zijn gevonden tussen de scores voor de focusingtrainingen en de scores na de focusingtrainingen. In tabel 14 worden de resultaten weergegeven voor de verschillende schalen van de FCL-A. Voor de schalen ‘een “felt sense” ontvangen/uitnodigen’, ‘een handvat vinden’, ‘erbij blijven/vragen’ en ‘ruimte maken’ zijn er geen significante verschillen gevonden tussen pretest en posttest. Enkel voor de schaal ‘lichaamsbewustzijn’ zijn er significante verschillen. De participanten scoren hoger op deze schaal na de focusingtrainingen (Mdn= 7.75) in vergelijking met voor de focusingtrainingen (Mdn= 5.50), $T= 7,00$, $z= -2.547$, $p<0.05$, $r= -0.52$).

Tabel 14: Mediaan, minimum, maximum en resultaten Wicoxon signed-rank test voor de schalen van de FCL-A

| | Pre-test | | | Posttest | | | | | |
|---------------------------------------|----------|------|------|----------|------|-----|----|-------|-------|
| | Mdn. | Min. | Max. | Mdn. | Min. | Max | T | z | p |
| Lichaamsbewustzijn | 5,50 | 1 | 12 | 7,75 | 1 | 12 | 7 | -2,55 | 0,011 |
| Een 'felt sense' uitnodigen/ontvangen | 10,30 | 4 | 17 | 11,50 | 6 | 19 | 18 | -1,36 | 0,174 |
| Een handvat vinden | 8,00 | 1 | 13 | 9,58 | 2 | 18 | 19 | -1,26 | 0,208 |
| Erbij blijven/vragen | 5,67 | 2 | 11 | 7,50 | 2 | 12 | 17 | -1,74 | 0,082 |
| Ruimte maken | 6,42 | 0 | 12 | 6,58 | 2 | 14 | 25 | -0,26 | 0,796 |

Noot: N= 13

Hoofdstuk 5: Discussie

5.1 Bespreking resultaten

In de voorliggende studie wordt de werkzaamheid van focusingtrainingen nagegaan aan de hand van een kwantitatief onderzoek. Er werden vragenlijsten afgenomen zowel voor de focusingtrainingen als na de focusingtrainingen zodat de resultaten vergeleken konden worden. Hieronder worden de voornaamste resultaten besproken.

5.1.1 Mogelijke gedragsveranderingen en/of veranderingen van de persoonlijkheid van de adolescenten na de focusingtrainingen.

De meerderheid van de jongeren die deelnamen aan de focusingtrainingen hadden internaliserende problemen en vertoonden voornamelijk angstig/depressief en teruggetrokken/depressief gedrag. Uit onderzoek bij Vlaamse jongeren blijkt dat jongeren over het algemeen behoorlijk tevreden zijn met zichzelf (Elchardus, et al., 1999; Hooge, Decaluwe, & Goosens, 2000). In één van die onderzoeken werd gevonden dat een kleine groep jongeren echter last had van depressieve stemmingen. Verder was het opvallend dat voornamelijk adolescenten uit de residentiële voorziening externaliserende problemen vertoonden. Vervolgens beschikt ongeveer de helft van de jongeren over voldoende sociale vaardigheden en sociaal inzicht. Bij de aanvang van de focusingtrainingen wordt er van uitgegaan dat jongeren voldoende sociale vaardigheden beschikken. Er dient echter wel rekening gehouden te worden met het feit dat er een aantal adolescenten zijn die niet over voldoende sociale vaardigheden beschikken bij de aanvang van de focusingtrainingen. Hierbij maak ik mij dan ook volgende bedenking: 'Kan het gebrek aan sociale vaardigheden een storende factor vormen tijdens de focusingtrainingen en/of voor de werkzaamheid van focusingtrainingen?'

In de literatuur omtrent het effect van focusing zijn er veel casussen beschikbaar die aantonen dat er veranderingen in het gedrag optreden van de adolescent of van het kind. In de meeste gevallen gaat het over individuele casussen en worden de gedragsveranderingen duidelijk omschreven. In de casussen gaat het ook steeds over specifieke situaties waarbij focusing gebruikt wordt. Erik Verliefdde en Marta Stapert beschreven in hun boek 'de kunst van het luisteren' (Verliefdde & Stapert, 2003) verschillende situaties waar focusing werd gebruikt om veranderingen teweeg te brengen, voorbeeld bij een jongen van vijftien jaar die dyslexie heeft en er van overtuigd is dat hij nooit iets goed doet. De auteurs beschrijven casussen die ze halen bij focusingtrainers uit verschillende landen. Verder zijn er auteurs die casussen beschrijven waarin geïllustreerd wordt dat focusing kan helpen bij het leren (Duron, 1988) of bij adolescenten met borderline stoornis (Santen, 1988). Het is duidelijk dat de vaardigheid focusing geïmplementeerd wordt in verschillende werkingsgebieden. Omwille van het ontbreken van literatuur van focusing bij jongeren in residentiële begeleiding en ambulante begeleiding en/of omwille van het feit dat het in dit onderzoek niet gaat over specifieke situaties konden de resultaten niet vergeleken worden met reeds bestaande literatuur omtrent het effect van de vaardigheid focusing.

