



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

COMET voor kinderen en jongeren

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 14 februari 2020

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Peters (maart 2020).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	16
4. Onderzoek	21
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	21
5. Samenvatting Werkzame elementen	23
6. Aangehaalde literatuur	24

Samenvatting

'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren' is een interventie voor kinderen en jongeren met een negatief zelfbeeld. De methode is gebaseerd op COMET (Competitive Memory Training) voor volwassenen waar een gefundeerde theoretische basis onder ligt en veelvuldig onderzoek naar gedaan is met positieve resultaten. De training voor kinderen en jongeren bestaat uit een groepsvariant (8 groepssessies) en een individuele variant (7 sessies). Een negatief zelfbeeld is een belangrijke component van verschillende psychische stoornissen en heeft een negatief effect op persoonlijke groei en ontwikkeling. Bovendien zijn er kinderen en jongeren waarbij het negatieve zelfbeeld als primaire klacht kan worden beschouwd. De kindertijd, de periode voor de adolescentie is een kritieke periode als het gaat om de ontwikkeling van het zelfbeeld. Om deze reden is het belangrijk dat er interventies bestaan die dienen om de eigen waardering en competenties te bevestigen (Erol & Orth, 2011; Verheij et al., 2007). Uit eerste pilotonderzoeken blijkt dat bij kinderen en jongeren met verschillende problematiek positieve resultaten worden gemeten.

Doelgroep

De training is bedoeld voor kinderen en jongeren met een negatief zelfbeeld, die daardoor belemmerd worden in hun dagelijks functioneren. Het individuele protocol is geschikt voor de leeftijd 8 tot en met 18 jaar. Het groepsprotocol is geschikt voor de leeftijd 12 tot en met 24 jaar.

Doel

Het doel van de training is dat het kind of de jongere aan het eind van de training een positiever zelfbeeld heeft ontwikkeld; gemeten middels vragenlijsten zoals de CBSA/K en de RSES.

Aanpak

De training is gebaseerd op Competitive Memory Training (COMET), een cognitief gedragstherapeutische methode die gebaseerd is op principes van contra-conditionering. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van positieve aandachtstraining. De training bestaat uit 7 sessies (individuele training) of 8 sessies (groepstraining) en een oudersessie. Binnen de training wordt middels zeven stappen gewerkt aan een positiever zelfbeeld.

Materiaal

Om de training te kunnen uitvoeren zijn de handleiding en het werkboek van ofwel de groepstraining ofwel de individuele training nodig. Er wordt met het kind/de jongere gewerkt in het werkboek tijdens de sessies.

Onderbouwing

Binnen de COMET wordt uitgegaan van de theorie van Brewin (2006), waarbij aangenomen wordt dat er in het langetermijngeheugen netwerken bestaan waarin, afhankelijk van de situatie waarin je je bevindt, een bepaald netwerk vaker geactiveerd wordt. Er ontstaat dan een hiërarchie van vaak gebruikte netwerken, waardoor de kans dat die optreden groter wordt (Brewin, 2006). Aan de hand van COMET worden positieve herinneringen, gedachten en gevoelens geactiveerd door deze herhaaldelijk op te roepen. Dit veranderingsproces wordt versterkt door het betrekken van verschillende zintuigen, een trotse houding en gezichtsuitdrukking (Holmes, Mathews, Dalgleish & Mackintosh, 2006), zelfspraak (Posthuma & Lange, 1999) en muziek (Van der Does, 2002). Op die

manier komt het functionele netwerk hoger in de hiërarchie. Bij contra-conditionering verandert het negatieve zelfbeeld door een positief gevoel over zichzelf te koppelen aan onzekere situaties en het positieve gevoel uiteindelijk te laten 'winnen' in de strijd (Brewin, 2006). Tevens wordt aandacht besteedt aan de negatieve aandachtsbias die bij deze kinderen en jongeren bestaat door middels oefeningen de aandacht te richten op positieve elementen van zichzelf en zijn of haar omgeving (Reijntjes et al., 2010). Ten slotte is een oudersessie toegevoegd die middels psycho-educatie ingaat op de invloed van ouders op het zelfbeeld van hun kind en ouders als co-therapeuten kunnen worden ingezet voor het ondersteunen van het oefenen en generalisatie van het geleerde.

Onderzoek

COMET is met bescheiden steekproeven onderzocht bij volwassenen en kinderen. Bij volwassenen is na het volgen van COMET een verbetering gevonden op het negatieve zelfbeeld, autonomie en depressie (Korrelboom, Maarsingh & Huijbrechts, 2012). Ekkers en collega's (2011) vonden tevens een verbetering van het zelfbeeld van depressieve volwassenen. Daarnaast vond Staring et al (2016) dat na het volgen van COMET het zelfbeeld bij volwassenen met een angststoornis verbeterde. Bij kinderen en jongeren werden zowel in de groepstraining als individueel veranderingen gevonden op gedragswaardering en globale zelfwaarde, alsmede een afname van stemmingsklachten (Galesloot, Van Steensel, Kuin, & Bögels, 2014). Bij de groepstraining werd een significante verbetering van het zelfbeeld gevonden en een kleine afname van stemmingsklachten (Reyers, 2016). Door de opzet van de studies kan echter niet bewezen worden of deze veranderingen alleen door COMET zijn veroorzaakt.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

COMET is bedoeld voor kinderen en jongeren van 8 t/m 24 jaar met een negatief zelfbeeld, die daardoor belemmerd worden in hun dagelijks functioneren. Het individuele protocol is geschikt voor de leeftijd 8 tot en met 18 jaar. Het groepsprotocol is geschikt voor de leeftijd 12 tot en met 24 jaar. De therapeut kan het taalgebruik en de oefeningen aanpassen aan de leeftijd.

Een negatief zelfbeeld kan bijvoorbeeld tot uiting komen in onzekerheid over het uiterlijk, verlegenheid in sociale situaties, beïnvloedbaar zijn door leeftijdsgenoten of het moeilijker aangeven van grenzen. Hierdoor durft de jongere bijvoorbeeld niet meer naar school, ontwikkelt hij/zij gedragsproblemen of stemmingsklachten die het kind/de jongere belemmeren in zijn/haar ontwikkeling. Zo kan een jongere in de klas geen vragen meer durven te stellen, uit angst 'dom' gevonden te worden en daardoor onnodig doubleren of afglijden naar een lager niveau.

Soms staat het negatieve zelfbeeld op zichzelf en speelt er daarnaast geen andere psychopathologie. Vaker is het een (onder)deel van de problematiek en is er daarnaast sprake van andere vormen van psychopathologie, zoals stemmingsproblemen, angsten, gedragsproblemen, schoolweigering, ontwikkelingsproblematiek of systeemproblematiek.

Intermediaire doelgroep

Omdat de interventie zich primair richt op de kinderen en jongeren zelf, kunnen ouders hier gezien worden als intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

De belangrijkste indicatie is dat er sprake is van een negatief zelfbeeld.

Indicaties

- Er is sprake van een negatief zelfbeeld of een negatieve eigenwaarde: benoemd door het kind/de jongere of belangrijke anderen in zijn/haar omgeving, of zoals blijkt uit beneden gemiddelde tot lage scores op vragenlijsten die het zelfbeeld of de zelfwaardering meten, zoals de CBSK/A (scores onder het 15e percentiel; Treffers et al., 2006) of de RSES (ruwe score lager dan 15; Rosenberg, 1965).
- Kind of jongere kan (eventueel met hulp van ouders of andere belangrijke anderen) minimaal één positieve eigenschap plus één voorbeeld daarvan noemen, dit omdat de training start met het versterken van het positieve zelfgevoel gerelateerd aan deze positieve eigenschap(en).
- Kind of jongere is gemotiveerd voor de (groeps)training.

Contra-indicaties

- Het negatieve zelfbeeld kan direct worden afgeleid uit een traumatische of ingrijpende ervaring, waarbij vanuit klinische ervaring de indruk is dat dit de interventie in de weg kan staan. Wanneer de leerervaringen, opgeslagen als herinneringen, posttraumatische stress klachten veroorzaken (deze dus voldoen aan het a-criterium van PTSS en posttraumatische stress symptomen als gevolg hebben), zoals bijvoorbeeld vastgesteld met de CAPS-CA, dan dient deze eerst behandeld te worden. Wanneer er wel sprake is van beschadigende leerervaringen en herinneringen op het gebied van het zelfbeeld, maar deze voldoen of niet aan

het a-criterium van PTSS, of er zijn geen posttraumatische stress symptomen, maar wel een negatief zelfbeeld, dan is COMET geïndiceerd.