Hypothetisch gezien kan men focusing beschouwen als een vorm van 'taakgerichte coping'. Het is een vaardigheid waarbij men bepaalde gevoelens niet uit de weg gaat maar waar men juist meer ruimte, tijd en aandacht aan gaat geven door er bij stil te staan om vervolgens tot inzichten en oplossingen te komen. We zien zowel voor de focusingtrainingen als na de focusingtrainingen dat de adolescenten een lichte voorkeur vertonen om gedrag te stellen waarbij ze effectief naar een oplossing zoeken wanneer ze in aanraking komen met een stresserende, moeilijke en/of enerverende situatie. Opvallend

is dat deze minimale voorkeur voor ‘taakgerichte coping’ niet meer waarneembaar was na de focusingtrainingen bij de scores van de adolescenten uit de residentiële voorziening, de scores waren zelfs significant lager na de focusingtrainingen. Bij de adolescenten uit de ambulante privépraktijk was de gemiddelde score voor deze schaal hoger na de focusingtrainingen en waren de scores van de adolescenten ook significant hoger na de focusingtrainingen. Verder is het wel belangrijk om op te merken dat het verschil tussen de gemiddelde scores per copingstijl zowel voor de focusingtrainingen als na de focusingtrainingen minimaal is. De resultaten van de adolescenten uit de ambulante privépraktijk suggereren dat de adolescenten in stresserende situaties na de focusingtrainingen de vaardigheid focusing ook gaan toepassen in alledaagse situaties. Er is echter wel nood aan verder onderzoek om na te gaan of adolescenten effectief in stresserende situaties deze vaardigheid hanteren. Verder blijft het ook de vraag hoe er verklaard kan worden dat er bij de adolescenten uit de residentiële voorziening een daling is in het hanteren van taakgerichte coping. Men kan de bedenking maken dat het voor deze jongeren soms te pijnlijk of te moeilijk was om effectief stil te staan bij bepaalde gevoelens of dat ze geen uitweg weten bij moeilijke situaties omwille van hun achtergrond. De vraag kan dan gesteld worden of ze door focusing tot het besef zijn gekomen dat er geen eenvoudige oplossing is voor hun situatie.

Verder werd er tijdens de focusingtrainingen aan de slag gegaan met de ‘innerlijke criticus’. Één van de kenmerken van de innerlijke criticus is dat deze het zelfwaardegevoel van jongeren kan aantasten (Wollants, Missiaen, & Leys, 2004). Tijdens de focusingtrainingen werd er aan de adolescenten gevraagd om hun innerlijke criticus te beschrijven en werden er mogelijkheden aangereikt om met deze innerlijke criticus om te gaan. Voor de focusingtrainingen schatten de jongeren gemiddeld hun competenties, voor de verschillende domeinen die kenmerkend zijn voor de zelfwaardering en aldus ook een belangrijk factor vormen voor het zelfwaardegevoel, relatief laag in met uitzondering voor de gebieden ‘hechte vriendschap’ en ‘gedragshouding’. Er werd ook opgemerkt dat bij de subgroep adolescenten uit de residentiële voorziening voor de focusingtrainingen de competenties relatief hoog werden ingeschat voor alle domeinen met uitzondering van de gebieden ‘sportieve vaardigheden’ en ‘gedragshouding’. De adolescenten uit de ambulante privépraktijk daarentegen schatten hun competenties relatief laag in met uitzondering van de schaal ‘gedragshouding’ en ‘hechte vriendschap’. De adolescenten uit de ambulante privépraktijk vinden gemiddeld genomen van zichzelf dat ze zich zeer goed gedragen. Er werd dan ook gevonden dat de scores voor deze schaal significant hoger waren dan bij de adolescenten uit de residentiële voorziening. Het feit dat de adolescenten uit de residentiële voorziening hun competenties voor de schaal ‘gedragshouding’ lager inschatten kan mogelijk verklaard worden door het feit dat hun gedrag één van de redenen kan zijn waarom ze (tijdelijk) opgenomen zijn in een residentiële voorziening. Na de focusingtrainingen schatten de adolescenten hun competenties gemiddeld hoog in met uitzondering van de schaal ‘sportieve vaardigheden’. Er werden echter geen significante verschillen gevonden tussen de scores voor de focusingtrainingen en de scores na de focusingtrainingen. Bij de participanten uit de residentiële voorziening zien we zelfs dat ze hun competenties voor de verschillende gebieden gemiddeld lager inschatten na de focusingtrainingen en zijn de scores gemiddeld laag op de verschillende gebieden. De participanten uit de ambulante privépraktijk scoren gemiddeld hoger na de focusingtrainingen, hun scores zijn significant hoger voor de gebieden ‘fysieke verschijning’ en ‘gevoel van eigenwaarde’. Samenvattend kan gesteld worden dat er in het algemeen geen significante verschillen konden worden vastgesteld tussen de scores voor en de scores na de focusingtrainingen. De bedenking die hierbij gemaakt kan worden is of de innerlijke criticus een rol speelt wanneer de jongeren hun competenties gaan inschatten

voor de verschillende gebieden. Daarnaast kan men zich ook afvragen of andere factoren die tijdens de trainingen niet aan bod kwamen een invloed uitoefenen op de inschatting van hun competenties op verschillende gebieden. Verder onderzoek omtrent dit topic is dan ook noodzakelijk.

Tenslotte werd er in het onderzoek ook ingezoomd op de mate van mentale veerkracht en zelfvertrouwen van de adolescenten. Zowel voor de focusingtrainingen als na de focusingtrainingen hadden de adolescenten gemiddeld genomen een relatief hoge mate van mentale veerkracht en zelfvertrouwen. Dit profiel zien we zowel bij de adolescenten uit de residentiële begeleiding als bij de adolescenten uit de ambulante privépraktijk. Na de focusingtrainingen zijn de scores van de schalen die de mentale veerkracht en zelfvertrouwen bepalen significant hoger, dit zien we ook terug bij de adolescenten uit de ambulante privépraktijk. Deze bevindingen vinden we echter niet terug bij de subgroep adolescenten uit de residentiële voorziening. Ondanks het feit dat er bij de adolescenten uit de residentiële voorziening geen significant verschil werd gevonden kunnen de resultaten er mogelijks op wijzen dat focusingtrainingen ertoe bijdragen dat de mate van mentale veerkracht alsook van zelfvertrouwen toeneemt bij de adolescenten. Deze bevinding moet echter met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omwille van het feit dat het instrument waarmee mentale veerkracht en zelfvertrouwen werd gemeten, bestemd is voor jongeren boven de 16 jaar. Een deel van de adolescenten heeft deze leeftijdsgrens nog niet overschreden.

Concluderend kan gesteld worden dat er geen duidelijke gedragsveranderingen zijn opgetreden bij de adolescenten na de focusingtrainingen. Verder onderzoek is noodzakelijk om na te gaan of de jongeren baat hebben gehad bij het volgen van de focusingtrainingen en/of de jongeren tijdens de focusingtrainingen de vaardigheid enkel leren maar deze nog niet toepassen bij situaties buiten de focusingtrainingen.

5.1.2 De bruikbaarheid van de Focusing Check List voor Adolescenten

De bruikbaarheid van de 'Focusing Check List voor Adolescenten' om na te gaan of de jongeren de vaardigheid focusing beheersen kon in dit onderzoek niet worden aangetoond. Ten eerste kon er geen betrouwbare factoranalyse worden uitgevoerd omwille van het lage aantal participanten. Omwille van dit gegeven moest er gewerkt worden met een experimentele indeling in verschillende schalen, gebaseerd op de indeling die Erwin Vlerick maakte in zijn onderzoek omtrent focusing bij adolescenten (Vlerick, 2009). Daarnaast werd er een slechte interne consistentie gevonden voor de schaal 'resoneren' waardoor deze schaal moest verwijderd worden uit het experimentele design. Vervolgens moesten er ook vragen uit de vragenlijst verwijderd worden opdat een 'goede' interne consistentie bereikt kon worden voor één van de schalen. De significante verschillen die er gevonden werden tussen de scores voor de focusingtraining en de scores na de focusingtrainingen moeten dan ook met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

5.2 Beperking van het onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek

De voorliggende studie heeft te kampen met een aantal beperkingen die belangrijk zijn om mee te nemen naar verder onderzoek. Een eerste gegeven is dat niet alle adolescenten die het trainingsprogramma volgden, opgenomen konden worden in de uiteindelijke analyse. De adolescenten moesten uit de analyse verwijderd worden omwille van ontbrekende vragenlijsten en/of foutief ingevulde vragenlijsten. Hierdoor werd de bruikbare groep adolescenten voor dit onderzoek steeds kleiner en kon er voor de data-analyse geen beroep gedaan worden op parametrische toetsten. De resultaten van dit onderzoek moeten

dan ook met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden alsook kunnen deze resultaten niet veralgemeend worden. Verder zijn er in de analyse ook participanten opgenomen die afwezig zijn geweest tijdens een aantal trainingen. Dit laatste kan leiden tot vertekende resultaten. Een belangrijk aandachtspunt alsook een uitdaging voor verder onderzoek is dat er gestreefd wordt naar het samenstellen van een 'goede' steekproef. In dit onderzoek was het aantal participanten te beperkt voor een grondiger onderzoek. Daarnaast zou het een meerwaarde kunnen zijn om in verder onderzoek te werken met een controlegroep. In de voorliggende studie waren er wel twee groepen maar deze kregen hetzelfde trainingsprogramma aangereikt. Verder was de ratio aantal participanten uit de residentiële voorziening en aantal participanten uit de ambulante privépraktijk niet evenredig. In verder onderzoek is het dan ook belangrijk dat er rekening wordt gehouden dat er voldoende participanten zijn in beide groepen ook als er gekozen wordt om een controlegroep op te nemen in de studie.

De manier waarop gegevens verzameld werden in dit onderzoek lag mee aan de basis van bovenstaande beperkingen. Door zelf de focusingtrainingen mee te volgen kon ik kritisch kijken naar de manier waarop de gegevens verzameld werden. Eerst en vooral kan het ontbreken van vragenlijsten vermeden worden door de vragenlijsten te laten invullen tijdens de focusingtrainingen zelf in plaats van ze mee naar huis te geven met de jongeren. Verder is het naar mijn aanvoelen belangrijk om de vragenlijsten kort te overlopen zodat de jongeren weten hoe zij die moeten invullen. Bij het verwerken van mijn gegevens merkte ik vaak op dat jongeren de opdracht niet goed begrepen hadden. Tenslotte zouden de vragenlijsten gecontroleerd moeten worden op correctheid zodat indien nodig de vragenlijsten gecorrigeerd kunnen worden door de jongeren zelf.

Verder werd er voor het meten van de mate van mentale veerkracht en zelfvertrouwen gekozen voor een instrument (RS-nl) dat bedoeld is voor adolescenten boven de 16 jaar. Veel van de jongeren hadden bij de aanvang van de focusingtrainingen deze leeftijdsgrens nog niet bereikt. Dit kan voor vertekeningen zorgen betreffende de resultaten van deze vragenlijst. Enige voorzichtigheid was dus aangewezen bij het interpreteren van de data die de analyse ons opleverde omtrent de schalen van dit instrument. Verder kan de keuze van de instrumenten om na te gaan of er veranderingen zijn opgetreden bij de adolescenten in vraag gesteld worden. Meer specifiek kan men zich ook afvragen of de keuze van een kwantitatief onderzoek wel de geschikte optie was en waarom er niet gekozen werd voor een kwalitatief onderzoek. Op basis hiervan maak ik mij volgende bedenking: 'Zou het niet effectiever zijn om de werkzaamheid van focusingtrainingen na te gaan aan de hand van specifieke casussen en interviews?'. Een mogelijke optie voor verder onderzoek kan zijn om adolescenten, ouders en/of begeleiders na de focusingtrainingen een aantal situaties te laten schetsen waarin jongeren de vaardigheid focusing hanteerden en/of er al dan niet een verandering was opgetreden bij de jongeren. Op die manier wordt er ook nagegaan of jongeren deze vaardigheid nog hanteren na het volgen van de focusingtrainingen. Zeker bij de adolescenten uit de residentiële voorziening zou dit haalbaar moeten zijn aangezien ook de begeleiders de vaardigheid focusing hebben aangeleerd gekregen. Uiteraard is de kans op non-respons groot al kan dit ingeperkt worden door het afnemen van interviews na bijvoorbeeld 6 maanden. Het verder onderzoeken van de bruikbaarheid van de Focusing Check List voor Adolescenten kan dan dienen om na te gaan of de focusingtrainingen voldoende waren opdat de adolescenten de vaardigheid focusing beheersen. Een andere mogelijke optie voor verder onderzoek om een duidelijk beeld te krijgen van mogelijke veranderingen bestaat erin om een instrument te ontwikkelen rond de kenmerken van de innerlijke criticus. De innerlijke criticus is immers een belangrijk aspect van de focusingtrainingen. Nagaan hoe de innerlijke criticus door de