- Wanneer ouders ook in het heden een belangrijke negatieve invloed uitoefenen op het zelfbeeld, en de oudersessie onvoldoende lijkt om dit te ondervangen, is systeemtherapie (eventueel naast COMET) te overwegen.
- Zeer ernstige klinische depressie met suïcidale gedachten, waarbij behandeling gericht op deze klachten en suïcide-preventie de voorkeur heeft. Ook hierin dient overwogen te worden of dit de interventie in de weg staat, bijvoorbeeld doordat er nauwelijks meer positieve gedachten zijn (hierdoor zal diegene waarschijnlijk al niet gemakkelijk voldoen aan de indicatie van het noemen van een positieve eigenschap).
- Specifiek voor de groepstraining: het kind of de jongere moet kunnen functioneren in een groep. Er kunnen bijvoorbeeld problemen ontstaan bij zeer sociaal angstige of impulsief agressieve kinderen of jongeren.

Betrokkenheid doelgroep

In 2012 hebben de ontwikkelaars het COMET-protocol (Korrelboom, 2011) vertaald en doorontwikkeld voor de klinische praktijk in de jeugdhulpverlening en jeugd-GGZ. Bij het doorontwikkelen van het protocol is dit systematisch met jongeren en betrokkenen geëvalueerd. Zo waren er suggesties op het gebied van de lengte en inhoud van de tekst, de manier van inzet van oefeningen, verdeling van de verschillende onderdelen en het aantal en duur van de sessies. Dit heeft geresulteerd in een definitieve versie voor uitgave (Kuin & Peters, 2014). Gedurende de periode van 2012-2014 hebben ruim 30 jongeren mee gewerkt aan het protocol en is het protocol aangepast op taalgebruik, vorm en zijn een aantal oefeningen aangepast. Ook hebben jongeren mee gedacht over het visueel aantrekkelijk vormgeven van het protocol.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van de training is dat het kind of de jongere een positiever zelfbeeld ontwikkelt. Verbetering in het zelfbeeld kan gemeten middels vragenlijsten zoals de CBSK/A en/of de RSES.

Subdoelen

Algemene doelen:

1. De deelnemers worden vaardiger in het oproepen van een positief zelfgevoel;
2. De deelnemers kunnen een positief zelfgevoel vasthouden ondanks dat zij denken aan een negatieve/onzekere situatie
3. De deelnemers kunnen de aandacht beter richten op positieve ervaringen;
4. De deelnemers leren met ondersteuning van ouders het geleerde ook in andere situaties toe te passen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Kinderen of jongeren kunnen, meestal in de Jeugd-GGZ of jeugdzorg setting, aangemeld worden voor de training. In veel gevallen zijn het ouders of directe betrokkenen uit de omgeving van het kind/jongere (bijvoorbeeld leerkracht, mentor, behandelaar) die het initiatief nemen tot aanmelding. Zij zullen bij hun kind of jongere opmerken dat zij bijvoorbeeld last hebben van onzekerheid, negatieve opmerkingen over zichzelf maken, moeite hebben met opkomen voor zichzelf of dat zij negatief beïnvloedbaar zijn door leeftijdsgenoten.

Voor de training is het van belang dat het kind/jongere zelf gemotiveerd is om aan de training deel te nemen, zij zullen het ermee eens moeten zijn dat er bij hen sprake is van een negatief zelfbeeld. Dit kan worden uitgezocht in het indicatiegesprek, hier wordt verderop verder op ingegaan.

De training bestaat uit een groepsvariant en een individuele variant. De groepstraining is geschikt voor jongeren tussen de 12 en 24 jaar, de individuele training voor kinderen en jongeren van 8 t/m 18 jaar. Deze leeftijdscategorieën zijn vrij breed waardoor kinderen of jongeren in verschillende ontwikkelingsfasen dezelfde training volgen. We hebben geen klinische aanwijzingen dat de vermeende werkzame elementen anders zijn voor de verschillende leeftijdsgroepen. Binnen de technieken en oefeningen bestaat ruimte om deze op zo'n manier te presenteren dat hier een bij de leeftijd passende invulling aan gegeven kan worden. Binnen het samenstellen van de groep bij de groepsvariant wordt gezien in de klinische praktijk gezien dat de groep daarin ondersteunend is en dat er geen duidelijke voordelen opgemerkt worden in het verder homogeen of heterogeen maken van de groep. De gemeenschappelijkheid van de groepsleden is dat eenieder werkt aan het verbeteren van zijn of haar zelfbeeld en twaalf jaar of ouder is. De ervaring leert dat motivatie en gezamenlijke commitment om aan het zelfbeeld te werken belangrijkere aspecten zijn dan leeftijdsverschil of een andere achtergrond.

Zowel de groepstraining als de individuele training volgen de stappen zoals deze door Korrelboom zijn beschreven (Korrelboom, 2011):

1. Vaststellen negatief zelfbeeld
2. Uitgangspunt en rationale
3. Bepalen incompatibel positief tegenbeeld
4. Illustreren met concrete tegenvoorbeelden
5. Emotioneel versterken tegenvoorbeelden:
 - a. imaginatie

- b. zelfspraak
 - c. lichaamshouding en gelaatsuitdrukking
 - d. muziek
6. Verbinden van positieve zelfbeoordeling aan moeilijke situaties 1 ('immuun maken')
7. Verbinden van positieve zelfbeoordeling aan moeilijke situaties 2 (coping oftewel EHBO).

Deze stappen moeten bij beide varianten in ieder geval doorlopen worden.

Hieronder een schema hoe deze stappen in de trainingen terugkomen.

Sessie	Groepstraining met 4-6 deelnemers 60 minuten per bijeenkomst	Individuele training 45 minuten per sessie
Indicatiegesprek	Stap 1 en 2	Stap 1 en 2
1	Stap 1 en 2; Groepsvorming	Stap 1 en 2; start positief dagboek en positieve aandachtstraining (blijft gehele training)
2	Stap 3 en 4; Positieve herinneringen, belangrijke anderen	Stap 3 en 4; complimenten belangrijke anderen
3	Stap 5a en b; Poster zelfspraak	Stap 5 a en b
Oudersessie	Voortgang, psycho-educatie, oefenen	
4	Stap 5c en d	Stap 5 c en d; Exposure-opdrachten
5	Stap 6	Stap 5 c en d; Multidimensioneel evalueren, Promoposter
6	Stap 6; Start promoposter	Stap 6
7	Stap 7	Stap 7
8	Promoposter presenteren, evaluatie, certificaten	
Eindgesprek		

Bij de groepstraining gaat het om acht wekelijkse sessies en bij de individuele training om zeven wekelijkse sessies, afhankelijk van hoe snel er door de stof heen gegaan kan worden. Aan het einde van de sessies wordt (indien ouders het kind brengen en halen) kort aan ouders uitgelegd wat er gedaan is en welk huiswerk er gegeven is, indien kind/jongere daarmee akkoord gaat. Als jongeren geen toestemming geven voor overleg met ouders, wordt de rechten en plichten besproken en uitgelegd, welke passen bij de beroepsgroep waar een behandelaar lid van is. De leeftijd van de jongeren is hierbij medebepalend. De groep bestaat uit minimaal 4 en maximaal 6 deelnemers met twee trainers. Hierdoor is er nog voldoende individuele aandacht maar kan er ook geprofiteerd worden van het werken in groepjes (Ringrose, 1998; Steerneman, 1997).

Omdat er regelmatig sprake is van andere problematiek naast het negatieve zelfbeeld, wordt COMET in de praktijk vaak ingezet naast of als onderdeel van een groter behandel aanbod. Wanneer 'beschadigende leerervaringen' waaruit het negatief zelfbeeld ontstaan is, in het heden nog voortduren, dan zal dit eerst aangepakt moeten worden.

Inhoud van de interventie

Zoals hierboven te lezen is bestaat er een groepsversie en een individuele versie. Die onderling op bepaalde punten van elkaar verschillen, maar veelal hetzelfde zijn. Of je kiest voor de groepsvariant of de individuele variant hangt af van verschillende factoren, dit hangt onder andere af van de indicaties en contra-indicaties. Tevens moet bij deze interventie rekening worden gehouden met het leeftijdsverschil in de twee varianten die soms tot een keuze dwingen. Beide hebben hetzelfde doel (het verbeteren van het zelfbeeld) en beide maken van dezelfde technieken en vermeende werkzame elementen

gebruik. Er is dus sprake van één interventie met twee varianten; individueel en groep. Toch zijn er enige nuance verschillen in de uitvoering waar voors en tegens mee samenhangen. Zo heeft groepsbehandeling in het algemeen als voordeel dat therapeutische factoren meespelen die in een individuele behandeling niet of in mindere mate meespelen. Het gaat dan om aanvaarding in de groep, universaliteit (zien dat je niet de enige bent met dit probleem), hoop (door te zien dat anderen vooruitgang boeken), altruïsme (door te zien dat je iets voor de ander kan betekenen), zelfonthulling, begeleiding vanuit de groepsleden, leren van voorbeeldgedrag, feedback en inzicht en ten slotte catharsis (het luchten van je hart en het delen van emoties in de groep) (de Haas, 2008). Bij kinderen en (met name) jongeren kunnen deze effect sterker zijn, doordat zij in deze ontwikkelingsfase (steeds meer) gericht zijn op beoordeling door en acceptatie van leeftijdsgenoten bij het vormen van hun zelfbeeld (Bond, Carlin, Thomas, Rubin & Patton, 2001).