jongeren ervaren wordt na de focusingtrainingen geeft naar mijn aanvoelen een duidelijker beeld van de werkzaamheid van de focusingtrainingen. Men kan immers nagaan of er veranderingen zijn opgetreden in de manier waarop de innerlijke criticus ervaren wordt door de jongeren. Samenvattend kan gesteld worden dat het voor verder onderzoek een uitdaging is om een geschikte methodiek te vinden om de werkzaamheid van focusingtrainingen na te gaan bij adolescenten in residentiële en ambulante begeleiding (en eventueel andere doelgroepen).

Een andere beperking van de voorliggende studie is dat we niet beschikken over voldoende achtergrondinformatie om mogelijke resultaten van een vragenlijst beter te kaderen. Verder kunnen er op basis van de achtergrondinformatie zowel factoren gevonden worden ten voordele als ten nadele van de werkzaamheid van focusingtrainingen. Zoals reeds hierboven aangehaald is het voor verder onderzoek een uitdaging om de jongeren zelf, de ouders en/of de begeleiders meer aan het woord te laten. Op die manier kan er ook een duidelijker beeld gevormd worden waarom de jongeren de focusingtrainingen volgen, deze informatie ontbreekt nog bij dit onderzoek.

Ook is het voor verder onderzoek een uitdaging om na te gaan of focusingtrainingen dienen bijgestuurd te worden om de werkzaamheid van focusingtrainingen te optimaliseren. Ook in de trainingen kunnen mogelijke hiaten zitten. Zo kunnen bijvoorbeeld de trainingen niet aansluiten bij wat de adolescenten specifiek nodig hebben om een oplossing te vinden voor hun problemen alsook om veranderingen teweeg te brengen. Het zal voor de begeleider van de trainingen ook een uitdaging vormen om na te gaan of de adolescenten nood hebben aan de vaardigheid focusing of dat een andere interventie meer prioriteit heeft. In de studie hebben de adolescenten hetzelfde programma doorlopen ongeacht hun type van begeleiding alhoewel er wel minimale verschillen bestaan tussen de adolescenten. Zo vertonen de adolescenten uit de residentiële voorziening bijvoorbeeld externaliserende problemen, een fenomeen dat we niet terug zien bij de adolescenten uit de ambulante privépraktijk. Ook kan er de vraag gesteld worden of de adolescenten geen nood hebben aan verdere opvolging na de focusingtrainingen. Misschien kan het ook een meerwaarde vormen om na de focusingtrainingen nog een aantal bijeenkomsten te plannen waarbij de adolescenten de kans krijgen om hun ervaringen met andere adolescenten te delen. Zo kan er bijvoorbeeld gepraat worden over situaties waarin ze de vaardigheid focusing hebben gebruikt en welke veranderingen dit met zich had meegebracht. Adolescenten kunnen dan ook nog na de focusingtrainingen van elkaar leren. Verder kunnen ze ook samen met een andere adolescent het focusingproces doorlopen voor een bepaalde situatie. Voor verder onderzoek kan het misschien een optie zijn om de werkzaamheid van focusingtrainingen te gaan meten aan de hand van bevragingen na bepaalde intervallen na de focusingtrainingen.

Tenslotte is het voor verder onderzoek een uitdaging om na te gaan welke jongeren in aanmerking komen of anders gezegd baat hebben bij het volgen van focusingtrainingen. De vaardigheid focusing kent reeds een ruim toepassingsgebied. De volgende vraag kan hierbij gesteld worden: 'Heeft elke jongere geen baat bij het volgen van focusingtrainingen? Kan de vaardigheid focusing niet elke jongeren helpen bij een mogelijke blokkade?'. Vervolgens kan in verder onderzoek nagegaan worden of het zinvol is om de vaardigheid focusing te implementeren in bepaalde types van interventie. Anders gezegd: 'Vormt de vaardigheid focusing een meerwaarde in verschillende vormen van therapie?'

5.3 Algemene conclusie

Algemeen kan er geconcludeerd worden dat op basis van dit onderzoek de werkzaamheid van de focusingtrainingen bij de adolescenten in residentiële en ambulante begeleiding niet aangetoond kan worden. Op de vraag of het zinvol is om met deze vaardigheid te werken in een residentiële voorziening of in ambulante begeleiding kan ook op basis van de voorliggende studie geen antwoord gegeven worden.

Bovenstaande conclusie heeft zijn weerslag op het beleid en de praktijk. In het werkveld zal men een afweging moeten maken in hoeverre het zinvol is om deze focusingtrainingen verder aan te bieden. Men kan zich ook gaan afvragen of focusing de interventie bij uitstek is om te beantwoorden aan de hulpvraag van de adolescent. Focusing is immers een werkvorm dat zich situeert naast verschillende andere interventies. Het zal daarom steeds belangrijk zijn om niet te focussen op één type van interventie. Vervolgens moet men nog verder onderzoek voeren naar de werkzaamheid van focusingtrainingen vooraleer deze trainingen verder uit te breiden naar andere settings. Zo gebruikt men bijvoorbeeld de vaardigheid focusing in scholen, waar leerlingen focussen met behulp van leerkrachten. Het toepassen van deze vaardigheid kan mogelijk verhoogd worden door het aanbieden van focusingtrainingen. Leerlingen kunnen dan ook buiten de schoolsetting de vaardigheid toepassen met of zonder de hulp van de leerkracht. Vervolgens kan men ook nagaan of de werkzaamheid van focusingtrainingen kan geoptimaliseerd worden door deze training aan te bieden in combinatie met een andere vorm van interventie en/of training. Tenslotte zal het een uitdaging zijn om na te gaan of de aangeleerde vaardigheid nog wordt toegepast na de focusingtrainingen en/of dat opvolging noodzakelijk is. Het is duidelijk dat er rond dit topic nog nood is aan verder onderzoek.