Een reden om ondanks deze voordelen te kiezen voor de individuele variant is dat het binnen de groepstraining minder gemakkelijk is om van het programma af te wijken wanneer dit voor een individuele deelnemer nodig wordt geacht. Binnen de individuele variant kan dit wel, bijvoorbeeld wanneer het tempo te hoog ligt of wanneer blijkt dat extra aandacht besteedt moet worden aan het aanleren of herhalen van een bepaald onderdeel of techniek. Binnen deze variant dienen in ieder geval alle stappen rondom contraconditionering doorlopen te worden (zie blz. 8-9), waarbij geoefend wordt met lichaamshouding, mimiek, zelspraak en muziek, alsmede met het oefenen om een positief gevoel vast te houden tijdens moeilijke momenten. Tevens kan het (zoals in de indicaties en contra-indicaties beschreven wordt) zijn dat het voor een kind of jongere (op dat moment) niet als passend wordt ingeschat om in een groepstraining deel te nemen. Bijvoorbeeld omdat het kind of de jongere last heeft van ernstige sociale angst of wanneer ingeschat wordt dat diens houding of gedrag in de groep negatieve beoordeling van zijn of haar groepsgenoten oproept. Ook kunnen er praktische omstandigheden zijn waardoor het vormen van een groep van 4-6 deelnemers en twee trainers niet mogelijk blijkt te zijn (bijvoorbeeld in een kleinere praktijk) en er daarom gekozen wordt voor het toepassen van de individuele variant.

Tijdens het **individuele indicatiegesprek** wordt aandacht besteed aan stap 1 en 2 van de COMET: Het vaststellen van het negatieve zelfbeeld en het uitgangspunt en rationale. Specifiek bij de groepstraining wordt iets verteld over aan- en afwezigheid.

Tijdens **de eerste bijeenkomst** wordt in de individuele training gestart met het kort vaststellen van het negatieve zelfbeeld en uitleg hierover (stap 1 en 2). Er wordt gevraagd de negatieve gedachte te formuleren, waarbij het niet nodig is dit heel precies te formuleren, maar wel in de goede richting zal moeten zijn. In stap 3 wordt namelijk gezocht naar een positieve gedachte, en idealiter is deze het meest onverenigbaar met de hier geformuleerde negatieve gedachte. Daarnaast wordt uitgelegd wat een zelfbeeld is, hoe dit kan ontstaan, welke rol (oneerlijk) vergelijken hierin speelt en wat het doel van de training is.

Een voorbeeld van hoe dit in de groepstraining gedaan kan worden:

"...Een negatief zelfbeeld betekent dus dat je negatief over jezelf denkt, meestal specifiek over een aspect of een aantal onderwerpen die met jezelf te maken hebben. Hoe denken jullie dat je aan zo'n negatief zelfbeeld komt? ... Dit kan te maken hebben met wat je hebt meegemaakt. Je bent bijvoorbeeld gepest of je ouders waren steeds negatief tegen je. Ook kan het ermee te maken hebben dat je jezelf oneerlijk vergelijkt..."

"Het doel van deze training is aan de ene kant dat je gaat inzien dat het wel meevalt met de dingen waar je negatief naar kijkt. Ook is het doel om meer oog te krijgen voor je positieve eigenschappen en kenmerken, zodat er een betere balans komt tussen positief en negatief. Waarschijnlijk zullen jullie vooral kijken naar de negatieve dingen, en deze daarnaast ook heel belangrijk vinden..."

Ook wordt aandacht besteedt aan hoe de aandachtsbias werkt en waarom er geoeft zal worden met positief denken en het oproepen van positieve gevoelens. Vervolgens wordt begonnen met opdrachten om de positieve aandachtsbias te trainen; positieve plaatjes en woorden zoeken. Er wordt bijvoorbeeld een opdracht gegeven in tijdschriften te zoeken naar positieve plaatjes om te trainen de aandacht alleen te richten op het positieve. Ook staat er een verhaal beschreven met een negatieve inhoud, waarbij de opdracht is om te richten op de positieve eigenschappen van de hoofdpersoon. Als huiswerk wordt gestart met een positief dagboek: elke dag schrijft het kind/ de jongere op wat hij/zij die dag goed heeft gedaan/aangepakt/succes heeft behaald. In de eerste sessie van de groepstraining wordt aandacht besteed aan groepsvorming middels een kennismakingsspel en het opstellen van regels. Vervolgens komen stap 1 en 2 van de COMET aan de orde met dezelfde inhoud als in de individuele training. Deze bijeenkomst wordt afgesloten met het 'Rondje positief', waarbij alle deelnemers iets positiefs van de afgelopen week met de groep delen. Vanaf de tweede bijeenkomst wordt iedere bijeenkomst met het 'rondje positief' gestart.

De tweede bijeenkomst staat voor beide trainingen in het teken van positieve eigenschappen en herinneringen, de derde en vierde stap van de COMET. De deelnemers schrijven in hun werkboek zoveel mogelijk positieve eigenschappen van zichzelf op, al dan niet aan de hand van een positieve eigenschappen lijst. Vervolgens wordt er uitleg gegeven over positieve herinneringen, aan de hand van het vertellen van twee verhalen, waarbij het eerste verhaal kort, zakelijk en concreet is en het tweede veel zintuiglijke details bevat. Op deze manier wordt duidelijk gemaakt dat het gebruik van zintuiglijke details maakt dat een verhaal beter voor te stellen (imagineren) is. Vervolgens gaan de deelnemers op zoek naar hun eigen positieve herinneringen en deze in narratief beschrijven. Bij voorkeur zijn dit herinneringen aan momenten die tegengesteld zijn aan het negatieve zelfbeeld. Aan het eind van de bijeenkomst wordt de thuisopdracht 'belangrijke anderen' meegegeven waarbij de deelnemers drie personen in hun omgeving vragen om iets positiefs over hen op te schrijven.

In **de derde bijeenkomst** wordt bij beide trainingen ingegaan op imaginatie en zelfspraak, stap 5a en 5b van de COMET. De in de vorige bijeenkomst opgeschreven positieve herinneringen worden geïmagineerd: door de ogen te sluiten of naar één punt te staren en vragen te stellen die refereren aan de zintuigen (wat zie je, wat hoor je, wat ruik je enz.), wordt de herinnering opgeroepen. Hier merkt het kind/de jongere dat hij/zij het positieve gevoel uit de herinnering opnieuw kan voelen. Van hieruit komt zelfspraak naar voren, die opgeschreven wordt. Deze wordt op een poster geschreven en thuis opgehangen, tevens als reminder voor het oefenen. Vanaf nu is het de bedoeling om thuis dagelijks te oefenen met imagineren. In de groepstraining wordt het imagineren in tweetallen gedaan, waarbij één deelnemer imagineert en de ander interviewvragen stelt die in het werkboek staan. Bij groepjes van drie is de derde observator die tips en tips geeft.

Vanwege de start van het oefenen met imaginatie vindt tussen de derde en vierde bijeenkomst de **oudersessie** plaats waarin de ouders/verzorger/groepsleider worden geïnformeerd over het oefenen en hoe zij hierbij in de rol van co-therapeut kunnen ondersteunen. Tevens wordt de voortgang besproken en psycho-educatie gegeven over de invloed van ouders op het zelfbeeld van kinderen.

Tijdens **de vierde bijeenkomst** worden lichaamshouding, gezichtsuitdrukking en muziek toegevoegd aan het oefenen, stap 5c en d van de COMET. De lichaamshouding en gezichtsuitdrukking worden geïntroduceerd aan de hand van plaatjes en de muziek door samen muziek te luisteren en te praten over welke gevoelens dit oproept. In de individuele training worden daarnaast exposure-opdrachten aangereikt waarbij het kind of de jongere door middel van oefeningen in de praktijk, situaties die hij of zij spannend vindt, aangaat. Indien kinderen/jongeren de neiging hebben zich terug te trekken en sociale contacten te vermijden vanwege hun lage zelfbeeld, wordt er een stappenplan geïntroduceerd om deze vermijding te doorbreken.