Bibliografie

- Abela, J., & Hankin, B. (2008). *Handbook of Child and Adolescent Depression*. Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 49-74.
- Barber, B. (2002). *Intrusive parenting. How psychological control affects children and adolescents*. Washington : American Psychological Association.
- Bardieu, F., Rodriguez- Thome, H., Chohen-Zardi, M. F., Delmas, C., & Janvoi, B. (1999). Effects de la puberté sur les image de soi des adolescents. *Archives de Pédiatrie*, 952-957.
- Beam, M. R., Gil-Rivas, V., Greenberg, E., & Chen, C. (2002). Adolescent problem behavior and depressed mood: Risk and protection within and across social contexts. *Journal of Youth and Adolescence*, 343-357.
- Berk, L. E. (2010). *Development Through the Lifespan*. Pearson.
- Bhatti, B., Derezotes, D., Kim, S., & Specht, H. (1989). The Association Between Child Maltreatment and Self-Esteem. In A. Mecca, N. Smelser, & J. Vasconcellos, *The social importance of self-esteem* (pp. 24-71). California: Berkeley .
- Boer, F. (2010). Internaliserende problemen. In W. Slot, & M. van Aken, *Psychologie van de adolescentie: Basisboek* (pp. 180-200). Baarn, Utrecht, Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Bosma, H. (2010). Identiteitsontwikkeling. In W. Slot, & M. van Aken, *Psychologie van de adolescentie: Basisboek* (pp. 161-179). Baarn, Utrecht, Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Brybaert, M. (2006). *Psychologie*. Gent: Academia Press.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Lacono, W. (2003). Parent- Child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, 505-513.
- Chan, D. W. (1997). Depressive symptoms and perceived competence among Chinese secondary school students in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 303-319.
- Chorpita, B., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. . *Psychological Bulletin*, 3-21.
- Coffeng, T., & Vlerick, E. (2008). Focusing en de experiëntiële aspecten van psychotherapie. In G. Lietaer, G. Vabaerschot, J. Snijders, & R. Takens, *Handboek gesprekstherapie: De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (p. Hoofdstuk 7). Utrecht: De Tijdstroom.
- Cole, D., Martin, J. M., Powers, B., & Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 258-270.
- Cornell, A. W. (1998). *De kracht van focussen, luister naar je lijf kan je leven veranderen, een praktische gids*. Haarlem: De Toorts.

- Costanzo, P., Miller-Johnson, S., & Wencel, H. (1995). Social development. In J. March, *Anxiety disorders in children and adolescents*. (pp. 82-108). New-York: Guilford Press.
- De Rubeis, S., & Hollenstein, T. (2009). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 477-482.
- de Wit, J., van der Veer, G., & Slot, N. W. (1995). *Psychologie van de adolescentie*. Baarn: Intro.
- Dekovic, M., & Buist, K. (2010). Psychosociale ontwikkeling: de rol van het gezin. . In W. Slot, & M. van Aken, *Psychologie van de adolescentie: Basisboek*. (pp. 111-129). Baarn, Utrecht, Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Depestele, F. (1984). Ervaringsgerichtheid en Gendlins begrip 'felt sense'. In G. Lietaer, P. Van Praag, & J. Swildens, *Client-Centered: Psychotherapie in Beweging* (pp. 87-109). Leuven: Acco.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K., Conger, K., & Conger, R. (2007). A three- wave longitudinal study of self- evaluations during young adulthood. *Journal of Research in Personality*, 453-472.
- Doreleijers, T., Crone, E., & Jansen, L. (2010). Biologische ontwikkeling. In W. Slot, & M. van Aken, *Psychologie van de adolescentie: Basisboek* (pp. 39-49). Baarn, Utrecht, Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Duron, L. (1988). Focusing as a means to help a child with learning difficulties. *The Folio*.
- Elchardus, M., De Groof, S., Debusscher, M., Derks, A., Glorieux, I., Hooghe, M., . . . Stevens, F. (1999). *Zonder maskers: een actueel portret van jongeren en hun leraren*. Gent: Globe.
- Elison, J., Lennon, R., & Pulos, S. (2006). Investigating the Compass of Shame: The development of the Compass of Shame Scale. *Social Behavior and Personality*, 221-238.
- Endler, N. S., Parker, J. D., & Butcher, J. N. (2003). A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology*, 1049-1054.
- Fegurson, T., Stegge, H., Miller, E. R., & Olsen, M. E. (1999). Guilt, shame and symptoms in children. *Developmental Psychology*, 347-357.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS, third edition*. Sage.
- Fischer, M., Kramer, R. A., Hoven, C. W., Greenwald, S., Algeria, M., Bird, H. R., . . . Moore, R. E. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 121-131.
- Flett, L. G., Blankstein, K. R., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies and depressive symptoms. *Elsevier*, 221-228.
- Gall, W., & Portzky, M. (2008). *RS-nl: Resilience Scale- Nederlandse versie, handleiding*. Harcourt.