De vijfde bijeenkomst van de individuele training laat het geleerde tot nu toe nogmaals herhalen en creëert de mogelijkheid tot een oefening rondom meerdimensionaal evalueren, waarbij het kind/de jongere leert zichzelf te beoordelen in vergelijking met belangrijke anderen in zijn/haar omgeving, waarbij duidelijker wordt dat iedereen beschikt over verschillende eigenschappen en niet langer alleen gekeken wordt naar wat anderen beter kunnen. Tevens wordt gestart met de promoposter; hierbij is het de bedoeling dat het kind of de jongere een poster of andere creatieve uiting (filmpje, PowerPoint, brief, gedicht) maakt waarin hij/zij zichzelf aanprijst. De vijfde bijeenkomst van de groepstraining staat in het teken van de zesde stap van de COMET: contra-conditionering. Gestart wordt met het maken van een top 5 van triggers of onzekere situaties. Daarna gaan de deelnemers gaan oefenen met het vasthouden van het reeds ingeoeffende oproepen van een positief zelfgevoel terwijl zij denken aan een onzekere situatie. Het doel is dat de negatieve gevoelens die zo'n trigger of onzekere situatie normaal gesproken oproepen nu geen kans maken, doordat de positieve gevoelens sterker geactiveerd zijn. Ook zal door hiermee te oefenen de koppeling minder automatisch een negatief of onzeker gevoel oproepen. Een voorbeeld is dat een deelnemer heeft geoefend met het oproepen van een situatie waarin zij zichzelf er mooi uit vond zien: het moment dat zij in de spiegel keek voordat ze naar haar eindexamen gala ging, terwijl zij zichzelf normaal lelijk vindt. Het positieve zelfgevoel dat zij hiermee oproept probeert zij vast te houden en in gedachten gaat ze vervolgens naar een moment dat ze de bus in stapt, voor haar een onzeker moment omdat ze het gevoel heeft dat iedereen naar haar kijkt. Door het positieve zelfgevoel vast te houden, samen met positieve zelfspraak, een trotse lichaamshouding en muziek die dit nog verder versterkt, zal de onzekere situatie minder onzeker aanvoelen. Verbale ondersteuning en aanmoediging kan gewenst zijn, omdat het vaak moeilijk gevonden wordt om de trigger goed op te roepen en het gevoel vast te houden. Spreek eventueel af hoe hij/zij ondersteund kan worden, bijvoorbeeld door steeds de situatie te noemen of door middel van een codewoord.

De zesde bijeenkomst in de individuele training behandelt de zesde stap van COMET. In de groepstraining biedt de zesde bijeenkomst herhaling van de contra-conditionering en wordt er gestart met de promoposter. Hierbij is het de bedoeling dat de deelnemer zichzelf met zijn positieve eigenschappen en kenmerken aanprijst, bijvoorbeeld in de vorm van een poster of filmpje.

In **de zevende bijeenkomst** komt EHBO aan de orde, de zevende en laatste stap van de COMET. EHBO (ook wel Eerste Hulp Bij Onzekerheid) is een copingmethode waarmee een opkomend onzeker gevoel tijdelijk kan worden verminderd door het ingeoeffende oproepen van een positief zelfgevoel. Hier wordt tijdens de bijeenkomst mee geoefend en er wordt aandacht besteed aan de reeds aanwezige vaardigheden om met onzekere gevoelens om te gaan, door het vullen van een EHBO kistje in het werkboek. Hierna is de individuele training afgerond, waarna eventueel afspraken over een booster/evaluatiesessie kunnen worden gemaakt.

De achtste bijeenkomst van de groepstraining staat in het teken van nabespreken en afsluiten. Er wordt aandacht besteed aan het vasthouden van het geleerde en evaluatie van de training. Tevens wordt de promoposter gepresenteerd en worden er certificaten uitgereikt middels een diploma-uitreiking. Wanneer de deelnemer niet meer dan twee bijeenkomsten heeft gemist van de groepstraining ontvangt hij of zij ongeacht het resultaat, een certificaat, om een succeservaring te creëren alleen al vanwege het volgen van de training. Na de laatste groepsbijeenkomst vindt er een individueel eindgesprek plaats met de deelnemer en de ouder/verzorger. Hierbij worden de doelen geëvalueerd, adviezen gegeven en een plan gemaakt voor de toekomst.

2. Uitvoering

Materialen

Er zijn een handleiding en twee werkboeken beschikbaar via de website van de uitgeverij (Bohn Stafleu van Loghum) of bijvoorbeeld bol.com. Een werkboek voor de individuele training en een werkboek voor de groepstraining. In de handleiding staan beide versies volledig per sessie beschreven. Tevens bestaat er een website waar de training kort beschreven wordt en waarbij contact opgenomen kan worden met de auteurs: www.werkenaanjezelfbeeld.nl. Daarnaast kan voor de evaluatie een voor- en nameting gedaan worden middels de CBSA/K en RSES.

Locatie en type organisatie

De interventie is geschreven voor uitvoering binnen een poliklinische setting van de GGZ of jeugdzorg, zowel basis als specialistisch. Tevens is het voorstelbaar dat deze door een orthopedagoog of psycholoog binnen het onderwijs of dagbehandeling wordt uitgevoerd. Om de interventie uit te voeren is een behandelkamer, of groepsruimte, voldoende.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De trainer (en bij de groepstraining minimaal één van de trainers) is minimaal academisch geschoold in een relevante richting: orthopedagogiek of psychologie. Het is een pre dat de trainers kennis heeft van cognitieve gedragstherapie, zich uitend in het gevolgd hebben van de 100-urige basisopleiding van de Vereniging voor gedrags- en cognitieve therapieën. De tweede trainer kan eventueel een hbo geschoold collega zijn met een relevante opleiding, zoals SPH of toegepaste psychologie, eventueel aangevuld met een aantekening als cognitief gedragstherapeutisch werker. Minimaal één van de trainers dient middels een workshop of cursus, specifiek gericht op COMET, getraind te zijn in het toepassen van COMET en/of contra-conditionering. Binnen deze workshops wordt uitleg gegeven over het hoe en waarom van de verschillende technieken en wordt geoefend in de rol van trainer. Er wordt aandacht besteed aan het inzetten van procescomplimenten, zodat trainers bewust worden van hun manier van complimenteren. Ook is aandacht voor het omgaan met comorbide problematiek; gerelateerd aan indicaties en contra-indicaties voor de training en de invloed hiervan op het zelfbeeld en wanneer in het behandelproces COMET in dit geval het beste ingezet kan worden. Een trainer dient het protocol zich goed eigen te hebben gemaakt. Een positieve en accepterende, open houding is essentieel om de veiligheid en motivatie van het kind/de jongere te optimaliseren.

Kwaliteitsbewaking

Middels het volgen van een workshop over het protocol dient de trainer (bij de groepstraining minstens één van de trainers) het protocol zich eigen gemaakt te hebben. Hierdoor en hiernaast zal de trainer de handleiding eigen gemaakt moeten hebben, maar zeker ook kennis moeten hebben van 'COMET voor negatief zelfbeeld' van K. Korrelboom (2011). Via de website is het mogelijk om intervisievragen aan de auteurs te stellen of vrijblijvende consultatie aan te vragen.

Randvoorwaarden

Bij de groepstraining is het belangrijk om een geschikte ruimte te hebben waar de bijeenkomsten kunnen plaatsvinden, met voldoende zitplaatsen, maar ook de mogelijkheid om (in het geval van de groepstraining) in twee- of drietalen uit elkaar te

gaan. Dit kan in dezelfde ruimte, als deze groot genoeg is, of anders in aparte ruimtes. In de ruimte dient een flip-over of bord aanwezig te zijn. Na de eerste keer worden voor elke bijeenkomst de afgesproken groepsregels op een zichtbare plek opgehangen.

Implementatie

De boeken (handleiding en werkboeken) zijn via online boekhandels te verkrijgen. De handleiding zou een goede leidraad moeten zijn om met de protocollen te werken en ook inzicht te krijgen in de achterliggende principes, mits de behandelaar ook goed begrijpt wat beschreven is. Het gevaar bij protocollair werken is dat de kern van de problematiek niet altijd goed gepakt wordt in de behandeling (Korrelboom en ten Broeke, 2014). Om deze redenen worden diverse workshops per jaar aangeboden waarin een behandelaar kan leren het protocol op de juiste manier uit te voeren. Hierin wordt stil gestaan bij de achtergrond van de behandeling, zodat je als behandelaar begrijpt vanuit welke principes de interventie ontwikkeld is, maar ook veel geoefend en gewerkt met videomateriaal. De auteurs achten het van belang dat uitvoerders (in de groepsvariant minimaal één van de trainers) van de interventie een dergelijke workshop volgen. Verder is er een website (www.werkenaanjzefbeeld.nl) om mensen te attenderen op de interventie.