- Garfski, N., & Diekstra, R. F. (1997). Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence: Gender differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 323-329.
- Gecas, V. (1982). The Self-Concept. *Annual Review of Sociology, Volume 8* , pp. 1-33.
- Gendlin, E. (1970). A Theory of Personality Change. In J. T. Hart, & T. M. Tomlinson, *New Directions in Client- Centered Therapy* (pp. 129-174). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Gendlin, E. (1981). *Focussen, gevoel en je lijf*. Haarlem: De Toorts.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing- oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Gladstone, T. R., & Kaslow, N. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta- analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 597-606.
- Goedhart, A., Treffers, D., Van den Bergh, B. A., & De Rycke, L. (sd). *Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten*. Swets & Zeitlinger.
- Goedhart, A., Treffers, D., Veerman, J. d., Ackaert, L., & de Rycke, L. (2002). *Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA) Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Greenberg, L. (2012). *Emotiegerichte therapie in de praktijk* . Amsterdam: Hogrefe .
- Hall, S. (1904). *Adolescence; its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. Opgehaald van <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id= uc2.ark:/13960/t22b8zc8t;view= 1up;seq= 7>
- Heintz, F. (1997). Teaching Focusing to Children 10-14 Years Old. In *The Folio* (pp. 55-56).
- Heuves, W. (2006). *Pubers, ontwikkeling en problemen*. Assen: Van Gorcum.
- Hooge, J., Decaluwe, L., & Goosens, L. (2000). Identiteit en psychisch welbevinden. In H. De Witte, J. Hooge, & L. Walgrave, *Jongeren in Vlaanderen: gemeten en geteld*. (pp. 35-57). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Huerta, R., & Brizuela- Gamino, O. L. (2002). Interactions of pubertal status, mood and selfesteem in adolescent girls. *Journal of Reproductive Medicine*, 217-225.
- Huysmans, H. (2007). Tevreden over zichzelf, de buurt en met een gevoel van veiligheid op weg naar een hoopvolle toekomst. In N. Vettenburg, M. Elchardus, & L. Walgrave, *Jongeren in cijfers en letters. Bevindingen uit JOP- monitor 1* (pp. 161-174). Leuven: LanooCampus.
- Junger, M., Mesman, J., & Meeus, W. (2003). *Psychosociale problemen bij adolescenten*. Assen: Van Gorcum.
- Kovacs, M., Obrosky, D., & Sherill, J. (2003). Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. *Journal of Affective Disorders*, 33-48.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Rafaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 45-59.

- Laitinen- Krispijn, S., Van der Ende, J., Hazebroek- Kampschreur, A. A., & Verhulst, F. C. (1999). Pubertal maturation and the development of behavioural and emotional problems in early adolescence. . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 16-25.
- Leijssen, M. (1992). Experiential focusing through drawing. *The Folio*.
- Maas, R. (1984). Focusing: aandacht voor het onmiddellijke ervaren. In G. Lietaer, P. H. Van Praag, & J. Swildens, *Client-Centered: Psychotherapie in Beweging* (pp. 303-327). Leuven: Acco.
- Malcarne, V. L., & Ingram, R. E. (1994). Cognition and negative affectivity. In T. Ollendick, & R. J. Prinz, *Advances in clinical child psychology*. (pp. 141-176). New York: Plenum.
- Marder, D. (1997). Sarah: Focusing and play therapy with a six-year old child. *The Folio*, 75-80.
- Meeus, W., Dekovic, M., & Noom, M. (1996). Opvoeding en probleemgedrag in de adolescentie. *Pedagogische Tijdschrift*, 325-340.
- Merkur, B. (1997). Focusing-using art with adolescents. *The Folio*, 51-54.
- Miller, S. M., Brody, D., & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 142-148.
- Mills, R. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 26-63.
- Milyamoto, R. H., Hishinuma, E. S., Nishimura, S. T., Nahulu, L. B., Andrade, N. N., Goebert, D., & Carlton, B. (2001). Path models linking correlates of self- esteem in a multi- ethnic adolscent sample. *Personality and Individual Differences*, 701-712.
- Mullis, R. L., & Chapman, P. (2000). Age, gender and self- esteem difference in adolescent coping style. *The Journal of Social Psychology*, 539-541.
- Myers, L., Fleming, M., Lancman, M., Perrine, K., & Lancman, M. (2013). Stress coping strategies in patients with psychogenic non-epileptic seizures and how they relate to trauma symptoms, alexithymia, anger and mood. *Elsevier*, 634-639.
- Neagu, G. V. (1988). *The Focusing Technique with children and Adolescents*. Opgehaald van <https://www.focusing.org/chfc/articles/en/neagu-foc-tech-ch-adol.htm>
- Op de beeck, H. (2009). De betekenis van persoonlijke relaties voor het zelfwaardegevoel van Vlaamse jongeren. In N. Vettenburg, J. Deklerck, & J. Siogners, *Jongeren binnenstebuiten: Thema's uit het jongerenleven onderzocht*. (pp. 23-45). Leuven: Acco.
- Pearson. (sd). *RS-nl/ Resilience Scale*. Opgehaald van <http://www.pearsonclinical.nl/rs-resilience-scale>
- Perreijn, S. (1993). Perspectieven op psychisch welbevinden. In A. J. Dieleman, *Jeugd in meervoud : theorieën, modellen en onderzoek van leefwerelden van jongeren* (pp. 279-325). Utrecht: de Tijdstroom.
- Petersen, A., Sarigiani, P., & Kennedy, R. (1991). Adolescent depression: why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 247-271.

- Rappaport, L. (1988). Focusing and art therapy. *The Focusing Connection*.
- Reijntjes, A., Stegge, H., Meerum Terwogt, M., Kamphuis, J., & Telch, M. (2006a). Children's coping with in vivo peer rejection: An experimental investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 877-889.
- Reimer, M. (1996). 'Sinking into the ground': The development and consequences of shame in adolescence. *Developmental review*, 321-363.
- Reintjes, A., Stegge, H., Meerum Terwogt, M., Kamphuis, J., & Telch, M. (2006b). Emotion regulation and its effects on mood improvement in response to in vivo peer rejection challenge. *Emotion*, 543-552.
- Renouf, A., & Harter, S. (1990). Low self-worth and anger as components of the depressive experience in young adolescents. *Development and Psychopathology*, 293-310.
- Robbins, R., & Trzendsniewski, K. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 158-162.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- Ross, C., & Broh, A. (2000). The Roles of Self-Esteem and the Sense of Personal Control in the Academic Achievement Process. *Sociology of Education*, 73 (4), pp. 270-284.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffit, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1092-1115.
- Santen, B. (1988). Focusing with a borderline adolescent. *Person-centered Review*, 3, 442-462.
- Santen, B. (1999). Focusing as a therapeutic technique with children and young adolescents. In S. Schaefer, *Innovative psychotherapy techniques in child and adolescent therapy* (pp. 384-413). New York: Wiley.
- Sentse, M., & Caird, R. D. (2010). Parent-Child Relationship and Dyadic Friendship Experiences as Predictors of Behavior Problems in Early Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 873-884.
- Sholte, R., & Engels, R. (2010). Psychosociale ontwikkeling: de invloed van leeftijdsgenoten. In W. Slot, & M. van Aken, *Psychologie van de adolescentie: Basisboek* (pp. 130-145). Baarn, Utrecht, Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Silk, J., Steinberg, L., & Morris, A. (2003). Adolescent's emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 1869-1880.
- Slot, W., & van Aken, M. (2010). *Psychologie van de adolescentie: Basisboek*. Baarn, Utrecht, Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Smari, J., Petursdottir, D., & Porsteindottir, V. (2001). Social anxiety and depression in adolescents in relation to perceived competence and situational appraisal. *Journal of Adolescence*, 199-207.

- Smith, R., Webster, J., Parrot, W., & Eyre, H. (2002). The role of public exposure in the moral and nonmoral shame and guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 138-159.
- Stegge, H. (2010). Emotionele ontwikkeling. In W. Slot, & M. van Aken, *Psychologie van de adolescentie: Basisboek*. (pp. 66-81). Baarn, Utrecht, Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Stinckens, N. (sd). *Werken met de innerlijke criticus: Microtheorie van een procestaak*. Opgehaald van https://perswww.kuleuven.be/~u0014529/docs/Handboek_GPT_hfst_18.pdf
- Suls, J., Brody, D., & Summerton, J. (1985). The relative efficacy of avoidance and nonavoidance coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 249-288.
- Tram, J. M., & Cole, D. A. (2000). Self- perceived competence and the relation between life events and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 753-760.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robbins, R. W. (2003). Stability of self- esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 205-206.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self- esteem: A cross- temporal meta- analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 321-344.
- van der Meulen, M. (1993). Zelfbeeld en psychische functioneren. *Kind en adolescent*, 115-221.
- Van Hecke, G., & De Ridder, D. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations*. Swets & Zeitlinger.
- Vanaerschot, G., & Lietaer, G. (2008a). Het beleven als centrale focus. In G. Lietaer, G. Vabaerschot, J. Snijders, & R. Takens, *Handboek Gesprekstherapie: De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 29-48). Utrecht: de Tijdstroom.
- Vanaerschot, G., & Lietaer, G. (2008b). Persoonlijkheidstheorie en theorie van persoonlijkheidsverandering. In G. Lietaer, G. Vanaerschot, J. Snijders, & R. Takens, *Handboek Gesprekstherapie: De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 139-159). Utrecht: de Tijdstroom.
- Verhulst, F. (2000). Inleiding en epidemiologie. In F. C. Verhulst, & F. Verheij, *Adolescentenpsychiatrie* (pp. 1-21). Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F., & Van der Ende, J. (sd). *Handleiding ASEBACH: Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar - CBCL/6-18, YSR, TRF*. Rotterdam: Aseba.
- Verliefde, E., & Stapert, M. (2003). *De kunst van het luisteren: communiceren met kinderen op school en thuis*. Leuven: Acco.
- Vermeiren, R., Bogaerts, J., Ruchkin, V., Deboutte, D., & Schwab-Stone, M. (2004). Subtypes of self-esteem and self-concept in adolescent violent and property offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 405-411.
- Vettenburg, N., Deklerck, J., & Siongers, J. (2010). Jong zijn in Vlaanderen. De belangrijkste bevindingen uit de JOP- monitor 2. In N. Vettenburg, J. Deklerck, & J. Siogners, *Jongeren in cijfers en letters. Bevindingen uit JOP- monitor 2*. (pp. 311-324). Leuven: Acco.

- Vlerick, E. (2006, mei). Focusing als leidraad voor het welbevinden van leerkrachten en hun teamwerking. *Praktijkgids voor de basisschool*, pp. 103-126.
- Vlerick, E. (2009). Focusingtraining voor adolescenten (15-18 jaar) met weinig zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 210-225.
- Wollants, G., Missiaen, C., & Leys, C. (2004). *Ervaringsgerichte begeleiding van A tot Z*. Turnhout: Faculteit voor Mens en Samenleving.
- Yuba, N., & Murayama, S. (1988). Clearing a space with drawing in play therapy . *The Folio*.