Kosten

De handleiding en werkboeken dienen aangeschaft te worden, de aanschafprijs is online te vinden.

De Handleiding kost €31,90.

De werkboeken voor de individuele training kosten €23,90.

De werkboeken voor de groepstraining kosten €23,90.

(prijsspeil 2019)

De kosten voor de workshop zijn tussen de €200 en €300 per persoon, afhankelijk van de aanbieder (Cure & Care development of King Nascholing) en of deze in company wordt verzorgd.

Voor de individuele training besteedt een trainer gemiddeld 20 uren aan uitvoering en voorbereiding, verdeeld over gemiddeld 8 weken. Denk hierbij ook aan het volgen van een workshop, inbedding in groter geheel, oudercontacten, intake- en eindgesprek.

Voor de groepstraining besteedt een trainer gemiddeld 20-30 uren aan uitvoering en voorbereiding, verdeeld over gemiddeld 10 tot 12 weken. Naast hierboven genoemde moet bij de groepstraining tevens gedacht worden aan het inwerken van mede-trainer, onderling overleg en de oudersessie.

De urenberekening zal verschillen per organisatie en per trainer.

3. Onderbouwing

Probleem

Het zelfbeeld verwijst naar iemands globale waardering van zijn of haar positieve of negatieve eigenschappen, gebaseerd op verschillende rollen en domeinen in iemands leven (Mann, Hosman, Schaalma, & De Vries, 2004). Het zelfbeeld wordt gevormd door zelfreflectie op iemands eigenschappen en de internalisering van de feedback van belangrijke anderen op deze eigenschappen (Rogers, Kuiper, & Kirker, 1977). Een negatief zelfbeeld komt veel voor in de geestelijke gezondheidszorg, maar wordt niet vastgelegd als losstaande diagnostische classificatie. Een negatief zelfbeeld is een transdiagnostisch probleem; het komt bij verschillende stoornissen voor. Een negatief zelfbeeld wordt geassocieerd met depressie, suïcidaliteit, eetstoornissen, ontwikkelingsstoornissen, angststoornissen, agressie en middelengebruik (Mann, Hosman, Schaalma, & De Vries, 2004; Leitenberg, Yost, & Carroll-Wilson, 1986; Neumark-Sztainer, Story, French, & Resnick, 1997; Beck, Brown, Steer, Kuyken, & Grisham, 2001; Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, & Caspi, 2005). Kinderen met een lage zelfwaardering worden minder geaccepteerd door hun leeftijdgenoten (Donders & Verschueren, 2004). Ook worden er verbanden gevonden tussen sociale angst bij kinderen en een negatief zelfbeeld (Ginsburg, La Greca, & Silverman, 1998). Uit een longitudinaal onderzoek van McGee en Williams (2000) blijkt dat in de late kindertijd en preadolescentie de hoogte van de zelfwaardering de rapportage van eetproblemen, suïcidale ideatie en meerdere gezondheidsbelemmerende factoren voorspelt. Daarnaast blijken adolescenten met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) een lagere zelfwaardering te rapporteren dan hun leeftijdgenoten van hetzelfde geslacht en met dezelfde schoolprestaties (Shaw-Zirt, Popali-Lehane, Chaplin, & Bergman, 2005). Al met al komt een negatief zelfbeeld op grote schaal voor binnen de jeugd GGZ, de precieze cijfers hiervan zijn tot nog toe niet bekend. Veel cliënten geven aan dat hun zelfbeeld laag blijft na behandeling op de vastgestelde diagnose, waardoor er aanwijzingen zijn dat een negatief zelfbeeld los behandeld dient te worden. In een meta-analyse van 116 onderzoeken werd gevonden dat de behandelingen die zich specifiek op het zelfbeeld richtten significant meer effect hadden dan de programma's die zich richten op gedragsproblemen of sociale vaardigheden. (Haney & Durlak, 1998). De kritieke jaren waarin een negatief zelfbeeld gevormd wordt ligt in de kindertijd tot de adolescentie, waardoor juist in die jaren een interventie een belangrijke positieve bijdrage kan leveren. (Chubb, Fertman, & Ross, 1997). Een positief zelfbeeld is bevorderlijk voor het leren lezen en academische prestaties. Daarnaast rapporteren mensen met een positief zelfbeeld meer geluksgevoelens, gebruiken zij minder verdovende middelen, eten zij meer fruit en groente, hebben zij minder last van overgewicht en leven zij langer bij ziekten (Elfhag, Tynelius, & Rasmussen, 2010).

Oorzaken

Hoe het zelfbeeld zich ontwikkelt, hangt af van een aantal factoren (Harter, 1999). Aangenomen wordt dat, naast een mogelijk meer angstige aanleg, ouders invloed hebben op het zelfbeeld van hun kind; een positief zelfbeeld wordt gevonden bij kinderen die door hun ouders worden aangemoedigd zelfstandig activiteiten te ondernemen, door hen worden geaccepteerd en met wie zij een veilige hechtingsrelatie hebben (McCormick & Kennedy, 1994). Wat betreft jongere kinderen blijkt dat ouderlijke goedkeuring

belangrijker is voor de eigenwaarde dan goedkeuring door leeftijdgenoten. Indien er al sprake is van een negatief zelfbeeld, kunnen persoonsgerichte en resultaatgerichte complimenten van belangrijke volwassenen een negatief effect hebben op het zelfbeeld. Wanneer zij falen, koppelen ze dit falen aan henzelf als persoon. In de training ligt het accent op procesgerichte complimenten. Deze hebben namelijk een positiever effect; complimenten waarin een kind wordt geprezen om de inzet en het doorzetten bijvoorbeeld (Brummelman et al., 2014).

Het is met name voor jongere adolescenten van belang om tot een bepaalde groep te behoren. Wanneer dit niet (voldoende) lukt, bijvoorbeeld doordat zij gepest of buitengesloten worden, heeft dit een negatieve invloed op het gevoel van eigenwaarde (Bond, Carlin, Thomas, Rubin, & Patton, 2001). Misbruik en afwijzing, binnen en buiten het gezin, heeft invloed op het zelfbeeld (Guindon, 2010). Ook is van belang hoe het kind of de adolescent zijn eigen competenties op verschillende domeinen beoordeelt. Een grote discrepantie tussen het ideale zelf en het werkelijke zelf kan een risico vormen voor een vertekend zelfbeeld (Harter, 1999; Mann et al., 2004). Mensen met een negatief zelfbeeld vermijden contact met anderen als ze dreigen te falen, terwijl ze dan juist steun nodig hebben, wat het negatieve zelfbeeld in stand kan houden of versterken (Park & Maner, 2009). Als het zelfbeeld ver van de werkelijkheid ligt, is er sprake van vertekening in de kijk op zichzelf. Het zelfbeeld bepaalt daarbij de informatieverwerking. Door selectieve waarneming, selectieve aandacht, selectief geheugen en cognitieve vervormingen wordt neutrale of positieve informatie zodanig gezien, onthouden en aangepast dat het past bij het bestaande zelfbeeld (de Neef, 2018). Deze informatie, die het negatieve zelfbeeld bevestigt en het daarmee in stand houdt of zelfs verergert, wordt opgeslagen in het langetermijngeheugen.

Een negatief zelfbeeld wordt veel gevonden bij verschillende psychische stoornissen. Volgens Mann en collega's (2004) kan een positief zelfbeeld een beschermende factor en een negatief zelfbeeld een niet-specifieke risicofactor zijn voor de fysieke en mentale gezondheid. Een negatief zelfbeeld van kinderen en jongeren blijkt sterk samen te hangen met depressie, angst en eetstoornissen (Bos, Muris, & Huijding, 2011; Mann e.a., 2004). Een negatief zelfbeeld lijkt bij verschillende vormen van psychopathologie een etiologische rol te spelen. Zo verhoogt het de kans op terugval en medieert de ernst van PTSS en depressieve symptomen na geweld (Sowislo & Orth, 2013; Waite, McManus, & Shafran, 2012; Mancini, Prati, & Black, 2011, Rüsck e.a., 2007). In het algemeen blijkt het eveneens samen te hangen met geweld en middelengebruik (Leitenberg, Yost, & Carroll-Wilson, 1986; Neumark-Sztainer, Story, French, & Resnick, 1997; Beck, Brown, Steer, Kuyken, & Grisham, 2001; Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffit, & Caspi, 2005). Daarnaast hangt een negatief zelfbeeld bij adolescenten samen met schoolprestaties, sociaal functioneren en psychopathologie (Bos, Muris, Mulken, & Schaalma, 2006).