Bijlage

A. Inhoud en doelstellingen van de focusingtrainingen

| Sessie no. | Centrale thema | Lichaams-werk | Oefeningen/groepsactiviteit: beschrijving |
|------------|---|--|---|
| 1 | Introductie van het concept 'felt sense' | Contact maken met het lichaam door beweging | <ul style="list-style-type: none"> - Herbeleven van de lichamelijke indrukken van de dag: een geleide groepsoefening - Delen met de groep en reflectie bij toerbeurt - Enige theorie over de felt sense - Oefeningen: verbinding maken met en tekenen van de felt sense van een persoonlijk voorwerp - Huiswerk: maak een eigen felt sense- oefening + literatuur + afname van de volgende vragenlijsten: FCL-A, CBCL, YSR, CBSA |
| 2 | Focusingstappen en vaardigheden + Peer-to-peer focusing | Volg de impuls van je lichaam + Laat bewegingen ontstaan die verbonden zijn met je persoonlijke voorwerp | <ul style="list-style-type: none"> - Delen van het huiswerk met de groep en reflectie bij toerbeurt - Introductie van de rol van luisteraar - Informatie over de focusingstappen + vaardigheden - Voorbeeld van focusingsessie - Oefeningen: paarsgewijs focussen/ luisteren naar een persoonlijk voorwerp - Delen met de groep, vragen ... - Huiswerk: creëer een focusing-moment voor jezelf + literatuur |
| 3 | Ruimte maken + De felt sense onderzoeken | Laat je lichaam de richting bepalen | <ul style="list-style-type: none"> - Groepsoefening: ruimte maken + delen met de groep/reflecties - Oefening in paren: onderzoek de felt sense + bevragen - Vormgeven van de focusingsessie - Delen met de groep/reflecties, vragen ... - Huiswerk: focussen met iemand anders + literatuur |
| 4 | De felt sense onderzoeken + bevragen | Adem is cruciaal | <ul style="list-style-type: none"> - Delen met de groep/reflecties over huiswerk, wat is oké, moeilijkheden, stappen, en vaardigheden - Oefening: individueel focussen op een beslissing in je leven: voelen, ademen, tekenen, schrijven, onderzoeken,.. de felt sense - Delen met de groep/reflecties, vragen ... |
| 5 | Beschrijven van de innerlijke criticus | Body-weather- | <ul style="list-style-type: none"> - Kort delen met de groep/reflecties over huiswerk of |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | ontspanning. Hoe de innerlijke criticus je lichaam doet bewegen | vrij onderwer <ul style="list-style-type: none"> - Oefening: iedere deelnemer wordt gevraagd zijn innerlijke criticus te beschrijven: voelen, ademen, bewegen, de impact te tekenen, schrijven, onderzoeken, bevragen ... - Delen met de groep/reflecties, vragen... - Huiswerk: observeren van je innerlijke criticus + literatuur over hoe je hier mee om te gaan |
| 6 | Omgaan met de innerlijke criticus volgens focusingtechnieken | Korte vrije tijd om te ontspannen | <ul style="list-style-type: none"> - Kort delen met de groep/reflecties over huiswerk of vrij onderwerp - Overzicht van de karakteristieken van een innerlijke criticus versus een focusing houding - Mogelijkheden om de criticus te hanteren - Voorbeeld van een focusingsessie: werken met de criticus - Oefeningen in paren: omgaan met je criticus op een vriendelijke manier door diens functie in je leven te accepteren en empathisch te benaderen, met gebruik van twee stoelen en een luistercoach - Delen met de groep/reflecties, vagen ... |

(Vlerick, 2009)

Doel:

- Je leert je bewust te zijn welke gevoelens bij je opgeroepen worden in dagelijkse situaties.
- Je leert een passende afstand in te nemen tav gevoelens zodat deze je niet teveel overweldigen, noch dat ze teveel onderdrukt blijven.
- Je leert gevoelens te erkennen, te respecteren, te beluisteren en als een bondgenoot te gebruiken.
- Je leert de innerlijke kracht, creativiteit en wijsheid van je lichaam benutten.
- Je maakt ruimte om je eigen criticus beter te leren kennen en deze passend te benaderen.
- Je ontwikkelt je gevoel van eigenwaarde, je emotionele intelligentie en je oplossingsvermogen.
- Je leert zorgvuldig naar anderen te luisteren zodat je als partners met mekaar kunt focussen.

B. Een korte typering van de CBSA-schalen

| Schaal | Typering |
|-----------------------------|---|
| Schoolvaardigheden (Sv) | Hoe goed (knap of slim) vindt de adolescent zichzelf op school. Hoe kijkt hij tegen zijn schoolprestaties aan? |
| Sociale acceptatie (Sa) | Meent hij genoeg vrienden te hebben, kan hij makkelijk vrienden maken? Denkt de adolescent geliefd te zijn? Vindt de adolescent van zichzelf dat hij erbij hoort? |
| Sportieve vaardigheden (Sp) | Meent de adolescent goed mee te kunnen in sport, gymnastiek en buitenspelen? |
| Fysieke verschijning (Fv) | Hoe beoordeelt de adolescent zijn uiterlijk? Hoe vindt hij zichzelf eruit zien? |
| Gedragshouding (Gh) | Vindt de adolescent dat hij zich behoorlijk ('netjes') gedraagt, geen dingen doet die (moreel) niet mogen? Denkt de adolescent zich te gedragen zoals van hem wordt verwacht? |
| Hechte vriendschap (Hv) | Vindt de adolescent dat hij in staat is hechte vriendschappen te onderhouden, met vrienden met wie je een geheim kan delen of iets kan ondernemen? |
| Gevoel van Eigenwaarde (Ge) | Hoe beoordeelt de adolescent zichzelf in het algemeen, als persoon? Hoe is zijn gevoel van eigenwaarde? |

(Goedhart, Treffers, Veerman, Ackaert, & de Rycke, 2002)

C. Een overzicht van de probleemschalen van de CBCL en de YSR.

- **Syndroomschalen**

- Angstig/Depressief
- Teruggetrokken/Depressief
- Lichamelijke Klachten
- Sociale Problemen
- Denkproblemen
- Aandachtsproblemen
- Aandachtstekort
- Hyperactiviteit-Impulsiviteit
- Regelovertrekend Gedrag
- Agressief Gedrag
- Internaliseren (Angstig/Depressief, Teruggetrokken/Depressief, Lichamelijke Klachten)
- Externaliseren (Regelovertrekend Gedrag, Agressief Gedrag)
- Totale problemen (Som van alle problemen)

- **DSM-schalen**

- Affectieve Problemen
- Angstproblemen
- Lichamelijke Problemen
- Aandachtstekort/Hyperactiviteitsproblemen
- Aandachtstekort
- Oppositioneel Opstandige Problemen
- Gedragsproblemen

- **2007-schalen**

- Obsessief-Compulsieve Problemen
 - Posttraumatische Stressproblemen
 - Traag Denktempo
 - Positieve Eigenschappen
-

(Verhulst & Van der Ende)