Aan te pakken factoren

Zodra een negatief zelfbeeld is ontstaan, is het moeilijk om dat zelf te veranderen. In het brein worden namelijk alle nieuwe ervaringen omgevormd tot zij passen binnen de gedachte die dan al verankerd ligt in het negatieve schema (negatieve aandachtsbias). Ongeacht de oorzaak, is het belangrijk om dit gevormde negatieve zelfbeeld middels een therapie/training aan te pakken.

Per subdoel:

1. De deelnemers worden vaardiger in het oproepen van een positief zelfgevoel; Dit subdoel wordt getracht te bereiken door stap 1 t/m 5 en 7 van de COMET. Hierin worden positieve eigenschappen en tegenvoorbeelden van het negatieve zelfbeeld geïnventariseerd. Deze eigenschappen en tegenvoorbeelden worden voelbaar gemaakt en versterkt middels imaginatie, zelfspraak, lichaamshouding en mimiek, en muziek (voor verdere toelichting; zie blz. 9 t/m 11). Hiermee worden positieve gedachten over zichzelf versterkt en is de verwachting dat deze (volgens de theorie van Brewin, waar COMET op gebaseerd is; zie het kopje 'Verantwoording' voor verdere toelichting), hoger in de hiërarchie van gedachten zullen komen en daarmee positieve gedachten en gevoelens over het zelf gemakkelijker geactiveerd worden. Hierdoor zullen de deelnemers vaardiger worden in het oproepen van een positief zelfgevoel. Het selectieve geheugen voor informatie die het negatieve zelfbeeld bevestigt, wordt hiermee tevens getracht te doorbreken. Stap 7 zorgt ervoor dat de deelnemers dit eveneens als coping methode kunnen inzetten wanneer hun negatieve zelfbeeld getriggerd wordt.

2. De deelnemers kunnen een positief zelfgevoel vasthouden ondanks dat zij denken aan een negatieve/onzekere situatie
Om dit subdoel te bereiken wordt de techniek contra-conditionering ingezet (stap 6; Korrelboom, 2011). Hierbij gaat men ervan uit dat wat eenmaal is geleerd niet zomaar weer uit het langetermijngeheugen kan verdwijnen. In plaats van te 'ontleren', leer je er juist iets bij. Terwijl je er eerst vanuit ging dat het klopte, blijkt dat opeens niet onder alle omstandigheden zo te zijn. Het voorheen geleerde wordt als het ware gecorrigeerd door nieuwe leerervaringen, waarbij de bestaande kennis niet verdwijnt. Wanneer dit steeds opnieuw wordt geactiveerd kan gedrag en gevoel opnieuw bepaald worden (Korrelboom, 2011). Specifiek bij contra-conditionering wordt vervolgens een nieuwe, onverenigbaar positieve koppeling gemaakt aan situaties die eerder een negatief zelfbeeld oproepen. Doordat deze positieve koppeling onverenigbaar is met de bestaande negatieve koppeling, gaan deze twee de competitie met elkaar aan. Wanneer hiermee regelmatig geoefend wordt, is de verwachting dat de positieve koppeling steeds sterker wordt en gaat 'winnen' van de negatieve koppeling, waardoor het zelfbeeld verbetert.

Toelichting subdoel 1 en 2: Meerdere studies laten zien COMET een positief effect heeft op het zelfbeeld. Zo blijkt COMET bewezen werkzaam in het vergroten van het gevoel van eigenwaarde en het verminderen van symptomen van depressie (Ekkers, Korrelboom, Huijbrechts, Smits, Cuijpers & Van der Gaag, 2011; Korrelboom, Maarsingh & Huijbrechts, 2012; Maarsingh, Korrelboom & Huijbrechts, 2010), eetstoornissen (Korrelboom, De Jong, Huijbrechts & Daansen, 2009) en persoonlijkheidsstoornissen (Korrelboom, Marissen & Assendelft, 2011).

3. De deelnemers kunnen de aandacht beter richten op positieve ervaringen; Er wordt, om dit subdoel te kunnen bereiken, ingegaan op de negatieve aandachtsbias; de selectieve aandacht en waarneming voor informatie die hun negatieve zelfbeeld bevestigt (MacLeod & Mathews, 2012, de Neef, 2018). De kinderen en jongeren worden door middel van verschillende oefeningen en opdrachten gedwongen om hun aandacht te richten op positieve elementen van zichzelf en om zich heen, en om negatieve informatie los te laten. Dit wordt onder andere gedaan door het positieve dagboek, de promoposter of het 'Rondje positief nieuws'. Uit onderzoek van Reijntjes en collega's (2010) bleek dat kinderen met een negatief zelfbeeld hun aandacht beter op positieve ervaringen konden richten als ze eerst geconfronteerd worden met een positieve ervaring.

4. De deelnemers leren met ondersteuning van ouders het geleerde ook in andere situaties toe te passen.

Om genoemd doel te bereiken wordt binnen de oudersessie uitleg gegeven over de oefeningen die hun kinderen gaan doen en worden tips en adviezen gegeven over hoe zij in de rol van co-therapeut hun kind kunnen helpen of ondersteunen bij het oefenen. Dit kan uiteenlopen van het af en toe herinneren aan de oefening tot het dagelijks samen oefenen. Welke keuze hierin wordt gemaakt hangt af van de verwachte behoefte van het kind en (mede afhankelijk van de leeftijd) eveneens de voorkeur die het kind zelf hierin aangeeft. Zoals eerder al genoemd hebben ouders een grote invloed op het zelfbeeld van hun kind. Wanneer zij hun kinderen aanmoedigen en procesgerichte complimenten geven is dit eveneens positief van invloed op het zelfbeeld van het kind (McCormick & Kennedy, 1994; Brummelman et al., 2014).

Verantwoording

De kindertijd, de periode voor de adolescentie is een kritieke periode als het gaat om de ontwikkeling van het zelfbeeld en een negatief zelfbeeld heeft een negatief effect op de persoonlijke groei en ontwikkeling. Om deze reden is het belangrijk dat er interventies bestaan die dienen om de eigen waardering en competenties te bevestigen (Erol & Orth, 2011; Verheij et al., 2007). Hoewel de zelfwaardering in de meeste gevallen minder laag wordt wanneer de primaire stoornis adequaat is behandeld, is dit niet altijd het geval (Fennell & Jenkins, 2004). Daarnaast beschrijft de Neef (2018) dat hoe negatiever het zelfbeeld is, des te minder men van klachtgerichte behandeling profiteert. Daarentegen wordt bij een interventie om zelfbeeld te verbeteren één gemeenschappelijke risicofactor aangepakt die mogelijk gunstige effecten heeft op meerdere uitkomstvariabelen. Mann en collega's (2004) spreken in dit kader van een 'bredspectrumbenadering'. Daarnaast benoemt men dat het aanpakken van één gezamenlijke risicofactor, in plaats van een specifiek probleem, kan voorkomen dat er een verschuiving plaatsvindt naar ander probleemgedrag. Wanneer bijvoorbeeld bij iemand met een eetstoornis uitsluitend de eetstoornis wordt aangepakt en niet het onderliggende probleem van een negatief zelfbeeld, kunnen andere (psychische) problemen, zoals alcoholmisbruik of depressie, de plaats van het eetprobleem gaan innemen (Mann et al., 2004). Om deze redenen is het belangrijk dat er interventies bestaan die zich specifiek richten op het zelfbeeld (Erol & Orth, 2011; Verheij et al., 2007).

Binnen de COMET wordt uitgegaan van de theorie van Brewin (2006), waarbij aangenomen wordt dat er in het langetermijngeheugen netwerken bestaan waarin gedachten en gevoelens over jezelf gekoppeld zijn aan verschillende situaties. Afhankelijk van de situatie waarin je je bevindt, kan een bepaald netwerk vaker geactiveerd worden, waardoor die gedachten en gevoelens vaker naar voren komen. Er ontstaat dan in het brein een hiërarchie van vaak gebruikte netwerken, waardoor de kans dat die optreden groter wordt. Gedachten en gevoelens over het zelf vanuit andere netwerken komen steeds minder vaak naar voren. Hierin wordt tevens getracht het selectieve geheugen dat bij een negatief zelfbeeld bestaat, te doorbreken. Bij psychopathologie wint de disfunctionele gedachte het vaker van de functionele gedachte en effectieve psychotherapie zou de activeerbaarheid bevorderen van functionele betekenissen die tot dan toe onvoldoende competitief bleken te zijn (Brewin, 2006). Aan de hand van COMET worden positieve herinneringen, gedachten en gevoelens geactiveerd door positieve herinneringen en gevoelens herhaaldelijk op te roepen, in combinatie met een positieve lichaamshouding, muziek enzelfspraak. Op die manier

komt het netwerk uiteindelijk hoger in de hiërarchie, doordat het vaker wordt opgeroepen dat het disfunctionele netwerk. Het veronderstelde werkzame mechanisme van contra-conditionering is dat het negatieve zelfbeeld verandert door een positief gevoel over zichzelf te koppelen aan onzekere situaties en het positieve gevoel uiteindelijk te laten 'winnen' in de strijd om het meest toegankelijke netwerk in het brein. Het is namelijk niet mogelijk om twee tegengestelde gevoelens op hetzelfde moment even sterk te voelen (Brewin, 2006). Tevens wordt aandacht besteed aan de negatieve aandachtsbias; selectieve waarneming en selectieve aandacht die bij deze kinderen en jongeren bestaat door middels oefeningen de aandacht te richten op positieve elementen van zichzelf en zijn of haar omgeving (Reijntjes et al., 2010). Binnen de oudersessie wordt getracht de invloed van ouders op het zelfbeeld van hun kind middels psycho-educatie te verduidelijken en door deze bewustwording is het idee dat ouders hierin hun gedrag aanpassen. Daarnaast kunnen ouders als co-therapeut worden ingezet door te ondersteunen bij de oefeningen die hun kind gaat doen.

De COMET voor kinderen en jongeren volgt nauwgezet de stappen van de COMET voor volwassenen en past deze zover als mogelijk op dezelfde manier toe. Daarbij zijn door de auteurs verschillende aanpassingen gedaan om het protocol van volwassenen geschikt te maken voor kinderen en jongeren, gebaseerd op ervaringen uit de praktijk. Uiteraard zijn het taalgebruik, de werkboeken en de manier van introductie van thema's en uitleg aangepast om dit begrijpelijk en aantrekkelijk te maken voor kinderen en jongeren. De COMET stappen zouden op deze manier een positief effect op het zelfbeeld moeten hebben. Er is een oudersessie toegevoegd, waardoor de ouders ondersteuning kunnen bieden bij het oefenen en tevens generalisatie van het geleerde bevorderen. Daarnaast heeft het tot doel zicht te krijgen op de huidige invloed die ouders uitoefenen op het zelfbeeld van hun kind en wordt hierover psycho-educatie gegeven. Het is hierbij tevens mogelijk dat een indicatie gesteld wordt voor meer intensieve ouderbegeleiding of systeemtherapie.

Binnen de training is sprake van een verschil in leeftijdsbereik. Dit verschil komt voort uit de verschillende achtergronden van de ontwikkelaars, waar de hoofdontwikkelaar van de groepstraining (Peters), voornamelijk met jongeren en jongvolwassenen (12-24 jaar) werkt en de hoofdontwikkelaar van de individuele training (Kuin) met name met jongere kinderen en jongeren (8-18 jaar) werkt. Omdat de beide varianten vanuit ieders eigen referentiekader en ervaring zijns ontwikkeld en aangepast, is gekozen voor het genoemde leeftijdsverschil. Een groepstraining is niet in alle settingen mogelijk, zo moeten er voldoende deelnemers zijn om een groep vol te krijgen en is een ruimte nodig waarin de groepstraining gegeven kan worden. Tevens kan het zijn dat ingeschat wordt dat een kind/jongere niet geschikt of gemotiveerd is om deel te nemen aan een groepstraining.

Er lijkt in effectiviteit geen verschil te zitten of gekozen wordt voor de groepsversie of de individuele versie (Galesloot, van Steensel, Kuin & Bögels, 2014). Ook meer algemeen komt uit onderzoek naar voren dat er geen verschil in effectiviteit is bij CGT als groepsbehandeling of als individuele behandeling (o.a. Liber, Utens, van der Leeden, & Treffers, 2009).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- a. Tevredenheidsonderzoek 'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren'; Kuin & Peters, 2018.
- b. Tevredenheidsonderzoek middels een online enquête onder behandelaars in de jeugdhulpverlening, 15 keer geopend, 14 keer ingevuld, 13 keer volledig.
- c. De resultaten van het kwalitatief tevredenheidsonderzoek kunnen, met inachtneming van het beperkt aantal respondenten, als positief gezien worden. Behandelaars passen het protocol regelmatig toe bij hun cliënten met een negatief zelfbeeld, met name bij kinderen en jongeren van 12-18 jaar. Zij gebruiken daarbij meestal het individuele protocol en houden zich over het algemeen aan de rode draad van het protocol, maar passen aan waar nodig. De gebruiksvriendelijkheid, uitvoerbaarheid en toepasbaarheid worden als positief beoordeeld, waarbij vooral de duidelijkheid van het protocol en de zichtbaar positieve resultaten als prettig worden aangegeven. De hoeveelheid huiswerk en de kosten voor de aanschaf worden als minder prettig ervaren.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Pilot studie (2014)

- a. Competitive Memory Training (COMET) for Low Self-Esteem in Children and Adolescents: A Pilot Study; Galesloot, van Steensel, Kuin en Bögels, 2014, Masterscriptie Orthopedagogiek; Universiteit van Amsterdam.
- b. Pilot studie middels CBSK, CBSA, RSES, CDI en CBCL, n=25.
- c. In deze pilot studie is het effect gemeten van deze aangepaste training in een individuele setting (n= 10) en in een groepsetting (n= 25). De deelnemers aan het onderzoek waren kinderen tussen de 8-22 jaar, uit de klinische setting. Zelfbeeld, depressieve symptomen en probleemgedrag werden gemeten middels de CBSK, CBSA, RSES, CDI en CBCL. Door middel van een Paired-Samples T-test is de verschilscore tussen de voor- en nameting gemeten. Er bleek sprake van een grote, significante toename in zelfbeeld op de RSES ($d = 1,26$, $n = 10$) en CBSK/A ($d = 0,94$, $n = 17$). Ook was er sprake van een afname in het grensgebied ($p=.058$) van depressieve gevoelens op de CDI, met een grote effectsize ($d = -0,91$, $n = 8$). Er bleek geen sprake van een significante verandering ($p = .201$) op de CBCL schaal gedragsproblemen, maar met een gemiddelde effectsize ($d = -0.58$, $n = 7$). Aanvullend is een trend effect gevonden voor een afname in depressieve symptomen en een middelgrote – ofschoon niet significante – vermindering in gedragsproblemen. Tevens zijn er geen verschillen gevonden tussen het groepsprotocol of het individueel protocol.

HBO scriptie (2016)

- a. Effectmeting groepstraining 'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren; Reyers, 2016, afstudeerscriptie Toegepaste Psychologie, Saxion Hogeschool Deventer.

- b. HBO scriptieonderzoek middels RCES en CBSA bij de groepsvariant.
- c. Dit onderzoek richt zich op het effect van de interventie 'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren'. In het huidige onderzoek is nagegaan of de groepstraining effect heeft op het globale zelfbeeld en zes specifieke domeinen van het zelfbeeld. Hierbij wordt gekeken of het beoogde effect van de training bereikt werd. De deelnemers bestonden uit 32 participanten van de groepstraining binnen de specialistische jeugdzorg, met een gemiddelde leeftijd van $M = 17,13$ jaar. Het onderzoek werd verricht middels een voor- en nameting door twee vragenlijsten: RSES en CBSA. Er komt een significant verschil tussen de voor- en nameting naar voren ($t(24) = 5,89, p < .001$) en een grote toename ($d = 1.18$) van het globale zelfbeeld. Ook komt er een verbetering van de beleving van het individu wat betreft de competenties 'schoolvaardigheden' ($t(24) = 2.17, p = .04, d = 0.43$) 'sportieve vaardigheden' ($t(24) = 2.07, p = .049, d = 0.41$), 'gedragshouding' ($t(24) = 2.81, p = .01, d = 0.56$) en 'fysieke verschijning' ($t(24) = 2.70, p = .012, d = 0.54$). Daarnaast blijkt het zelfbeeld geen verband te hebben met het geslacht of de leeftijd van de deelnemers. Deze uitkomst biedt ondersteuning voor de aanname dat de COMET-groepstraining voor kinderen en jongeren een effectieve interventie is voor het verbeteren van het zelfbeeld. Een kanttekening aan het onderzoek is dat er geen gebruik is gemaakt van een controlegroep en het resultaat niet onderzocht is op de lange termijn.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Inhoudelijk elementen

- Volgt de stappen van COMET voor volwassenen, een interventie waar een gefundeerde theoretische basis onder ligt.
- Veelvuldig onderzoek laat bij de versie voor volwassenen positief resultaat zien en binnen pilot onderzoek bij de versie voor kinderen en jongeren komen eveneens veelbelovende resultaten naar voren.
- Opdrachten toegevoegd die de negatieve aandachtsbias trachten te doorbreken, waarvoor theoretische evidentie is.
- Toevoeging van oudersessie, waardoor ouders ondersteuning kunnen bieden bij het oefenen en psycho-educatie gegeven wordt over de invloed van ouders op het zelfbeeld van hun kind

Praktische elementen

- Kortdurende behandeling (6-8 sessies).
- Keuze tussen een individuele variant en een groepsvariant.
- Gaat niet in op onderliggende problematiek, wat de interventie laagdrempelig maakt.
- Door het volgen van gerichte trainingen of workshops en de duidelijke handleiding en werkboeken goed toe te passen door professionals.

6. Aangehaalde literatuur

- Beck, A.T., Brown, G.T., Steer, R.A., Kuyken, W., & Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the Beck Self-Esteem Scales. *Behavior Research and Therapy*, 39(1), 115-124.
- Bond, L., Carlin, J.B., Thomas, L., Rubin, K., & Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ*, 323, 480-484.
- Bos, A.E., Muris, P., & Huijding, J. (2011). Preventie van psychopathologie bij kinderen en adolescenten: het belang van zelfwaarderingsinterventies. *Psychologie & Gezondheid*, 39(4), 232-240.
- Bos, A.E., Muris, P., Mulkens, S., & Schaalma, H.P. (2006). Changing self-esteem in children and adolescents: a roadmap for future interventions. *Netherlands Journal of Psychology*, 62(1), 26-33.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behavior therapy: A retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy*, 44(6), 765-784.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Overbeek, G., Orobio de Castro, B., van den Hout, M., Bushman, B. (2014), On feeding those hungry for praise: Person praise backfires in children with low self-esteem. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 9-14.
- Does, A.J.W. van der (2002) *BDI-II-NL: Handleiding Beck Depression Inventory-II, Nederlandse vertaling en bewerking*. Lisse: Swets Test Publisher.
- Donders, W. & Verschuere, K. (2004) Zelfwaardering en acceptatie door leeftijdgenoten: een longitudinaal onderzoek bij basisschoolkinderen. *Kind en Adolescent*, 25, 74-90.
- Chubb, N.H., Fertman, C.I. & Ross, J.L. (1997). Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. *Adolescence*, 32(125), 113-129.
- Donnellan, M.B., Trzesniewski, K.H., Robins, R.W., Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335.
- Elfhag, K., Tynelius, P., & Rasmussen, F. (2010). Self-esteem links in families with 12-year old children and in separated spouses. *The Journal of Psychology, Interdisciplinary and Applied*, 144(4), 341-359.
- Ekkers, W., Korrelboom, K., Huijbrechts, I., Smits, N., Cuijpers, P., & Van der Gaag, P. (2011) Competitive Memory Training for treating depression and rumination in depressed older adults: A randomized controlled trial. *Behavioral Research and Therapy*, 49(10), 588-596.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-Esteem Development from Age 14 to 30 Years: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607-619.

- Felson, R.B., & Zielinski, M.A. (1989). Children's self-esteem and parental support. *Journal of Marriage and the Family*, 51(3), 727–735.
- Fennell, M., & Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (eds.), *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Galesloot, E.B., Van Steensel, F.J.A., Kuin, M.F.J.A. & Bögels, S.M. (2014). Competitive Memory Training (COMET) for Low Self-Esteem for children and adolescents: A Pilot Study. Masterscriptie UvA.
- Ginsburg, G.S., La Greca, A.M., & Silverman, W.K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 175–185.
- Guindon, M.H. (2010). What is self-esteem? In: M.H. Guindon (red.), *Self-esteem across the lifespan: Issues and interventions*. New York: Routledge.
- Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: uitgeverij Nelissen.
- Haney, P., & Durlak, J.A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A Pilot Study. *Masterscriptie UvA*.
- Harter, S. (1999). The construction of the self. A developmental perspective. New York: Guilford Press.
- Holmes, E.A., Mathews, A., Mackintosh, B., & Dalgleish, T. (2006). The causal effect of mental imagery on emotion assessed using picture–word cues. *Emotion*, 8, 395–409.
- Kling, K.C., Hyde, J.S., Showers, C.J., & Buswell, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 125(4), 470–500.
- Korrelboom, K., (2011). COMET voor negatief zelfbeeld. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. & Ten Broeke. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Korrelboom, K., De Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). Competitive Memory Training (COMET) for Treating Low-Self-Esteem Patients with Eating Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 974-980.
- Korrelboom, C.W., Maarsingh, M., & Huijbrechts, I. (2012). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders; a randomized clinical trial. *Depression & Anxiety*, 29, 102-110.
- Korrelboom, K., Marissen, M., & Assendelft, T. (2011). Competitive Memory Training (COMET) for Low Self Esteem in Patients with Personality Disorders: A Randomized Effectiveness Study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19.
- Kuin, M & Peters, P., Zelfbeeldtraining voor kinderen en jongeren, Competitive Memory Training (COMET). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Galesloot, E.B., van Steensel, F.J.A., Kuin, M.F.J.A. & Bögels, S.M. (2014). Competitive Memory Training (COMET) for Low Self-Esteem for children and adolescents: A Pilot Study. *Masterscriptie UvA*.
- Leitenberg, H., Yost, L.W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 528–536.
- Liber, J.M., Utens, L.M.J.W., van der Leeden, A.J.M., & Treffers, P.D.A. (2009). Individuele behandeling of groepsbehandeling: is er verschil? *Kind en adolescent*, 30, 181–194.
- Maarsingh, M., Korrelboom, K., & Huijbrechts, I. (2010). Competitive Memory Training (COMET) voor een negatief zelfbeeld als aanvullende behandeling bij depressieve patiënten; een pilotstudie. *Directieve Therapie*, 30(2), 94–112.
- MacLeod, C., & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 189–217.
- Mancini, A.D., Prati, G., & Black, S. (2011). Self-worth mediates the effects of violent loss on PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 116, 120.
- Mann, M.M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P., & De Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357–372.
- McGee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviors among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23(5), 569–582.
- McCormick, C.B., & Kennedy, J.H. (1994). Parent-child attachment working models and self-esteem in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(1), 1–18.
- Neef, M. De, (2018). *Negatief zelfbeeld behandelen*. Boom: Amsterdam.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S.A., & Resnick, M.D. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research*, 12(1), 37–52.
- Park, L.E., & Maner, J.K. (2009). Does self-threat promote social connection? The role of self-esteem and contingencies of self-worth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(1), 203.
- Posthuma, D., & Lange, A. (1999). Positieve zelfverbalisatie bij opgenomen patiënten; een pilot-onderzoek. *Directieve Therapie*, 19(2), 51–57.
- Reijntjes, A., Thomaes, S., Kamphuis, J.H., Orobio de Castro, B., & Telch, M.J. (2010). Self-verification strivings in children holding negative self-views: The mitigating effects of a preceding success experience. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 563–570.
- Reyers, G. (2016). Effectmeting groepstraining 'Werken aan je zelfbeeld, COMET voor kinderen en jongeren. Afstudeerscriptie Toegepaste Psychologie Saxion Deventer.

- Ringrose, H.J. (1998). Gedragstherapeutische groepstherapie en sociale vaardigheidstraining bij kinderen. In: Prins, P.J.M. & Bosch, J.D (red). *Behandelen en trainen. Sociale en cognitieve behandelprogramma's voor kinderen met ontwikkelingsproblematiek*. Assen: Van Gorcum.
- Rogers, T.B., Kuiper, N.A., & Kirker, W.S. (1977). Self-reference and the encoding of personal information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (9), 677–688.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G.A., Corrigan, P.W., & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500–508.
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8(3), 109–120.
- Sieving, R.E., & Zirbel-Donisch, S.T. (1990). Development and enhancement of self-esteem in children. *Journal of Pediatric Health Care*, 4(6), 290–296.
- Steerneman, P.(1997). *Leren denken over denken en leren begrijpen van emoties. Groepsbehandeling voor kinderen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Sowislo, J.F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139, 213, 240.
- Staring, A.B.P., Van den Berg, D.P.G., Cath, D.C., Schoorl, M., Engelhard, I.M., Korrelboom, C.W. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11–20
- Treffers, D.A., Goedhart, A.W., Veerman, J.W., Van den Bergh, B R., Ackart, L., & De Rycke, L. (2002). *Competentiebelevingsschaal Voor Adolescenten: Handleiding*. Lisse: Harcourt Assessment B.V.
- Tuijl, L.A. van, Jong, P. De, Sportel, B.E., Hullu, E. De, & Nauta, M.H. (2014). Implicit and explicit self esteem and their reciprocal relationship with symptoms of depression and social anxiety: a longitudinal study in adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 113-121.
- Verheij, F., Verhulst, F. C., & Ferdinand, R.F. (2007). *Kinder- en Jeugdpsychiatrie: Behandeling en begeleiding*. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.
- Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behavior therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1049-1057.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

